

Adölesan Gebelerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Maternal and Fetal Outcomes in the Adolescents Pregnancy

Elif Ağaçayak¹, Bircan Alan², Abdülkadir Turgut¹, Müsemma Karabel³, Senem Yaman Tunç¹,
Yasemin Çeter¹, Necmi Arslan⁴, Ahmet Yalinkaya¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amacımız hastanede karşılaştığımız adölesan gebeliklerdeki maternal ve fetal sorunlar ile adölesan olmayan gebeliklerde görülen maternal ve fetal sorunları karşılaştırılarak tartışmaktır.

Yöntemler: Dicle Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Ocak 2015-Ekim 2015 tarihleri arasında doğum yapmış 15-19 yaş (50 hasta) ve 20-23 yaş (96 hasta) gebeler retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, parite, tansiyon, nabız, vücut kitle indeksi, sigara, gebelik haftası, doğum şekli, doğumda gelişen komplikasyonlar, sezaryen endikasyonları, annenin biyokimyasal parametreleri, preeklampsi ve preterm eylem gelişen hastalar, kan transfüzyonu ve yoğun bakım ihtiyacı, bebeğin 1. ve 5 dakika APGAR skoru, kilosu, amnion mayisi, fetal anomali varlığı, yoğun bakım ihtiyacı kaydedildi.

Bulgular: Ocak 2015- Ekim 2015 tarihleri arasında toplam doğum sayımız 1715 idi. Bunların 62 (%3,6) 'sinin adölesan yaş grubunda olduğu izlendi. Maternal kan transfüzyonu ihtiyacı adölesan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p: 0,004). Fetal anomali ve fetal yoğun bakım ihtiyacı adölesan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p değerleri sırasıyla p:0,014 p:0,018).

Sonuç: Adölesan gebelikler, özellikle maternal anemi ve kan transfüzyonu ihtiyacı açısından artmış risk ve kötü perinatal sonuçlara neden olduğundan yüksek riskli gebeliklerdir. Bu nedenle bu gebelikleri azaltmak ve perinatal komplikasyonları en aza indirmek için daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

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

ABSTRACT

Objective: In this study, our aim is to compare discussing maternal and fetal problems non-adolescent pregnancy with maternal and fetal problems in adolescent pregnancy that seen in hospital.

Methods: 15-19 years of age (50 patients) and 20-23 years (96 patients) who gave birth at the Gynaecological and Obstetric Clinic under the Faculty of Medicine of Dicle University between January 2015-October 2015 were retrospectively evaluated. Age at birth, parity, blood pressure, pulse, gestational age, complications at birth, cesarean section indications, maternal biochemical parameters, patients with preeclampsia and preterm birth, maternal and fetal complications were recorded.

Results: Total number of births between January 2015-October 2015 were 1715 patients in our clinic. 62 of them (3.6%) were observed in the adolescent group. Maternal blood transfusion needs were found to be significantly higher in the adolescent group (p=0.004). Fetal abnormalities and fetal intensive care needs were found to be significantly higher in the adolescent group (p=0.014, p=0.018).

Conclusion: Adolescent pregnancies were high-risk pregnancies in terms of maternal anemia and blood transfusion requirements and because of adverse perinatal outcomes. Therefore, to reduce the adolescent pregnancy and to minimize perinatal complications should be done more extensive studies.

Key words: Adolescent, pregnancy, maternal outcomes, fetal outcomes

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD, Diyarbakır, Türkiye

³ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye

⁴ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Diyarbakır, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Elif Ağaçayak,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Diyarbakır, Türkiye, 21280 Email: drelifagacayak@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 06.04.2016, Kabul Tarihi / Accepted: 28.04.2016

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2016, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GİRİŞ

Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını adölesan dönem olarak kabul etmekte olup genel olarak adölesan gebeliği de bu yaşlar arasındaki kızların gebeliği anlamında kullanılmaktadır. 10-14 yaş erken adölesan, 15-19 yaş geç adölesan olarak kabul edilmektedir [1]. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Adölesan gebeliklerin sıklığı ülkenin sosyokültürel durumu ve gelişmişlik düzeyi yanı sıra ailesel ve bireysel birçok faktörden etkilenir. Gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim, bunun sonucu meydana gelen istenmeyen gebelikler adölesan dönemde yaşanan durumlar olarak saptanırken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kültürel yapı ve gelenekler nedeniyle erken yaş evlilikleri ve erken gebelikler bu dönemde görülebilmektedir [2]. Adölesan gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer almakta, anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık problemlerine neden olabilmektedir [3].

