

BÖLGEMİZDEKİ ADÖLESAN GEBELİKLERİN MATERNAL VE PERİNATAL SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of the Effects of Adolescent Pregnancies on Maternal and Perinatal Outcomes in Our Region

Emine Yasemin Inalöz¹, Metin İngeç², Emsal Pınar Topdağı Yılmaz¹

¹Nene Hatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ERZURUM

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ERZURUM

ÖZET

Amaç: Adölesan terimi ile çocukluktan erişkinliğe geçiş tanımlanmaktadır ve tüm dünya ülkelerinde adölesan gebelikler önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Adölesan gebeler maternal ve fetal açıdan yüksek riskli gebeliklerdir. Çalışmamızda adölesan ve adölesan olmayan gebelerin obstetrik ve neonatal sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: : Çalışmamızda 20 hafta üzerindeki doğum yapan 19 yaş ve altı gebeler ile aynı gebelik haftasında doğum yapmış 20-29 yaş arası gebelerin, gebelik ve doğum kayıtlarını retrospektif olarak inceledik. Grupların obstetrik sonuçlar (doğum şekli, doğum kilosunu) ve obstetrik komplikasyonlar (preterm doğum, fetal anomali, eklampsi) açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Adölesan 256 gebe ile adölesan olmayan 772 gebenin dahil edildiği çalışmamızda adölesanlar ortalama 34.92±4.59 gebelik haftasında, adölesan olmayanlar ise 35.71±4.25 gebelik haftasında doğum yaptığı tespit edildi (p<0.05). Adölesan grupta eklampsi gelişiminin daha fazla olduğu görüldü (p<0.05). Adölesan olanlarda çoğunlukla doğum şekli vajinal, adölesan olmayanlarda ise sezaryen idi. (p<0.05). Bebek ağırlığının anne yaşındaki küçülmeye birlikte azaldığı tespit edildi (p<0.05). Fetal anomali gelişimi açısından fark olmadığı gözlemlendi (p<0.05).

Sonuç: Adölesan gebelikler maternal ve perinatal morbidite ve mortalite risk artışına neden olabilmektedir. Anne ve çocuk sağlığı ile ilgilenen kliniklerin bu gebelerin sıkı antenatal takibi ve riskleri konusunda uyanık olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan gebelik, fetal sonuçlar, maternal sonuçlar.

ABSTRACT

Aim: The term adolescent describes transition childhood to maturity and adolescent pregnancies create very important health problem in all of countries in the world. In terms of maternal and fetal problems, pregnant adolescent are in high risk pregnancy category. In our study, we aimed to compare obstetrics and neonatal results of adolescent and non-adolescent pregnancies in our hospital.

Material and Methods: In our study, pregnancy and birth records of both under 19 year old and between 20 and 29 years old pregnant, who gave birth over 20 months at the same period and were referred to our hospital, were retrospectively examined. Obstetrics results (type of delivery, birth weight) and obstetrics complications (preterm birth, fetal anomaly, eclampsia) are compared.

Results: There were 256 participants in the adolescent group and 772 participants in the non-adolescent group. Adolescent women who gave birth in an average of 34.92±4.59 pregnancy week and non-adolescent women gave birth in an average of 35.71±4.25 pregnancy week (p<0.05). Eclampsia development was more common in the adolescent group (p<0.05). In adolescent group, vaginal birth ratio was higher than the caesarean section (p<0.05). The weight of babies was significantly decreasing with the decreased ages (p<0.05). There was no difference in the development of fetal anomalies (p<0.05).

Conclusion: The significant rates of perinatal morbidity and mortality risks are increasing for those pregnant. Health workers dealing with maternal and child health need to be alert of antenatal monitoring and risks are increasing for those pregnant in case adolescent pregnancy occurs.

Key words: : Adolescent pregnancy, fetal results, maternal result.

