

UZAMIŞ GEBELİKLERDE PERİNATAL VE OBSTETRİK SONUÇLAR TERM GEBELİKLERDEN FARKLI MI?

ARE THERE ANY DIFFERENCE IS PREGNANCY OUTCOMES BETWEEN TERM AND PROLONGED PREGNANCIES?

Özlem YÖRÜK, Ayşegül ÖKSÜZOĞLU, Yaprak ENGİN-ÜSTÜN, Ayla AKTULAY, Elif Gül YAPAR EYİ, Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara - TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 10.07.2012

Kabul Tarihi: 19.07.2012

Özet

Amaç: Uzamış ve term gebelik nedeniyle izlenmiş hastaların obstetrik ve perinatal sonuçlarının karşılaştırılması.

Gereçler ve Yöntem: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum ünitesine 2012 Ocak-Mart ayları arasında yatırılan 40 hafta ve üzeri 658 gebe prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar klinik protokolümüze göre 40-413 ve 414-42 hafta olmak üzere iki gruba ayrıldı. Kontrol grubu olarak gebelik haftası 40 haftanın altında olan 128 hasta alındı. Gebelerin yaşı, gravidası, paritesi, vücut kitle indeksleri, doğum eyleminin latent ve aktif fazlarının süresi, toplam oksitosin uygulama süresi, amniyotomi, mekonyum varlığı, non reaktif non stres test (NST) değişiklikleri kayıt edildi. Olguların doğum şekilleri, bebeklerin doğum kilosu not edildi. Sezaryen endikasyonları ile anne ve yenidoğana ait komplikasyonlar araştırıldı.

Bulgular: Grup I'de 536, Grup II'de 122 hasta değerlendirmeye alındı. Gruplar arasında yaş, gravida, parite, vücut kitle indeksi, doğumun latent ve aktif faz süreleri, toplam oksitosin uygulama süresi açısından fark bulunamadı. Kontrol grubunda mekonyum gözlenmezken, Grup I ve Grup II'de mekonyum izlenme oranı anlamlı farklılık gösterdi. Amniyotomi ve NST varlığı ile eylemde sezaryen oranı kontrol grubuna göre Grup I ve Grup II'de anlamlı olarak fazla bulundu. Bebek kilosu değerlendirildiğinde kontrol grubuna (3279 ± 46 g) göre, Grup I (3512 ± 25 g) ve Grup II'de (3552±57 g) doğum ağırlığı anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.0005). Pe-

rinatal asfiksi nedeniyle 40 hafta üzeri dört bebek kaybedildi; altı bebek geçici dispne nedeniyle yoğun bakımda takip edilerek haliyle taburcu edildi.

Sonuç: Gebelik süresinin uzaması obstetrik ve perinatal sonuçları değiştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uzamış gebelik, obstetrik, perinatal sonuç

Abstract

Aim: To compare obstetric and perinatal outcomes of the prolonged and full-term pregnancy patients.

Materials And Method: Between January and March 2012 with gestation of 40 weeks and over, 658 patients were prospectively evaluated at Zekai Tahir Burak Women's Health Education and Research Hospital. According to our clinical protocol, 40-413 and 414-42 week patients were divided into two groups. In the control group, 128 patients were under 40 week's gestational age. Age, gravida, parity, body mass index, duration of labor, latent and active phases, the total administration time of oxytocin, amniotomy, the presence of meconium, NST changes were recorded. Types of delivery, birth weight of infants were noted. Indications for cesarean section and maternal and newborn complications were investigated.

Results: In group 1, 536 and group 2, 122 patients were evaluated. Between the groups there was no difference in age, gravidity, parity, body mass index, duration of latent and active phases of labor and total administration time of oxytocin. No meconium was observed

in the control group, group 1 and group 2 showed a significant difference in rate of meconium. Amniotomy, presence of non-reactive NST and the rate of the cesarean in labor were significantly higher in group 1 and group 2 than control group. Baby weights were significantly higher in fetal weight in the group 1 (3512 ± 25 g) and group 2 (3552 ± 57 g) were significantly higher in fetal weight in the control group (3279 ± 46 g) ($p = 0.0005$). Over 40 weeks four babies are lost due to perinatal asphyxia whereas six were followed because of temporary dyspnea.