Hastanemizin bir üniversite hastanesi olması, bölge hastanesi olarak hizmet vermesi ve çevre illerden sevk alan büyük bir şehirde bulunması nedenleriyle adölesan gebelikler sık görülmekte ve zaman zaman da önemli komplikasyonlarla karşılaşılmaktadır.

Bu çalışmada amacımız hastanede karşılaştığımız adölesan gebeliklerdeki maternal ve fetal sorunlar ile adölesan olmayan gebeliklerde görülen maternal ve fetal sorunları karşılaştırılarak tartışmaktır.

YÖNTEMLER

Dicle Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Ocak 2015-Ekim 2015 tarihleri arasında doğum yapmış 15-19 yaş ve 20-23 yaş gebeleri retrospektif olarak değerlendirildi. Artan yaş ve paritenin maternal ve fetal sonuçlara negatif etkisini minimize etmek için 20-23 yaş aralığı kontrol grubu olarak alındı. Bu tarih aralığında toplam 65 adölesan (15-19 yaş), 111 adölesan olmayan (20-23 yaş) hasta olduğu tespit edildi. Bu hastalardan adölesan grupta 3 hasta, adölesan olmayan grupta 1 hasta hariçte doğum yapmış ve ilk 24 saatte kliniğimize sevk edilen hastalardı. 15-19 yaş arası 6 hasta, 20-

23 yaş arası 8 hasta 22 hafta altı gebelerdi. Bu hastalardan 15-19 yaş arası 3, 20-23 yaş arası 2 hasta intrauterin mort fetüs ve 15-19 yaş arası 3, 20-23 yaş arası 4 hasta çoğul gebelik (ikiz) idi. Bu hastalar (hariçte doğum yapanlar, 22 hafta altı gebeler, mort fetüsler ve çoğul gebelikler) çalışma dışı bırakıldı. Ancak adölesan olan ve olmayan gruplar arasında postpartum komplikasyonlar, abortusla sonuçlanan gebelikler, intrauterin mort fetüs ve ikiz gebelik olması açısından karşılaştırma yapıldı. Çalışmaya 15-19 yaş arası 50 adölesan, 20-23 yaş arası 96 hasta dahil edildi. Adölesan gruba 19 yaş altı ve 15 yaş üstü geç adölesan dönemi alındı [4]. Doğum esnasındaki yaş, parite, tansiyon, nabız, vücut kitle indeksi, sigara, gebelik haftası, doğum şekli, doğumda gelişen komplikasyonlar (perine laserasyonları, kanama, omuz takılması), sezaryan olduysa endikasyonları, annenin hemoglobin (HB), hematokrit (HTC), platelet (PLT), glukoz, alanin transaminaz (ALT), aspartat transaminaz (AST), idrarda protein düzeyi, preeklampsi, preterm eylem ile sonuçlanan gebelikler kaydedildi. Bebeğin 1. ve 5 dakika APGAR skoru, bebeğin kilosu, amnion mayisi, fetal anomali varlığı, yoğun bakım ihtiyacı kaydedildi. Maternal kan transfüzyonu ihtiyacı, maternal yoğun bakım, maternal ölüm kaydedildi. Veriler hastane kayıtlarından elde edildi. Çalışmamız Dicle Üniversitesi Etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

İstatistiksel değerlendirme olarak SPSS 21 programı kullanıldı. Verilerin ortalama±standart sapma değerleri hesaplandı. Normal dağılımı değerlendirmek için Kolmogorow-Smirnow testi yapıldı. Normal dağılıma uymayanlara Mann Whitney U testi, normal dağılıma uyan parametrik değerlere Student T test yapıldı. Kategorik değişkenler için Ki kare testi kullanıldı. p<0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Ocak 2015- Ekim 2015 tarihleri arasında toplam doğum sayımız 1715 idi. Bunların 62 (%3,6)' sinin adölesan yaş grubunda olduğu izlendi. 1653' sinin adölesan olmayan grupta olduğu izlendi. 20-23 yaş grubunda olan 110 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bu sürede hariçte doğum yapıp kliniğimize postpartum dönemde sevk edilen 3 adölesan hasta mevcuttu. 20-23 yaş arasında 1 hasta postpartum ilk 24 saatte kliniğimize sevk edilmişti. Bu hastalar

