

Gebelik toksikozlarında perinatal ve maternal mortalite

Dr.Vedat Aydemir,Dr. Hilal Mocan,Dr.İlhan İleri,
Dr.Ateş Kareteke,Dr. Oya Gökmen

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon
Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, Ankara

✓Bu çalışmamızda Ocak 1984-aralık 1986 arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde tanımlanıp tedavi edilmiş 255 preeklampik, 48 eklampik ve rastgele seçilmiş 250 normal gebelik olgusu retrospektif olarak incelendi. Multipar ve primipar dağılımı her iki grupta eşdeğer olurken toksikoz olgularında 35 yaş ve üzerinde multipar oranı yüksek olarak beirlendi. Perinatal mortalite preeklampside %25.64, eklampside %51.11, kontrol grubunda %2.4 olarak bulundu. Fetal ölümler %76.19 oranında antepartum dönemde görüldü. Maternal mortalite preeklampside %0.69, eklampside %13.95 bulundu. Prematürite, dismaturite, plasental yetmezlik, plasental abrupsiyon, mekonyum aspirasyonu, intrakraniyal hemoraji, Rh uyumsuzluğu bebek ölümlerinden sorumlu başlıca nedenlerdi. Böbrek yetmezliği, pulmoner ödem, kardiyojenik şok, serebral kanama, plasenta dekolmanı maternal ölüm nedenlerinin başında geliyordu.

Anahtar Kelimeler: Gebelik toksikozları, perinatal mortalite, maternal mortalite.

Perinatal and maternal mortality in pregnancy toxicosis

✓In this study, 255 patients with preeclampsia, 48 patients with eclampsia and randomized 250 normal pregnant women delivered at the Dr. Zekai Tahir Burak Maternity Hospital in Ankara between January 1985 to December 1986 were investigated retrospectively. There was almost equal incidence of multiparity and primiparity in both groups. Rate of multiparity in women ages 35 years was found higher in eclamptic group. The perinatal mortality rate was found at 25.65% in preeclamptic group, 51.11% in eclamptic group and 2.4% in normal pregnant women. Fetal deaths occurred in 76.19%in the antepartum period. Causes of deaths are related to placental insufficiency, Rh incompatibility, plasental abruption, intracranial hemorrhage, meconium aspiration, prematurity, dysmaturity. The maternal mortality rate was found at 0.69% in preeclampsia and 13.95% in eclampsia. Causes of maternal deaths were pulmonary edema, cardiogenic shock, intracerebral hemorrhage, renal failure and abruptio placentae.

Key Words: Maternal mortality, perinatal mortality, pregnancy toxicosis.

Multipl organ fonksiyon bozukluğu ile seyreden etyolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamış, tedavisi üzerinde fikir belirliliği bulunmayan preeklampsi-eklampsi, günümüzün modern obstetriginde gerek fetal gerekse maternal kötü sonuçları ile halen çözümlenememiş bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışmamızda saf gestasyonel toksemi

tanısı ile hospitalize edilerek izlenmiş 255 preeklampik, 48 eklampik ve rastgele seçilmiş 250 normal gebelik olgusunda perinatal ve maternal mortalite ile ilgili özellikler, olguların yaş ve parite dağılımları incelendi, ilgili literatür ile karşılaştırıldı.

MATERYAL VE METOD

Ocak 1984-Aralık 1986 arasında 3 yıllık süre içinde Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde (Ankara) tanımlanıp tedavi edil-

miş 255 preeklampitik, 48 eklampitik ve 250 normal gebelik olgusunda perinatal ve maternal mortalite ile ilgili özellikler, olguların yaş ve paritenal mortalite ile ilgili özellikler, olguların yaş ve parite dağılımları incelendi, ilgili literatür ile karşılaştırıldı.

Gebeliklerinin 24. haftasından sonra, en az 6 saatlik intervale yapılan iki kan basıncı ölçümünde sistoliğin 140 mmHg, diastoliğin 90mmHg üzerinde veya sistolikte

30mmHg, diastolikte 15mmHg üzerinde artış belirlenmesi halinde gestasyonel hipertansiyon; 24 saatlik idrarda 300mg. protein ya da litrede gram cinsinden protein belirlenmesi durumunda proteinüri; gestasyonel hipertansiyon, proteinüri ve ödem belirtilerinden en az ikisine sahip olunması durumunda preeklampsi; preeklampsi kriterlerine sahip hastalarda konvülsiyonların görülmesi durumunda eklampsi tanısı kondu¹.

Tablo 1: A. Toksikoz Olgularının Yaş ve Pariteye Göre Dağılımı.