Conclusion: The gestational age is important for obstetric and perinatal outcomes.

Keywords: Prolonged pregnancy, obstetric, perinatal outcome.

Giriş

Uzamış gebelikler son adet tarihine göre 42 haftayı tamamlamış gebelikler olarak tanımlanır. Ancak literatürde bu süre 41-43 hafta arasında değişebilmektedir (1). Sıklığı % 3-14 arasında değişirken maternal ve perinatal morbidite ve mortalitede belirgin artışa neden olur (2-4). Uzamış gebelik ölü doğum, oligohidramniyos, makrozomi, uteroplasental yetmezlik, dismatürite, mekonyum aspirasyonu, düşük APGAR skorlu doğum ve düşük umbilikal arter pH'sı gibi durumlarla ilişkilidir. Maternal komplikasyonlar arasında distosi, yüksek sezaryen oranları ve maternal endişenin artması yer alır.

Gestasyonel yaş 42 haftayı geçtiğinde perinatal mortalite 4-7/1000 düzeyindeyken, 40. haftada bu oran 2-3/1000 olarak gerçekleşmektedir. 43. haftada perinatal mortalite 40. haftaya oranla 4 kat artmakta ve 44. haftada ise 5-6 katına çıkmaktadır (4,5). Günümüzde genel görüş: 41.gebelik haftasından sonra fetusun, risk altında olabileceği ve doğumun başlatılması yönündedir (6).

Bu çalışma ile kliniğimizde uzamış ve term gebelik nedeniyle izlenmiş hastaların obstetrik ve perinatal sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereçler ve Yöntem

Bu çalışmaya hastanemiz doğum ünitesine 2012 Ocak-Mart ayında yatırılmış 40 hafta ve üzeri gebeliği olan 658 hasta prospektif olarak dahil edildi. Yüksek riskli içeren gebeler (diyabetes mellitus, hipertansiyon, çoğul gebelik, intrauterin gelişme geriliği v.s) ile fetal anomalisi olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Hastalar klinik protokolümüze göre 40-413 ve 414-42 hafta olmak üzere iki gruba ayrıldı. Son adet tarihini tam hatırlamayan hastaların gebelik yaşı ilk trimester veya erken ikinci trimester ultrasonografi ölçümlerine göre belirlendi. Kontrol grubu olarak gebelik haftası 40 haftanın altında olan 128 hasta alındı. Gebelerin yaşı, gravidası, paritesi, vücut kitle indeksleri (VKİ) kayıt edildi.

Doğumun başlatılması amacıyla uygulanan oksitosinin toplam uygulanma süresi, doğum eyleminin latent ve aktif fazlarının süresi, amniyotomi, mekonyum

varlığı, NST değişiklikleri kayıt edildi. Eylem indüksiyonu için oksitosin (Synpitan®, 5 ünite, Deva) 2, mIU/dakika intravenöz infüzyon dozunda başlanıp, 20 dakika aryla 4,8,12, 16, 20, 25,30 mIU/dakika olacak şekilde artırılarak, 30 mU/dakika maksimum değere çıkıldı..

Serviks effasmanı %70 ve dilatasyon 4 cm olunca kadar geçen süre doğumun latent evresi, tam dilatasyon tam effasman olunca kadar olan süre ise doğumun aktif evresi olarak kabul edildi. Hastalar indüksiyon boyunca devamlı monitörize olarak izlendi.

NST değerlendirilmesinde 20 dakikada en az 15 saniye süreli ve en az 15 atım/dakika'lık fetal kalp hızı akselerasyonu görülmesi reaktif, en az 15 saniye süren ve en az 15 atımlık düşümler deselerasyon, bu akselerasyonların ve deselerasyonların izlenmemesi ise nonreaktif olarak kabul edildi (7). NST Philips 50A ya da Corometrics model 170 monitörleriyle, eksternal ultrasonografik transduser kullanılarak yapıldı.