Gönderme tarihi / Received: 09.08.2016 **Kabul tarihi / Accepted:** 07.11.2016

İletişim: Emine Yasemin Inalöz Nene Hatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ERZURUM

Tel: 0442 344 66 66 **E-posta:** emsalpınar1@hotmail.com

GİRİŞ

Adölesan dönemi psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemini tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), adölesan dönemini 10-19 yaşlar arası olarak tanımlamaktadır (1). Ülkemizde 2008 yılı verilerine göre nüfusun % 18.5' ini adölesan yaş grubu oluşturmaktadır (2). Adölesan annelerden doğan bebekler yenidoğan ölümü ve hastalıkları açısından risk taşıdığı gibi, adölesan anneler de doğum öncesi bakımları yetersiz olduğundan obstetrik komplikasyonlar ile daha sık karşılaşmaktadır (3). Dünyada adölesan gebelik oranı % 5,4 olup, DSÖ verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 70.000 adölesan gebe, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (4).

Çalışmamızda kliniğimizde 2008-2012 yılları arasındaki adölesan gebeliklerin obstetrik ve neonatal sonuçlarını tespit edip, adölesanlarla 20-29 yaş arası doğumları, anne ve yeni doğan sağlığı açısından karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda hastanemizin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 01.01.2008-31.12.2012 tarihleri arasında doğum yapan 11538 hastanın kayıtları incelendi. 20 hafta üzerinde doğum yapan 19 yaş altı adölesan 256 gebe ile kontrol grubu olarak aynı dönemde doğum yapmış 20-29 yaş aralığındaki 772 gebenin, gebelik ve doğum kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu kayıtlardan hastaların demografik özellikleri, önceki gebelik öyküsü (gravida, parite), obstetrik sonuçlar (doğum kilosu, doğum şekli) ve obstetrik komplikasyonlara (preterm doğum, eklampsi, fetal anomali, anne ölümü) ait sonuçlar çıkarıldı. Hastaların gebelik yaşı son

adet tarihine göre belirlendi. Son adet tarihinin bilinmediği durumlarda birinci trimester veya ikinci trimester ultrasonografi bulgularına göre hastaların gebelik yaşı hesaplandı. Çalışmada kullanılan değişkenler kaydedildi ve analiz için SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde student t testi, kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanıldı ve p değeri < 0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Kliniğimizde doğum yapan toplam 11538 kadının 256'sı adölesan yaş grubunda idi (% 2.2). Adölesan gruptakilerin yaş ortalaması $17,93 \pm 1,31$ (9-19) yıl olup kontrol grubundaki adölesan olmayanların yaş ortalaması $24,98 \pm 2,89$ (20- 29) yıl idi. Adölesan yaş grubundakilerin gebelik sayılarının ortalaması $1,31 \pm 0,66$ iken, adölesan olmayanların gebelik sayılarının ortalaması $2,49 \pm 1,53$ idi. Adölesan yaş grubundaki kadınların doğum sayılarının ortalaması $0,2 \pm 0,51$ iken, kontrol grubundaki kadınların doğum sayılarının ortalaması $1,19 \pm 1,26$ idi.

Çalışmaya dahil edilen toplam 1028 hastanın son adet tarihine göre veya 1.-2.trimesterde yapılan ultrasonografik değerlerine göre hesaplanmış gebelik haftaları göz önüne alındığında 32. hafta ve daha öncesinde doğum yapanların kendi yaş grubundaki oranları, 17 ve altındaki yaş grubunda % 30,8; 18 yaş grubunda % 17,2; 19 yaş grubunda % 21,1 ve 20-29 yaş grubunda %17,1 olarak tespit edildi. 32-37. gestasyonel hafta arasında gerçekleşen doğumların yaş gruplarındaki oranları ise 17 ve altı yaş grubunda % 21,8; 18 yaş grubunda % 25; 19 yaş grubunda % 24,6 ve 20-29 yaş grubunda ise % 21,9 idi. 37. gestasyonel hafta

ve üstü için ise oranlar sırasıyla şöyle % 47,4; % 57,8; % 54,4; % 61,0 olarak tespit edildi. Adölesan gebelerin 34,92 ± 4,59 gebelik haftasında, kontrol grubundakilerin ise ortalama olarak 35.71 ± 4.25 gebelik haftasında doğum yapmış olduğu tespit edildi. Adölesanlarda erken doğum oranı (% 44), adölesan olmayanlardan (% 38.8) fazlaydı. Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası bakımından adölesan gebelerin yaklaşık olarak ortalama 1 hafta daha erken doğum yaptığı saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 1).