YAŞ	Primar		Multipar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19	38	12.54	5	1.65	43	14.19
20-24	60	19.80	18	5.94	78	25.74
25-29	22	7.26	49	16.17	71	23.43
30-34	11	3.96	45	14.85	56	18.81
≥ -35	1	0.3	54	31.57	55	17.82
Toplam	132	43.56	171	56.44	303	100

Tablo 1: B. Kontrol Olgularının Yaş ve Pariteye Göre Dağılımı.

YAŞ	Primar		Multipar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19	48	45.71	18	7.2	66	26.4
20-24	36	14.4	58	23.2	94	37.6
25-29	18.	7.2	52	20.8	70	27.66
30-34	2	0.8	12	4.8	14	5.6
≥ 35	1	0.4	5	2	6	2.4
Toplam	105	42	145	58	250	100

Taksikozlu gebelerden 115'i istediğimiz dışında hastanemizi terk etmiş, kalan 118 gebenin 13'ü de ikiz bebek doğurmuştur.

Taksikoz grubunda ortalama primipar

yaşı 22.34 ± 4.50 , multipar yaşı 30.65 ± 5.53 olurken kontrol grubunda bu değerler sırasıyla 20.30 ± 4.33 ve 24.51 ± 4.67 olarak hesaplanmıştır.

Tablo II. A. Doğan Bebeklerin Dağılımı

YAŞ	Canlı		Ölü		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Preeklampsi	116	58	40	20	156	78
Eklampsi	22	11	23	11	45	22
Kontrol grubu	244	98	6	2	250	

Tablo II. B. ölü Bebeklerin Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımları.

	Preeklampsi	Eklampsi	Kontrol grubu
Prematürite	9	4	1
Dismatürite	6	7	-
Plasental yetmezlik	15	9	2
Rh uyumsuzluğu	1	-	-
Plasental abruption	4	2	-
Plasental previa	-	-	2
İntrakraniyal hemoraji	1	1	-
Mekonyum aspirasyonu	1	-	-
Toplam	40	23	6

Tablo II.C. Ölü Bebeklerin Doğum Evrelerine Göre Dağılımı.

	Antepartum	İntrapartum	Postpartum	Toplam
Sayı	48	3	12	63
%	76.19	4.76	19.04	100

Tablo III. Eklampsi Olgularında Konvülsiyonların Görülme Dönemleri.

	Antepartum	İntrapartum	Post Partum	Toplam
Sayı	30	8	10	48
%	62.5	16.66	20.83	100

Tablo IV. Maternal Mortalite Nedenleri.

Vaka No.	Yaş	Gravida	Tansiyon	Preeklampsi-Eklampsi	Ölüm Nedenleri
1	22	1	150/120	Emplamptik	Böbrek yetmezliği
2	24	3	145/180	Eklamptik	Böbrek yetmezliği
3	20	1	140/100	Eklamptik	Böbrek yetmezliği
4	23	2	150/120	Eklamptik	Pulmoner ödem+ kardiyojenik şok
6	33	1	200/140	Eklamptik	Serebralapopleksi
7	31	4	170/135	Preklamptik	Plasental abrup- tion+DİC

TARTIŞMA

Toksikoz grubunda olgularımızın %43.56'i (132 olgu) primipar, %56.44 (171 olgu) multipar olarak dağılım gösterirken kontrol grubunda %42 (105 olgu) primipar, %58 (145 olgu) multipar olarak dağılım göstermiştir. Primipar ve multiparların her iki gruptaki dağılımları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur ($p>0.50$). Literatürde ise, toksikozun bir primipar hastalığı olduğu şeklinde bilgiler vardır⁵. 15-19 yaş grubunda primiparların çalışma ve kontrol grubundaki dağılımları anlamlı ($P<0.05$) olurken multipar dağılımı anlamsız ($P>0.05$) olmuştur. Yani 15-19 yaş grubu toksikoz olgularında primipar oranı beklenenden az olmuştur. 35 ve yukarı yaş grubunda ise primipar dağılımları her iki grupta yaklaşık eşit, multipar oranı toksikoz olgularında anlamlı olarak yüksek oranda gözlenmiştir.

Preeklampsi olgularında, %4-8.6'ya^{6,7,13} özellikle hipertansiyon superempoze preeklampsilerde %50'ye hatta bazı çalışmalarda %83.6'ya varan perinatal mortalite oranları bildirilmektedir³. Eklampsi olgularında ise perinatal mortalitenin 9 kat arttığı ve %7-50 arasında olduğu ileri sürülmektedir (2,3,6). Serimizde perinatal mortalite preeklampside %25.64, eklampside %51.11, kontrol gru-

bumuzda %2.4 olarak bulunmuştur. Gerek preeklampsi ile eklampsi grupları arasındaki perinatal mortalite oranları ($P<0.01$) gerekse kontrol grubu olguları ile toksikoz olgular grubu arasındaki ortalama perinatal mortalite oranları arasındaki fark ($P<0.01$) anlamlı bulunmuştur.