Olguların doğum şekilleri, bebeklerin doğum kilosunu not edildi. Doğum eylemi başlamadan prezentasyon bozukluğu, makrozomik fetus beklentisi veya maternal anksiyete endikasyonlu sezaryenler dışındaki sezaryenler eylemde sezaryen olarak kabul edildi. Sezaryen endikasyonları ile anneye ve yenidoğana ait komplikasyonlar araştırıldı. Doğumda resüsitasyon ihtiyacının olması, beşinci dakika Apgarının 7'nin altında olması, ensefalopati (letarji/stupor, hipotoni, emme refleksinin olmaması veya zayıflığı içeren anormal refleks bulguları) olması, çoklu organ disfonksiyonu (ensefalopati ve en az bir diğer organ tutulumu) gelişmesi, ilk bir saat içerisinde mekanik ventilasyona ihtiyaç duyulması, solumaya geç başlanılması, ve kan gazı pH değerinin ≤ 7.0 olması perinatal asfiksisi olarak kabul edildi. Yenidoğanın geçici takipnesi tanısı ise doğumdan sonra ilk 6 saat içinde başlayan ve en az 12 saat devam eden takipne ile akciğer grafisinde havalanma artışı, vasküler konjesyon, fissürlerde ve kostofrenik açıda sıvı birikiminin izlenmesinin yanı sıra benzer bulguları veren diğer hastalıkların yokluğu ile konuldu.

İstatistiksel değerlendirme. Veriler ortalama \pm standart sapma ya da ortanca (minimum-maksimum) ola-

rak ifade edildi. Veriler analiz edilmeden önce grupların normal dağılıp dağılmadığına göre parametrik ya da parametrik olmayan analizler uygulandı. Çalışma gruplarının ortalama/ortancalarının karşılaştırılmasında Tek yönlü Kruskal Wallis varyans analizi ya da tek yönlü varyans analizi (çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi) kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında chi-square testi kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Tablo I: Grupların demografik ve klinik özellikleri

	GRUP I (n=536)	GRUP II (n=122)	GRUP III (n=128)	p
Yaş*	26,19±4,80	26,10±5,26	26,77±5,41	0,726
Gravida**	1(1-4)	1(1-7)	1(1-10)	0,154
Parite**	0(0-3)	1(1-6)	1(1-9)	0,645
VKİ (Kg/m ²)*	29,08±4,45	29,78±4,46	29,43±5,05	0,398
Toplam oksitosin uygulama süresi (Dak)*	498,75±176,98	383,71±388,71	407,21±436,59	0,300
Latent süre (dakika)*	734,52±85,68	627,80±53,52	449,51±65,97	0,305
Aktif süre (dakika)*	360,57±39,60	399,70±31,67	407,21±55,90	0,070

*Değerler ortalama ± Standard sapma olarak verilmiştir.

**Değerler median (min-max) olarak verilmiştir.

Kontrol grubunda hiçbir hastada doğum eylemi süresince mekonyum gözlenmezken, Grup I'de 68 hastada (%12,7) ve Grup II'de 8 hastada (%6,7) mekonyum görüldü. Her iki grup da mekonyum izlenme oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak fazla bulundu ($p=0,03$). Amniyotomi Grup I'de 366 hastada (%68,2), Grup II'de 80 hastada (%65,5) kontrol grubunda ise 50 hastada uygulandı (%39,0). Amniyotomi uygulananının her iki grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak fazla olduğu izlendi ($p=0,02$).

Anormal NST bulguları Grup I'de 66 hastada (%12,3) Grup II'de 16 hastada (%13,1) tespit edilirken, kontrol grubunda ise hiçbir hastada problem izlenmedi. NST değerlendirilmesi açısından karşılaştırıldığında Grup I ve Grup II'de kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla non reaktif ve fetal distres göstergesi olan NST izlendiği görüldü ($p=0,012$).