Çalışma dışı bırakıldı. 15- 19 yaş arası 1 postpartum atoni kanaması nedeniyle kliniğimize sevk edilen hasta, geldiğinde hipovolemik çok tablosunda olup, kliniğimizde acil total histerektomi operasyonu yapıldı, histerektomi sonrası 6. saatte yoğun bakımda hemorajik çok ve kardiyopulmoner arrest nedeniyle hasta eksitus oldu. 15-19 yaş arası postpartum perine laserasyonu bir hasta hariçten sevk edildi. Hastanın 4. derece perine laserasyonu mevcut olup genel cerrahi ile beraber sfinkter ve vagen onarımı yapıldı. 15-19 yaş arası 1 hasta postpartum HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets) sendromu nedeniyle yoğun bakıma yatırıldı ve tedavisi yapıldı, 20-23 yaş arası 1 hasta postpartum servikal laserasyon ve uterin rüptür nedeniyle hariçten sevk edildi. Kliniğimizde laparotomi ile uterus rüptür onarımı ve vaginal servikal laserasyon tamiri yapıldı. Postpartum komplikasyonlar nedeniyle hariçten kliniğimize sevk edilen 2 grup hasta arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p: 0,184). 22 hafta altı 15-19 yaş arası 6 (%9,7), hasta, 20-23 yaş arası

8 (%7,3) hasta vardı, gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi (p: 0,634). İntrauterin mort fetüs 15-19 yaş arası 3 (%4,8), 20-23 yaş arası 2 (%1,8) hasta vardı. Gruplar arasında mort fetüs oranları açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi (p= 0,337) ve çoğul gebelikler 15-19 yaş arası 3 (%4,8) ikiz, 20-23 yaş arası 4 (%3,6) ikiz vardı. Gruplar arasında çoğul gebelik oranları açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi (p=0,742). Her iki grup arasında postpartum ilk 24 saatte hariçten gelişen komplikasyon nedeniyle sevk edilen hastalar, 22 hafta altı abortuslar, çoğul gebelik ve mort fetüs gelişmesi açısından farklılık izlenmedi. Demografik parametreler değerlendirildiğinde her iki grup arasında yaş, parite ve nabız açısından anlamlı bir farklılık izlendi (p değerleri sırasıyla p<0,001, p=0,001, p=0,027). Sigara, vücut kitle indeksi, sistolik veya diastolik tansiyon, glukoz, ALT, AST, Plt, idrar tetkikinde protein düzeyi, gebelik haftası, doğum şekli, doğum kilosu, amnion mayide mekonyum açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi (Tablo 1).

Tablo 1. Adölesan gebeler ile adölesan olmayan gebelerin demografik verilerinin karşılaştırılması

	Adölesan gebeler (15-19 yaş)	Adölesan olmayan gebeler (20-23 yaş)	p
Yaş, yıl	18,12 ± 0,94	21,65 ± 1,08	<0,001
Parite	0,24 ± 0,51	0,73 ± 0,95	0,001
Gebelik haftası	34,38 ± 5,11	35,14 ± 3,87	0,363
Sigara	Var	4 (%8)	0,784
	Yok	46 (%92)	
Vücut kitle indeksi	24,98 ± 4,74	26,33 ± 5,87	0,135
Doğum Şekli	Normal Doğum	5	0,426
	Sezaryen	33	
	Operatif Doğum	12	
Sistolik KB (mm Hg)	123,40 ± 20,18	123,65 ± 17,95	0,594
Diastolik KB (mm Hg)	75,60 ± 13,87	76,04 ± 13,07	0,850
Nabız (Dakika)	87,80 ± 6,15	84,91 ± 8,52	0,027

KB: Kan basıncı

Tablo 2. Adölesan gebeler ile adölesan olmayan gebelerin doğum esnasındaki biyokimyasal parametrelerinin karşılaştırılması