Adölesan grupta doğan bebeklerin doğum ağırlığı 2430,42 ± 872,48 gr iken, kontrol grubundaki anne bebeklerinin doğum ağırlığı 2667,77 ± 871,83 gr idi. Adölesan gebelerin bebeklerinin doğum ağırlığının kontrol grubuna göre yaklaşık olarak ortalama 200 gr daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (p < 0.05) (Tablo 1).

Adölesan gebelerin 97' si (% 38.2) sezaryen ile doğum yaparken, adölesan olmayan kadınların 508' i (% 83.8) sezaryen ile doğum yapmış olup adölesan olan ve olmayan kadınlar arasında doğum şekli bakımından anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Sezaryen endikasyonu olarak 17 ve altı yaş grubunda en sık sezaryen endikasyonu gebeliğe bağlı hipertansif nedenler iken, 18 ve 19 yaş gruplarındaki en sık sezaryen endikasyonu makat geliş, kontrol grubunda ise tekrarlayan sezaryen idi. Fakat endikasyon dağılımları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamadı (p >0.05).

Kontrol yaş grubunda sezaryen fazla olmasında, kliniğimizin sevk kabul edilen eğitim hastanesi olmasının etkisinin olduğu düşünüldü. Doğum induksiyonu alma durumu açısından

değerlendirildiğinde yaşa bağımlı bir farklılık olduğu gözlemlendi. İndüksiyon oranınının 17 ve altı yaş grubunda en yüksek iken yaş arttıkça bu oranın giderek azaldığı izlendi (p <0.05) (Tablo 2).

Adölesan gebeler ve kontrol grubunda fetal anomali ve anne ölümü oranları bakımından karşılaştırıldı. Fetal anomali açısından incelendiğinde adölesan gebelerin % 9,6 'sında fetal anomali tespit edilirken kontrol grubunda bu oran % 5,3 olarak değerlendirildi. En sık görülen anomaliler nöral tüp defekti idi. Yaşla anomali görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki yoktu (p>0.05). Anne ölümü açısından yaş grupları incelendiğinde adölesan dönemde anne ölümü izlenmedi. 772 kişilik kontrol grubunda ise amniyon sıvı embolisi ve HELLP sendromu sonrası gelişen multiorgan yetmezliğe bağlı 2 anne ölümü (% 0,3) olduğu tespit edildi (p> 0.05).

Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklardan preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromunun yaşla ilişkisi incelendiğinde preeklampsi (p>0.05) ve HELLP sendromunun (p >0.05) yaşla ilişkisinin olmadığı, yaşın küçülmesiyle görülme sıklığının artmadığı fakat eklampsi görülme oranınının yaşla ilişkili faktör olduğu ve yaş azaldıkça görülme oranınının arttığı tespit edildi. Çalışmamızda da eklampsi adölesan yaş grubunda ortalama % 2,1 iken, kontrol yaş grubunda % 0,6 idi. (p <0.05). Preeklampsinin adölesan gebe grubunda görülme oranı % 16,1 iken kontrol grubunda görülme oranı ise % 10.9 olarak tespit edildi (p > 0.05). Preeklampsinin yaş gruplarına göre dağılımı 17 yaş ve altında görülme oran % 20,5; 18 yaş grubunda % 15,6; 19 yaş grubunda % 12,3 olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 1: Ortalama Gebelik Haftası ve Doğum Ağırlığı Ortalamasının Karşılaştırılması

	Maternal Yaş Grupları (yıl)				P
	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	17 ve altı (n:78)	18 (n:64)	19 (n:114)	20-29 (n:772)	
Gebelik haftası (ort±SD)	33.8±5.3	35.5±4.2	35.3±4.0	35.7±4.2	< 0.05
Doğum ağırlığı (gr) (ort± SD)	2276.7±928.3	2511.0±839.4	2491.71±844.2	2667.7±871.8	< 0.05

Tablo 2. Adölesan Gebeler ve Kontrol Grubundaki Sezeryan Oranları, Endikasyonları ve Doğum İndüksiyonu Durumu