Her üç grup doğum şekli açısından karşılaştırıldığında sezaryen ve normal vajinal doğum açısından aralarında fark olmadığı görüldü ($p=0,20$). Grup I'de 142 hasta (%26,5) Grup II'de 26 hasta (%21,3), kontrol grubunda 4 hastada (%3,1) eylemde sezaryen uygulandığı görüldü. Bu üç grup eylemde sezaryen oranı açı-

Bulgular

Bu çalışmaya uzamış gebelik tanısıyla dahil edilen 658 hasta 3 ay içerisinde gerçekleşen 3133 doğumun %21'ni oluşturdu. Hastaların yaş ortalaması 26,2±5,2 olarak bulundu. Hastanemizin uzamış gebelik takip protokolüne göre gebelik haftası 40-413 olan 536 hasta Grup I'i, gebelik haftası 414-42 olan 122 hasta Grup II'yi oluşturdu. Gebelik haftası 40 haftanın altında olan 128 hasta da kontrol grubunu oluşturdu. Bu üç grup karşılaştırıldığında aralarında yaş, gravida, parite, VKİ, toplam oksitosin uygulama süresi, doğumun latent ve aktif faz süreleri açısından fark bulunmadı. Bu sonuçlar Tablo I'de gösterilmektedir.

sından karşılaştırıldığında Grup I ve 2'de kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla sezaryen uygulandığı görüldü ($p=0,000$).

Bebek kilosu değerlendirildiğinde kontrol grubuna (3279 ± 46 g) göre, Grup I (3512 ± 25 g) ve Grup II'de (3552±57 g) bebek ağırlığı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,0005$). Perinatal asfiksi nedeniyle 40 hafta üzeri 4 bebeğin kaybedildiği izlendi. Altı bebeğin geçici dispne nedeniyle yoğun bakımda takip edilerek haliyle taburcu edildiği gözlemlendi.

Çalışmamızdaki maternal komplikasyonlar ise 6 hastada (%0,9) plasenta retansiyonu, 4 hastada atoni (%0,5), 3 hastada (%0,4) enfeksiyon ve 8 hastada (%1,2) kan transfüzyonu ihtiyacının olması olarak tespit edildi.

Tartışma

Uzamış gebeliklerde uteroplasental yetmezliğe bağlı olarak fetal asfiksi, intrapartum fetal distres, mekonyum aspirasyonu oranları artar (8). Bu gebeliklerin yakın antenatal takibi ve uygun doğum zamanı sağlıklı bir yenidoğan için gereklidir. Son zamanlarda antepartum fetal değerlendirme yöntemlerindeki ilerlemeler perinatal morbidite ve mortalitede azalmaya neden olmuştur

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, klasik olarak tarif edi-

len 42 haftadan fazla süren gebeliklerin yanı sıra, 42 haftadan önce de belirgin neonatal morbidite ve mortalite olduğu belirtilmiştir. Grausz ve Heimler beklenmedik afsiksi için ortalama gestasyonel yaşı 288,8 gün olarak bildirmiştir (9). Bu bebeklerden ölen veya nörolojik sekeli olanlar için ise ortalama gestasyonel yaş 414 hafta olduğu belirtilmiştir. Arias ve arkadaşları, makrozomi, fetal distres, mekonyum aspirasyonu ve postmaturitenin 38-40. haftada % 5,6 iken, 41-42. haftalarda % 24,7 olduğunu belirtmiştir (8). Yapılan bazı çalışmalarda uzamış gebeliklerde antepartum fetal testlerin 41. gebelik haftasında başlanması vurgulanmıştır (10,11).