	Adölesan gebeler (15-19 yaş)	Adölesan olmayan gebeler (20-23 yaş)	p
Hb (g/dl)	11,14 ± 2,20	11,88 ± 1,62	0,049
Htc (%)	35,03 ± 6,23	37,19 ± 4,61	0,025
Plt (K/uL)	245,84 ± 71,54	240,14 ± 77,18	0,665
Glukoz (mg/dL)	89,56 ± 29,72	85,68 ± 32,25	0,481
ALT (u/L)	22,80 ± 35,17	16,43 ± 21,81	0,129
AST (u/L)	32,20 ± 37,99	25,88 ± 19,73	0,257
TİT (Protein) (mgr)	77,60 ± 140,68	68,94 ± 141,92	0,730

Kısaltmalar: Hb: Hemogloblin, Htc: Hematokrit, Plt: Platelet, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, TİT: Tam İdrar Tetkiki

Doğum esnasındaki biyokimyasal parametreler karşılaştırıldığında hemoglobin (hb) ve hematokrit (htc) adölesan grupta anlamlı olarak düşük izlendi (p=0,049, p=0,025) (Tablo 2).

Fetal sonuçlar değerlendirildiğinde 5. dakika APGAR düzeyi adölesan grupta anlamlı olarak düşük izlendi (p=0,044), fetal anomali ve fetal yoğun bakım ihtiyacı adölesan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p değerleri sırasıyla p=0,014 p=0,018) (Tablo 3).

Maternal kan transfüzyonu ihtiyacı adölesan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p=0,004). Preeklampsi adölesan grupta 9 (%18) hastada, preterm eylem 21 (%42), preeklampsi adölesan olmayan 7 (%7,3) hastada, preterm eylem 27 (%28,1) izlendi. İki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi (p değerleri sırasıyla, p=0,084 p=0,103).

Adölesan grupta 33 (%66) hasta sezaryene alındı. Diğer grupta 65 (%67,7) hasta sezaryen ile doğuma alındı. Her iki grup arasında sezaryen oranları açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi (p=0,196). Adölesan grupta sezaryen oranımız 33 (%50,8), normal doğum 5 (%7,7), müdahaleli doğum 12 (%18,5) oranında izlendi. Adölesan grupta doğum şekli açısından anlamlı farklılık izlendi (p<0,001). Normal doğuma bağlı gelişen komplikasyon oranı adölesan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p=0,049) (Tablo 4).

Adölesan grupta 2 hastada postpartum atoni kanaması, 1 hastada perine laserasyonu, adölesan olmayan grupta bir hastada perine laserasyonu izlendi. Sezaryene alınan hastaların sezaryene alınma endikasyonlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi (p=0,733) (Tablo 5).

Tablo 3. Adölesan gebeler ile adölesan olmayan gebelerin fetal sonuçlarının karşılaştırılması

		Adölesan gebeler (15-19 yaş)	Adölesan olmayan gebeler (20-23 yaş)	p
Bebeğin ağırlığı (gram)		2605,3 ± 931,1	2546,7 ± 713,3	0,698
1.dakika APGAR		5,44 ± 2,23	5,52 ± 2,08	0,494
5.dakika APGAR		6,72 ± 2,46	7,63 ± 1,88	0,044
Amnion mayide mekonyum	Var	2 (%4)	3 (%3,1)	0,783
	Yok	48 (%96)	93 (%97)	
Fetal anomali	Var	7 (%14)	3 (%3,1)	0,014
	Yok	43 (%86)	93 (%97)	
Yoğun bakım	Var	17 (%34)	16 (%17)	0,018
	Yok	33 (%66)	80 (% 83,3)	

Tablo 4. Adölesan gebeler ile adölesan olmayan gebelerin maternal sonuçlarının karşılaştırılması

		Adölesan gebeler (15-19 yaş) n (%)	Adölesan olmayan gebeler (20-23 yaş) n (%)	p
Kan transfüzyonu ihtiyacı	Var	11 (22)	5 (5,2)	0,004
	Yok	39 (78)	91 (95)	
Preeklampsi	Var	9 (18)	7 (7,3)	0,084
	Yok	41 (82)	89 (93)	
Preterm Eylem	Var	21 (42)	27 (29,0)	0,103
	Yok	29 (58)	69 (72)	
Yoğun bakım ihtiyacı	Var	8 (16)	8 (8,3)	0,173
	Yok	42 (84)	88 (92)	
Sezaryen komplikasyonu	Var	4 (32,1)	4 (4,2)	1,000
	Yok	29 (88)	61 (63,5)	
Normal doğum komplikasyonu	Var	3 (18)	1 (3,2)	0,049
	Yok	14 (82,4)	30 (97)	
Maternal Ölüm	Var	0	0	1,000
	Yok	50 (100)	96 (100)	