	Maternal Yaş Grupları (yıl)			
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu
	17 ve altı (n:78)	18 (n:64)	19 (n:114)	20-29 (n:772)
Sezaryenle doğum(n,%)	25(%32.1)	28(% 43.8)	44 (% 38.6)	508 (% 83.8)
İndüksiyon (n, %)	24(% 30.8)	17(% 26.6)	29(% 25.4)	108(% 14.0)
Sezaryen Endikasyonları;				
Gebeliğe bağlı HT(n,%)	9(%36.0)	1(%3.6)	7(%15.2)	41 (%8.1)
Makat geliş(n,%)	1(%4)	9(%32.1)	9(%19.6)	48 (%9.5)
Pelvik darlık(n,%)	0(0)	0(0)	4(%8.7)	38(%7.5)
Distosi(n,%)	2(%8.0)	2(%7.1)	2(%4.3)	12(%2.4)
Tekrar C/S(n,%)	1(%4.0)	4(%14.3)	5(%10.9)	213(%42.1)
Dekolman plasenta(n,%)	1(%4-0)	1(%3.6)	1(%2.2)	6(%1.2)
Diğer(n,%)	3(%12.0)	2(%7.1)	3(%6.5)	35(%6.9)

TARTIŞMA

Adölesan dönem somatik, endokrinolojik ve psikolojik gelişim ile karakterize bir dönemdir. Menarşla beraber doğurganlık kazanan adölesan birey, gebelik ve ilişkili tüm komplikasyonlar açısından risk altındadır. Hem gelişmekte olan ülkeler hem de gelişmiş ülkelerde adölesan gebelikler önemli bir sağlık sorunu olarak ön plana çıkmaktadır (4).

Adölesan gebeliklerin görülme sıklığı, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklara bağlı olarak, dünyada % 3,2 - % 42 arasında değişmektedir (5). Ülkemizde 1990 larda adölesan gebelik oram % 0,9 civarında iken günümüzde 15-19 yaş grubundaki adölesanlarda bu oranın % 6 olduğu bildirilmiştir. Bu yaş grubunda doğurganlık hızı, 2008 rakamlarına göre % 0,35' tir. Ülkemizde 15-19 yaş arası evli kadınlar, 15-49 yaş arası evli

kadınların % 2,5' ini oluşturmasına rağmen gebeliğe bağlı ölümlerin % 5,9' u 15-19 yaş grubu arasındadır. 20-24 yaş grubunda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 15,7 iken, 15-19 yaş grubunda bu oran % 18,7' ye kadar çıktığı saptanmıştır (6). Ancak bizim çalışmamızda adölesan grupta anne ölümü tespit edilmedi. Kontrol grubunda ise 2 anne ölümü (%0.3) tespit edildi. Çalışmamıza dahil edilen 11538 gebenin 256 (%2,2)' sı adölesan yaş grubunda olduğu dikkate alındığında bu oranın Türkiye ve Dünya geneline göre düşük olduğu görülmektedir. Bunun muhtemel nedeni ise hastalarımızın birçoğunun yeşil kartlı olması ve devlet hastanelerinde doğum yaptırılması, ancak komplikasyon geliştiği takdirde kliniğimize sevk edilmesidir.

Adölesan dönemdeki kişi gelişim evresini bitirmemiş, öncelikle iskelet sistemi yönünden tam olgunluğa ulaşamamıştır. Bu nedenle adölesan kadınların prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdukları ve sonuçta neonatal ve infant mortalitesinin fazla olacağı öngörülmüştür (7). Shah ve arkadaşları yaptıkları çalışmada preterm eylem görülme sıklığı adölesan grupta % 17.1 iken, adölesan olmayan grupta % 5.7 olarak saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (8). Satin ve arkadaşları 16500 nullipar kadının dahil edildiği çalışmalarında 11-16 yaşları arasında doğum yapanlarda preterm doğum oranını kontrol grubuna göre anlamlı derecede artmış saptamışlardır (9). Malabarey ve arkadaşları 1995--2004 yılları arasını kapsayan popülasyon bazlı yaklaşık 37 000 doğumu inceledikleri kohort çalışmasında erken adölesan dönemde (< 15 yaş) erken doğumun 15 yaş üstü gebelere göre anlamlı ölçüde yüksek oranda görüldüğünü bulmuşlardır (10). Ülkemizden yapılan çalışmalarda Bozkaya ve

ark. (11) preterm doğum oranını % 9,3 olduğunu, Keskinoglu ve ark. (3) preterm doğum oranının % 18,2 olduğunu ve erişkinlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda adölesanlarda erken doğum oranı (% 44), adölesan olmayanlardan (% 38.8) fazlaydı. Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası bakımından adölesan gebelerin yaklaşık olarak ortalama 1 hafta daha erken doğum yaptığı saptanmıştır (p<0.05). Literatür ile uyumlu olarak adölesan olanlarda adölesan olmayanlara göre preterm doğum oranı daha yüksek idi. İki grup arasında doğumun gerçekleştiği gebelik haftası bakımından adölesan gebelerin yaklaşık olarak ortalama 1 hafta daha erken doğum yaptığı saptandı.