Amniyotominin her iki grupta, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek izlenmesi ($p=0,02$) kliniğimizde uzamış gebelik tanısıyla yatırılan hastaların doğum indüksiyonuna yönelik aktif bir yaklaşımın uygulanıyor olmasındandır. Ayrıca amniyotomi uygulamasının gözden kaçabilecek koyu mekonyum tablosunu da engellediğini düşünmekteyiz.

Travayda mekonyum pasajı, uzamış gebelik süresi olan fetüste term fetüse göre fazladır. Mekonyum pasajının etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte bugün için en çok kabul edilen mekanizmanın fetal hipoksiye bağlı artmış intestinal peristaltizm artışı olduğu düşünülmektedir (12). Biz çalışmamızda 1. grupta 68 olguda (% 12,7), 2. grupta 8 olguda (% 6,7) mekonyum pasajı saptarken kontrol grubunda mekonyum izlenmedi. ($p=0,03$). Bu oran Cucco ve arkadaşlarının % 17,5'lik oranından ve Usher ve arkadaşlarının 41. haftada % 29,42. haftada ise % 31,5 olan değerlerinden azdır (13,14). Bunun nedeninin kliniğimizde 40 hafta üzerindeki gebelerde uygulanan yoğun takip programı olduğunu düşünmekteyiz.

Anormal NST bulguları Grup I'de 66 hastada (%12,3) Grup II'de 16 hastada (%13,1) tespit edilirken, kontrol grubunda ise hiçbir hastada problem izlenmedi ($p=0,012$). Bocher ve arkadaşları gebeliğin 41. haftasında takibe alınanlarda fetal distres oranını % 2,3 olarak bildirirken, bu oranın 42. haftada takibe başlayanlarda % 5,6 olduğunu belirtmişlerdir (10). Bizim çalışmamızda yüksek abnormal NST bulgularının olmasını hastaların devamlı monitörize izlenmesi ve güven vermeyen NST bulgularının dahi mediko-legal açıdan fetal distres kabul edilmesinden olduğunu düşünmekteyiz. Bu sonuç aynı zamanda çalışmamızda mekonyum pasajının daha az izlenmesini de açıklamaktadır.

Çalışmamızda sezaryen oranı açısından karşılaştırıldığında üç grup arasında fark bulmadık ($p=0,20$). Ancak bu üç grup eylemde sezaryen oranı açısından karşılaştırıldığında Grup I ve 2'de kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla sezaryen uygulandığı görüldü ($p=0,000$). Özellikle hastaların çoğunluğunu oluşturan Grup I'deki

eylemde sezaryen oranımız % 26,5 oranı ile Eden ve arkadaşlarının % 29,4'lük oranı ile benzer bulundu (16).

Bebek kilosu değerlendirildiğinde kontrol grubuna (3279 ± 46 g) göre, Grup I (3512 ± 25 g) ve Grup II'de (3552 ± 57 g) bebek ağırlığı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,0005$). Uzamış gebelik dönemindeki haftada ortalama 200 gram ağırlık artışına bağlı olarak yenidoğan ağırlığı, term gebelik yenidoğan ağırlığına göre daha fazla olur. Literatürde uzamış gebeliklerde doğum ağırlığının 4000 gr üzerinde izlenme oranı % 2,8 ile % 41,5 arasında değişmektedir (17). Dolayısıyla makrozomi ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek; doğum eyleminin uzaması, sefalopelvik uygunsuzluk ve nörolojik sekellerle sonuçlanan omuz distosisine daha fazla oranda maruz kalma gibi komplikasyonlar uzamış gebeliklerde daha sık izlenir. Term gebelik yenidoğanlarının % 0,81' i 4500 gr üzerinde iken 43 haftayı geçen yenidoğanların % 2,5' i 4500 gr üzerinde doğarlar (15). Yaptığımız çalışmada kontrol grubunda 4000 gr üzeri yenidoğan ağırlığı oranı 2 hasta ile (%1,6) iken Grup I de 74 hastada (%13,8) ,Grup II de ise 20 hastada (%16,4) bulundu ($p=0,015$).