Tablo 5. Sezeryana alınan adölesan gebeler ile adölesan olmayan gebelerin sezeryan endikasyonlarının karşılaştırılması

	Adölesan gebeler (15-19 yaş) n (%)	Adölesan olmayan gebeler (20-23 yaş) n (%)	p
CPD	1 (2)	4 (4,2)	0,733
İlerlemeyen Eylem	3 (6)	12 (12,5)	
Fetal Distres	6 (12)	12 (12,5)	
Mükerrer Sezeryan	1 (2)	14 (15)	
Malprezentasyon	5 (10)	12 (12,5)	
Plasenta previa	1 (2)	4 (4,2)	
Fetal Anomali (Hidrosefali, omfalosel, vb.)	7 (14)	4 (4,2)	
Kalp Hastalığı	2 (4)	1 (1)	
Diğer	7 (14)	12 (12,5)	

CPD: Sefalopelvik uyumsuzluk

TARTIŞMA

Biz çalışmamızda Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaygın olan adölesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarını adölesan olmayan gebelerle karşılaştırmak istedik. Çalışmamız sonucunda adölesan gebelerde artmış maternal anemi ve kan transfüzyonu ihtiyacı ve komplike normal doğum riski mevcut olup, fetal sonuçlardan 5. dakika APGAR skor düşüklüğü, artmış fetal anomali ve fetal yoğun bakım riski olduğunu tespit ettik.

Dünya’da sosyoekonomik ve kültürel farklılıklara bağlı olarak adölesan gebeliklerin görülme sıklığı %1-%42 arasında değişmektedir [5]. Türkiye’de Zonguldak şehrinde Ayyıldız ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada adölesan gebe insidansını %3,7 tespit etmişlerdir [6]. Bizim çalışmamızda da %3,6 oranında tespit ettik. Bu sonuç normalde beklenenin aksine güneydoğu Anadolu bölgesinde adölesan gebeliklerinin çok yüksek olmadığını ve literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Adölesan gebeliklerde adölesan olmayan gebeliklere göre riskli gebelikler olup abortus, erken doğum, müdahaleli doğum riski yüksektir, preeklampsi, maternal anemi, artmış fetal konjenital anomali riski vardır [7].

World Health Organization (WHO)’ ya göre normal gebeliklerde en düşük hemoglobin düzeyi 11.0 g/dL, hematokrit düzeyi 0,31 g/dL olmalıdır. Yapılan bazı araştırmalarda adölesan gebeliklerde anemi riski yetişkin gebeliklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır [8,9]. Ayrıca fetal büyüme ve gelişme için gerekli olan kalsiyum, demir, folat,

vitamin A, vitamin E, magnezyum ve B 12’nin vücuda alınma oranı adölesan gebelerde belirgin şekilde düşüktür. Adölesanların hem kendi vücutlarının hem de bebek büyümesinin aynı anda olması nedeniyle vücudun demir kaynakları hızla tükenmektedir ve daha fazla nutrisyonel desteğe ihtiyaç duyarlar [10,11]. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde adölesan gebelerde fetal Hb ve Htc düzeyi düşük izlenmiştir. Adölesan gebelerde anemiden dolayı artmış kan transfüzyonu ihtiyacı vardır. Çalışmamızda adölesan gebelerde nabız anlamı olarak daha yüksek tespit edildi. Bunun sebebinin de adölesanlarda artmış anemiden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Adölesan dönemde aneminin daha fazla olması; büyüme ve gelişmenin hızlı bir şekilde devam etmesi nedeniyle adölesan gebelerin diğer gebelere oranla daha fazla nutrisyonel desteğe ihtiyaç duyması ile açıklanabilir. Ayrıca, adölesan gebelerin, yetişkin gebelere göre deneyimlerinin az olması nedeniyle, gebelikte beslenme konusunda yetersiz bilgiye sahip olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Adölesan gebeliklerde merkezi sinir sistemi anomalilerinden olan spina bifida/meningosel, hidrosefali/mikrosefali, anensefali oluşma riski, gastrointestinal sistem anomalilerinden omfalosel, gastroşisis oluşma riski, kas-iskelet sistemi anomalilerinden yarı dudak/damak, polidaktili, sindaktili ve adadaktili oluşma riskinin arttığı bildirilmektedir [12]. Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde fetal anomali adölesan gebelerde anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da karşılaştığımız fetal anomaliler omfalosel, gastroşisis, spina bifida, meningomyelosel, hidrosefali

vakalarıydı. Bunun sebebinde yine adölesanların beslenme konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarından dolayı folat eksikliğinden olabilir.