Eklampsi tüm gebeliklerin % 7,5'undan fazlasında görülmektedir (12). Eklampsi görülme sıklığındaki farklılıklar maternal yaş dağılımı ve popülasyondaki primipar gebelerin oranına bağlı olarak değişmektedir (13). Eklampsi sıklıkla genç ve nullipar gebeleri etkilerken, yaşlı gebelerde kronik hipertansiyon zemininde eklampsi gelişme riski daha yüksektir (14). Adölesan gebeliklerdeki eklampsi sıklığını henüz gelişimini tamamlamayan adölesanın gebe kalmasıyla, artmış olan metabolizması, doğum öncesi bakımının yetersiz oluşu, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi de arttırmaktadır. Eklampsi gelişimi ile de zaten yüksek riskli grupta olan adölesan gebelerde maternal mortalite oranı % 15' lere kadar yükselmektedir (15). Literatürde, adölesan gebeliklerde eklampsinin daha sık görüldüğünü destekleyen çalışmalar mevcuttur (16). Adölesanlarda eklampsinin daha sık görülmesinin immatür immün sistem ve çoğu adölesan

Tablo 3. Adölesan Gebeler ve Kontrol Grubunda Gebeliğe Bağlı Hipertansif Hastalıkların Görülme Oranları

	Maternal Yaş Grupları (yıl)				P
	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	17 ve altı (n:78)	18 (n:64)	19 (n:114)	20-29 (n:772)	
Preeklampsi (n,%)	16 (%20.5)	10 (%15.6)	14 (%12.3)	84 (%10.9)	> 0.05
Eklampsi (n,%)	3 (%3.8)	0(0)	3(%2.6)	5 (%0.6)	< 0.05
HELLP sendromu (n,%)	1 (%1.3)	1 (%1.6)	1 (%0.9)	9 (%1.2)	> 0.05

gebenin primigravid olması ve ilk kez koryonik villus ile karşılaşması ile açıklanmaktadır (17). Keskinoğlu ve ark. (3) adölesan gebelerde eklampsi görülme oranı % 6, Shah ve ark. (8) eklampsi görülme oranını % 23,7 olarak bulmuş ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit etmişlerdir. Şekeroğlu ve ark. (18) adölesan yaş grubunda eklampsi oranını % 2,9, 20-30 yaş grubunda % 6,9, 35 yaş üstü grupta ise % 8,2 olarak saptamış ve anlamlı artış olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda da eklampsi adölesan yaş grubunda % 2,3 iken, kontrol yaş grubunda % 0,6 idi. Literatür ile uyumlu olarak yaş küçüldükçe eklampsi görülme oranı artmaktaydı.

Düşük doğum ağırlıklı doğumlar adölesan gebelikler için önemli sağlık sorunudur. Şekeroğlu ve arkadaşları 348 tane 19 yaş altı adölesanın dahil edildiği toplam 821 hastalık çalışmalarında 59 hastada (% 16.8) düşük doğum ağırlıklı doğum olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlar (18). Malabarey ve arkadaşları 300627 kişilik 15 yaş altı erken adölesan dönem yaş grubunda çok düşük doğum ağırlığı (<1500 gr) görülme oranı % 2.3, düşük doğum ağırlığı (< 2500 gr) görülme

oranını, %9.2, 15 yaş üstünde ise sırasıyla %1.2 ve %6.1 olarak tespit etmişler ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bulmuşlar (10). Bizim çalışmamızda ise literatür ile uyumlu olarak adölesan gebeliklerde düşük doğum ağırlığının anlamlı olarak daha fazla olduğunu gözlemledik.