Wu ve arkadaşları çalışmalarında asfiksi insidansını ortalama 4,5/1000 canlı doğum olarak bildirmişlerdir. On yıllık sürede bu oranın 14,8'den 1,3/1000 canlı doğuma gerilediğini saptamışlardır (18). Bizim çalışmamızda asfiksi oranımız 4 bebek ile %0,60 olarak literatür ortalamasına yakın bulundu. Altı bebeğin ise geçici dispne nedeniyle yoğun bakımda takip edilerek haliyle taburcu edildiği gözlemlendi.

Sonuç olarak; uzamış gebeliklerde, artmış neonatal mortalite ve morbidite nedeni ile doğum öncesi ve doğum eylemi süresince dikkatle izlenmesi gerekir. Günümüzde uzamış gebeliklerin ne zaman ve ne şekilde sonlandırılması ile ilgili oluşmuş bir fikir birliği yoktur. Ancak oluşabilecek mediko-legal problemlerin kaygısı ülkemizde de giderek artmakta olduğundan 41. gebelik haftasından itibaren doğum indüksiyonunun kabul edilebilir bir seçenek olduğu düşünülebilir. Dolayısıyla uzamış gebeliklerin sonlandırılması için eylem indüksiyonu gebelere riskle anlatıldıktan sonra sunulabilir

Kaynaklar

1. Rayburn WF, Chang FE: Management of the uncomplicated postdate preagnancy. J Reprod Med 1981; 26(2):93-5.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of postterm pregnancy. Washington, DC: ACOG Technical Bulletin No. 130,1989.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of postterm pregnancy. Washington, DC: ACOG Practice Patterns No. 6,1997.
4. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. Obstet Gynecol 1992; 79:547-53.

5. Bakketeig LS, Bergjo P. Post-term pregnancy. Magnitude of the problem. In: Enkin M, Keise MJ, Chalmers I, eds. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press, 1989.
6. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2004;(3):CD000170.
7. Zimmer EZ, Paz Y, Goldstick O. Computerized analysis of fetal heart rate after maternal glucose ingestion in normal pregnancy. Obstet Gynecol, 2000; 93: 57-60.
8. Arias F: Predictability of complications associated with prolongation of pregnancy. Obstet Gynecol 1987; 70:101-6.
9. Grausz JP, Heimler R: Asphyxia and gestational age. Obstet Gynecol 1983., 62:175-9
10. Bocher CJ, Williams HI J, Castro L, Medearis A, Hobel CJ, Wade M: The efficacy of starting postterm antenatal test ing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. Am J Obstet Gynecol 1988; 159:550-4.
11. Guidetti DA, Divon MY, Langer O: Postdate fetal surveillance: is 41 weeks too early? Am J Obstet Gynecol 1989; 161:91-3
12. McLain CR: Amniography studies of the gastrointestinal motility of the human fetus. Am J Obstet Gynecol 1963; 86:1079-87.
13. Cucco C, Osborne MA, Cibils LA: Maternal-fetal outcomes in prolonged pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 16:916-20.
14. Usher RH, Body ME, Lean FH, Kramer MS: Assessment of fetal risk in postdate pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1988; 158:259-64.
15. Pollack RN, Divon MY: Macrosomia in postdates pregnancies. The accuracy of routine ultrasonographic screening. Am J Obstet Gynecol 1992; 167(1):7-11
16. Eden RD, Gergely RZ, Suhifrin BS, Wade ME: Comparison of antepartum testing schemes for the management of the postdate pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:683-92.
17. Zwerdling MA: Factors pertaining to prolonged pregnancy and its outcome. Pediatrics 1967; 69:296-300
18. Wu YW, Backstrand KH, Zhao S, Fullerton HJ, Johnston SC. Declining diagnosis of birth asphyxia in California: 1991-2000. Pediatrics 2004;114(6):1584-90.

Yazışma Adresi: Dr. Özlem YÖRÜK

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara-TÜRKİYE

Tel : 0 (312) 3065148

E-mail: ozlemese@gmail.com