“International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)’ a göre hipertansiyon, gebeliğin ikinci yarısından itibaren diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır. Adölesan gebelerde hipertansif hastalıklar ve preeklampsi yetişkin gebelere oranla daha sık görölmektedir [13]. Bizim çalışmamızda sistolik ve diastolik tansiyon, idrarda proteinüri ve preeklampsi açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi. Bunun sebebinin bizim hastanemiz 3. basamak bölge hastanesi olup, bölgedeki yüksek riskli preeklampsi hastalarının kliniğimize sevk edilip takip ve tedavisi yapılmaktadır. Kontrol grubunda da fazla sayıda preeklampsi hastası olmasından dolayı iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi.

Çalışmamızda preterm eylem (<36hafta+6gün) oranı açısından adölesan olanlar 21 (%42) ve adölesan olmayanlar 27 (%29,0) arasında anlamlı bir fark izlenmedi. Adölesanlarda ortalama gebelik haftası 34, adölesan olmayanlarda ortalama gebelik haftası 35 idi. Gruplar arasında doğumun gerçekleştiği gebelik haftası açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi. 22 hafta altı gebelikler çalışma dışı bırakıldı. Ancak 22 hafta altı adölesan grupta 6 (%9,7), adölesan olmayan grupta 8 (%7,3) oranında izlendi. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi. Literatürde yapılan çalışmalarda adölesan gebelerde preterm eylem ve abortus riskinin arttığı belirtilmektedir [14]. Bunun sebebi de çalışmamıza aldığımız hastaların geç adölesan dönemde alınan hastalar olmasından kaynaklanıyor olabilir. Preterm eylem, abortus gibi komplikasyonlar erken adölesan dönemde [10-14] daha sık rastlanmaktadır [15]. Önceki çalışmalarda adölesanlar ve adölesan olmayan hastalar arasında sezaryen ile doğum oranlarında artış gösterilmesine rağmen [16] biz artış saptamadık. Çalışmamızda adölesanlarda normal doğum oranlarının operatif doğumlara göre daha az olduğunu, sezaryenlerin ise en sık fetal distres ve fetal anomaliye bağlı olduğunu gördük. Fakat fetal distress oranları iki grupta da yaklaşık olarak aynıydı. Fetal anomali oranı adölesan grupta anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Biz çalışmamızda daha önceki çalışmalarda da [17] belirtilen perinatal morbidite de artış tespit ettik. Bu

nedenle adölesan gebeliklerin anne ve bebeğin sağlığını tehdit ettiğini söyleyebiliriz.

Adölesan grupta sezaryen oranımız 33 (%50,8), normal doğum 5 (%7,7), müdahaleli doğum 12 (%18,) oranında izlendi. Adölesan grupta doğum şekli açısından anlamlı farklılık izlendi (p:0,000). Sezaryen oranının ve müdahaleli doğum oranının yüksek oranda olması adölesanlarda pelvis yapısının daha tam gelişmemiş olmasından kaynaklanmaktadır. Müdahaleli doğumlar sonrası perine lase-rasyonları ve rektal fistüller artmaktadır [18]. Bizim çalışmamızda da adölesan grupta normal doğum sonrası komplikasyonlarımız anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer bir çalışmada adölesan gebelerde 1. ve 5. dakika APGAR skorları ve bebeğin doğum kilosu anlamlı olarak düşük tespit edildi [6]. Bizim çalışmamızda 5. Dakika APGAR skorları adölesan grupta anlamlı olarak düşük tespit edildi. 1.dakika apkar skoru ve doğum ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi. Bunun sebebinin adölesan annelerin bebeklerinin artan fetal anomali nedeniyle ekstra-uterin yaşama geçişte kardiyopulmoner uyum süreçlerinin daha zor olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda adölesan gebelerin %2’sinde, adölesan olmayan gebelerin ise %4.2’sinde plasental anomali saptanmış ve iki grup arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Taner ve arkadaşlarının [19] yaptıkları çalışmada, plasental anomali görülme sıklığının adölesanlar ve yetişkinlerde yaklaşık aynı oranlarda olduğu ve anlamlı farklılıkların olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde plasental anomali gelişmesi açısından adölesanlarda ve adölesan olmayan gebelerde anlamlı fark izlenmedi. Bunun sebebi; plasenta anomalilerinin gelişiminde birçok risk faktörünün etken olması adölesan gebeliklerin bu risk faktörlerinden sadece biri olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızın eksik yanı kısa bir zaman aralığındaki adölesan gebeleri değerlendirmiş olmamızdır. Literatürde adölesan gebelerle ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Ancak bizim çalışmamız Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılmış ilk çalışmadır. Bu çalışmanın ileriki çalışmalara ışık tutacağını düşünerek 2. basamak bir sağlık kuruluşuyla beraber daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğunu söyleyebiliriz.