Adölesan gebeliklerde, kemik pelvis gelişiminin tamamlanmamış olduğu için baş-pelvik uyumsuzluk insidansının arttığı ve bunun da adölesan gebeliklerde abdominal doğum hızını arttırdığı kabul edilmektedir. Bu nedenle adölesan gebelerde sezaryenle doğum oranının kontrol grubuna kıyasla daha düşük oranda olduğu bilinmektedir (19). Zeteroğlu ve arkadaşları 40391 gebeyi kapsayan ve adölesan gebelerde sezaryen doğum oranlarını değerlendiren çalışmasında adölesan gebelerde sezaryenle doğumların azaldığı sonucuna varmışlardır ve biyolojik immatüritenin adölesan gebelik sonuçlarını etkileyen önemli bir faktör olmadığını öne sürmüşlerdir (20). Thaithea ve arkadaşları adölesan grupta sezaryen oranını % 9,9, kontrol grubunda ise % 23,5 olarak saptamıştır (21). Ancak literatürde farklı görüş bildiren çalışmalarda vardır. Chibber

ve arkadaşları adölesan gebeliklerin sonuçlarını inceleyen çalışmalarında adölesanlarda sezeryanla doğum oranını % 47,4, kontrol grubunda ise % 23,1 olduğunu ve adölesanlarda sezaryen oranının anlamlı düzeyde fazla olduğunu rapor etmişlerdir (22). Bizim çalışmamızda da adölesan kadınlarda (% 37,8), adölesan olmayanlara (% 65,8) göre anlamlı düzeyde daha düşük sezaryen oranı tespit edilmiştir. Dolayısıyla anne adayları açısından biyolojik matürütenin tam olarak sağlanamamış olması adölesan gebeliklerde doğum şeklini etkileyen önemli faktör olmayabilir.

Dünya genelindeki sezaryen oranı tüm doğumların %15' i olarak belirtilmiştir (23). Türkiye' de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre % 21,2 olan sezaryen oranının, 2008 TNSA 'da % 36,7 olduğu görülmektedir. 2010 yılı itibariyle de % 45'in üzerinde oranlar ortaya çıkmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen oranı % 15 'tir (9). Literatürde yapılan çalışmalarda, adölesan gebelerde sezaryen endikasyonlarını Demir ve arkadaşları gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar (% 46) olduğunu belirtmişlerdir (24). Fakat sezaryen endikasyonları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir. Çalışma grubumuzdaki adölesanlarda en sık görülen sezaryen endikasyonu % 36 ile gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar iken, kontrol yaş grubunda % 42 ile en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş sezaryen idi. Literatür ile uyumlu olarak sezaryen endikasyonları yaşla ilişkisiz idi.

Maternal yaş ve konjenital anomali arasındaki ilişkiyi incelediğinde, Sagili ve arkadaşları konjenital anomali görülme oranı adölesan

gebelerde % 1,1 ve 19 yaş üstü hastalardan oluşan kontrol grubunda % 0,8 olarak tespit edilmiş ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmişler (25). Şekeroğlu ve arkadaşları adölesan gebelerde % 3,7; 20-35 yaş arası grupta % 2,1; 35 yaş üstü grupta ise % 3,8 olarak tespit edilmiş ve arada istatistiksel anlamlı fark olmadığı rapor edilmiş (18). Genç anne yaşı ile konjenital anomali ilişkisini gösteren az sayıda çalışma mevcuttur. Bu konuda yapılmış en büyük çalışma Chen ve arkadaşları 35 yaş altı 5542861 nullipar gebe kadınlara yaptıkları çalışmada adölesan gebelerde merkezi sinir sistemi anomalileri (anensefali, spina bifida/meningosel, hidrosefali/mikrosefali) gastrointestinal sistem anomalileri (omfalosel, gastroşizis) ve kas-iskelet sistemi anomalilerinin (yarık dudak/damak, polidaktili, sindaktili) oluşma riskinin arttığını rapor etmişlerdir (26). Melekoğlu ve arkadaşları adölesan annelerden doğan bebeklerin 13' ünde (% 16,3), adölesan olmayan annelerden doğan bebeklerin ise 6' sında (% 5,9) konjenital anomali olduğunu ve anlamlı düzeyde yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (27). Canbaz ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan ve 357' si adölesan gebe olan toplam 10,100 gebeden oluşan geniş çaplı çalışmada ise adölesan gebelerde merkezi sinir sistemi, kas-iskelet sistemi ve gastrointestinal sistem anomalilerinden hiçbirisine rastlanmamıştır (28). Bizim çalışmamızda ise adölesan annelerden doğan 24 bebekte (% 9,3), adölesan olmayan annelerden doğan 41 bebekte 43 (% 5,3) konjenital anomali tespit edildi. Her iki grupta da en sık görülen anomali nöral tüp defekti idi. Fakat her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığını tespit ettik.