Birçok çalışmada perinatal mortalitenin antepartum devrede daha yüksek olduğu bildirilmektedir^(1,11). Çalışmada grubumuzda da antepartum devrede %76.19 oranında fetal ölüm olduğu belirlenmiştir. Tablo II. B'nin incelenmesinden görülebileceği gibi prematürite, dismaturite, plasental yetmezlik ve plasental abrupsiyon, bebek ölümlerinin %89'undan sorumlu nedenlerdir. Bu gözlem ve ilgili literatür, bizleri, toksikoz olgularında fetal kayıpların büyük oranda antepartum devrede olduğu ve modern neonatal bakım imkanlarına sahip olduğumuz günümüz şartlarında prematürite riskine karşılık erken doğumun fetal kayıpların %69 gibi büyük bir oranından sorumlu dismaturite plasental yetmezlik ve plasental abrupsiyon oranlarını azaltmak suretiyle neonatal sonuçları iyileştirebileceği sonucuna götürmüştür.

Eklampsi konvülsiyonlarının %44-75 antepartum, %17.5-37.2 intrapartum, %10-18 postpartum dönemde görüldüğü bildirilmek-

tedir (3,4,8). Serimizde de bunlarla uyumlu olarak %62.5 antepartum, %16.66 intrapartum, %20.83 postpartum devrede eklampsi konvülsiyonları belirlenmiştir.

Maternal mortalitenin %0-17.5 arasında değiştiği, özellikle antepartum eklampsi-lerde, yaşlılarda, multigravitlerde ve kan basıncının çok yüksek olduğu olgularda arttığı; serebral kanama karaciğer ve böbrek nekrozu, şok, intravasküler koagülopati majör ölüm nedenleri olduğu bildirilmektedir^{3,9, 10}. Çalışmamızda böbrek yetmezliği, pulmoner ödem ve kardiyojenik şok, plasental absupsiyon ve dissemine intravasküler koagülasyon, serebral apopleksi maternal ölüm nedenleri olarak belirlenmiştir (Tablo IV). Maternal mortalite oranları eklampside %13.95, preeklampside % 0.69, ortalama %3.72 olmuştur. maternal mortalite görülen olguların tümünün konvülsiyonları evde geçirdikleri, 2 olgunun doğumunu evde yaptığı ve hiçbirinin antepartum hekim kontrolüne gelmedikleri belirlenmiştir. İdeal koşullarda yaygın ve yoğun bir antenatal bakım ve bilinçli girişimle böyle komplikasyonların büyük oranda önlenebileceği kanısındayız.

Geliş Tarihi: 19.9.1991

Yayına Kabul Tarihi: 16.3.1992

KAYNAKLAR

1. Alvarej R.R: Preclampsia-Eclampsia and other Gestational Edema, Proteinura, Hypertension Disorders. California Lange Medical Publications. 350-355, 1984.
2. Ardoğan N, koker İ: 108 eklampsi olgusunun retrospektif incelenmesi. Anadolu Tıp Dergisi, 6: 133, 1984.
3. Ayhan A, Kışnişçi H: Gebelik Toksikozlarında Perinatal ve Maternal Mortalite. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 13: 407, 1980.
4. Baha M, Sibai, et all.: Eclampsia I. Observations from 67 recet Cases. Obstet. Gynecol. 58:609, 1981.
5. Baha M, Sibai, et all. : Pregnancy in 303 Cases with Severe Preeclampsia. Obstet. Gynecol. 64: 305, 1984.
6. Baha M, Sibai: Maternal and Perinatal Outcome of Conservative Management of Severe Peeclampsia in Midtrimester. Am. J. Obstet. Gynecol. 132:152, 1985.
7. Baird D: Epidemiological aspect of Hypertensive Pregnancy Obstet. Gynecol. 4: 531, 1977.
8. Bo Miller and Guilla Lindmark: Eclampsia in Sweden. Acta. Obstet. Gynecol. 4: 531, 1977.
9. Richard J Worley: Pregnancy Induced Hypertension. Obstetrics and Gynecology. David N Danforth. Fifth edition. Philadelphia. J.B Lippincott Company, 446.467, 1986.
10. Mario-Lopez Liera: Complicated Eclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol. 142: 28, 1982.
11. Porapakham S: An Epidemiologic study of Eclampsia Obstet. Gynecol. 54: 26, 1975.
12. Townsend L: Hypertensive Disorders of Pregnancy. Advances in Obstet. Gynecol. Caplan. and Sweeny. baltimore. Williams and Wilkins Comp. 201-244, 1978.