Adölesan gebelikler, özellikle maternal anemi ve kan transfüzyonu ihtiyacı açısından artmış risk ve kötü perinatal sonuçlara neden olduğundan yüksek riskli gebeliklerdir. Toplum sağlığı için gebe sağlığına öncelikle önem vermemiz ve sağlıklı yenidoğanlar hedeflememiz gerekmektedir. Bu nedenle hastalarımıza üreme sağlığı eğitimi vermemiz ve seksüel aktif ergenler için aile planlaması merkezlerine kolay ulaşabilmelerini sağlamamız, adölesan poliklinikleri açmamız gerekmektedir. Adölesan gebelikler, halen tüm dünyada önemli bir sorun olarak görülmektedir. Sosyal sorunların yanı sıra anne-bebek sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle adölesanlar için düzenli prenatal takip ve eğitim verilmesi anne ve fetüs sağlığı için önemlidir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, Programme Brochure. Geneva; 1998.
2. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adölesan gebelikler. Aile ve Toplum Dergisi 2008;13:37-44.
3. Serdar Kütük. Pregnancy in adolescents, risks and problems, Turkish Journal of Family Practice 2012;16:31-34.
4. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B et.al. Pregnancy outcomes in urban teenagers. Int J Gynaecol Obstet 2002;79:117-122.
5. Melekoğlu, R. Adölesan gebelikler: maternal ve fetal sonuçlar. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Adana, Türkiye, 2012.
6. Tülay Ayyıldız, Aysel Topan, Özlem Öztürk ark. Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi, Öz. DEUH FED 2015;8:61-66.
7. Meltem Demirgöz, Nejla Canbulat. Adolescent Pregnancy, Review, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28:947-952.
8. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. Trop Doct 2007;37:85-88.
9. Tetsuya Kawakita, Kathy Wilson, Katherine L. Grantz et.al. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy, J Pediatr Adölesc Gynecol 2016;29:130-136.
10. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialised countries. Br J Nutr 2007;97:411-425.
11. Ünalın P. C., Kaya Ç. A., Akgün T. ve ark. Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2007;27:567-576.
12. Chen XK, Wen SW, Fleming N, et. al. Teenage pregnancy and congenital anomalies: which system is vulnerable? Hum Reprod 2007;22:1730-1735.
13. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Pereira LA, 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;74:241-246.
14. Fernando Althabe, Janet L Moore, Luz Gibbons, et. al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study, Reproductive Health 2015;12(Suppl 2):S8.
15. DuPlessis HM, Bell R, Richards T. Adolescent pregnancy: understanding the impact of age and race on outcomes. J Adolesc Health 1997;20:187-197.
16. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ et. al. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. Obstet Gynecol 1996;87:668-674.
17. Williams RL, Binkin NJ, Clingman EJ. Pregnancy outcomes among Spanish-surname women in California. Am J Public Health 1986;76:387-391.
18. Miller S, Lester F, Webster M, et. al. Obstetric fistula: a preventable tragedy. J Midwifery Womens Health 2005;50:286-294.
19. Taner C. E., Kırmızı D. A., İriş A. ark. Adölesan gebeliklerin sonuçları. Göztepe Tıp Dergisi 2012;27:6-10.