SONUÇ

Adölesan gebelikler sağlık ve sosyal sonuçları göz önünde bulundurulduğunda riskli gebelikler olarak takip edilmelidir. Toplumun adölesan gebeliklerin riskleri hakkında bilinçlendirilmesi ve var olan adölesan gebeliklerin gerekli antenatal takibinin düzenli yapılabilmesi problemin anahtar çözümlerindedir.

REFERANSLAR

1. Yoost JL, Hertweck SP, Barnett SN. The Effect of an Educational Approach to Pregnancy Prevention Among High-Risk Early and Late Adolescents. *J Adolesc Health* 2014; 55: 222-7.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye, 2008; S-73.
3. Keskinoglu P, Bilgiç N, Picakciefe M, Giray H, Karakuş N, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 19-24.
4. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health* 2013; 52: 517-22.
5. Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. Department of Child and Adolescent Health and Development. WHO, 2005 ;Geneva
6. Kütük S. Adölesan gebelik riskleri ve sorunlar. *Türk Aile Hek Derg* 2012;16: 31-4.
7. Aydın D. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2013;16: 4
8. Shah M, Prajapati S, Sheneeshkumar V. Adolescent pregnancy: Problems and consequences. *Apollo Medicine* 2012; 9: 176-80.
9. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 184-7.
10. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenheim HA. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25: 98-102.
11. Bozkaya H, Mocan H, Usluca H, Beşer E, Gümüştekin D. A retrospective analysis of adolescent pregnancies. *Gynecol Obstet Invest* 1996; 42: 146-50.
12. Wallis AB, Saftlas AF, Hsia J, Atrash HK. Secular trends in the rates of preeclampsia, eclampsia, and gestational hypertension, United States, 1987-2004. *Am J Hypertens* 2008; 21: 521-6.
13. Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25: 391-403.
14. Lawlor DA, Morton SM, Nitsch D, Leon DA. Association between childhood and adulthood socioeconomic position and pregnancy induced hypertension: results from the Aberdeen children of the 1950s cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 49-55.
15. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JM, Iburguenoitia Ochoa F, et al. Analysis of the perinatal results of the first five years of the functioning of a clinic for pregnant teenagers. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74: 241-6.
16. Hediger ML, Scholl TO, Schall JI, Krueger PM. Young maternal age and preterm labor. *Ann Epidemiol* 1997; 7: 400-6.
17. Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri J Med* 2008; 28: 947-52.
18. Şekeroğlu M, Baksu A, İnce Z, Gültekin H, Göker N, Özsoy S. Adolescent and old age pregnant's obstetric results. *Şişli Etfal Tıp Bülteni* 2009; 43: 1-7.
19. Smith GC, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323: 476.
20. Zeteroglu S, Şahin I, Gol K. Cesarean delivery rates in adolescent pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005; 10: 119-22.
21. Thaitae S, Thato R. Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24: 342-6.
22. Chibber R, Fouda M, Al-Hijji J, Al-Dossary M, Sadeq EH, Amen A, et al. Adverse pregnancy outcome among teenagers: a reality? *J Obstet Gynaecol* 2014; 34: 297-300.
23. Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21: 98-113.
24. Demir SC, Kadayıfçı O, Ozgunen T, Evruke C, Vardar MA, Karaca A, et al. Pregnancy outcomes in young

- Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13: 177-81.
25. Sagili H, Pramy N, Prabhu K, Mascarenhas M, Reddi Rani P. Are teenage pregnancies at high risk? A comparison study in a developing country. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 573-7.
 26. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Teenage pregnancy and congenital anomalies: which system is vulnerable? *Hum Reprod* 2007; 22: 1730-5.
 27. Melekoğlu R, Evrüke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, Büyükkurt S, Özgünen FT. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneđi Dergisi* 2013; 10: 213- 9.
 28. Canbaz S, Sunter AT, Cetinoglu CE, Peksen Y. Obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Turkey. *Adv Ther* 2005; 22: 636-41.