

# PRETERM EYLEMDE TAKİP VE TEDAVİ: 162 OLGU ANALİZİ

Kenan Sofuoğlu \*, Umur Kuyumcuoğlu \*\*, Ayşe İnmez \*\*\*, Petek Arıoğlu \*\*\*

## ÖZET

1.1.1996 - 31.12.1996 tarihleri arasında preterm eylem tanısıyla hastanemize yatırılan ve takip ile tedavileri yapılan 139 olgu retrospektif olarak incelendi ve bu olgulara yaklaşım ve yönetim şeklimizi tartışmak amaçlandı. Olgular, yaş, gravida, gebelik haftası, membran rüptürü, intrauterin infeksiyon, çoğul gebelik, polihidramnios, uterin anomali, servikal effasman ve dilatasyon, tokokardiyografi bulguları ve doğum şekli açısından irdelendi. Preterm eylem tanısı alan hastalara kabul anındaki muayene bulgularına göre hidrasyon veya ritodrin hidroklorür ile IV tokoliz başlandı. Otuz dört gebelik haftasının altındaki olgularda pulmoner matürasyonu indüklemek için betametazon kullanıldı. Eylemi durdurulabilen hastalar 12 saat sonra oral tokolize geçilerek, serviste gözlem altında tutuldular. Eylemleri durdurulamayan olgularda perinatal morbidite ve mortalite oranları kaydedildi. Bulgular literatür ışığında irdelendi.

## SUMMARY

139 Cases of preterm labor, who applied to Zeynep Kamil Women and Children's Hospital between January 1, 1996 and December 31, 1996 were retrospectively studied. Our aim was to discuss the effectiveness of our clinic's approach to these patients. The patients were analyzed with respect to age, gravidity, gestational age, premature rupture of the membranes, intrauterine infection, multiple pregnancy, polyhydramnios, uterine anomalies, cervical ripening and dilatation, tococardiographic findings and mode of delivery. Patients diagnosed with preterm labor were treated with hydration or I.V. ritodrine hydrochloride perfusion according to their findings at vaginal examination. Beta-methasone was injected in to induce pulmonary maturation in cases below 34 weeks gestation. Oral tocolysis was given to patients in whom labor could be stopped in 12 hours and were followed in the high risk pregnancy clinic. The perinatal morbidity and mortality of the cases, in whom delivery could not be prevented, were recorded. Findings were analyzed in the light of current literature.

## GİRİŞ

Prematür eylem modern obstetrigin en karışık konularından biri olup, patogeneze tam olarak anlaşılamamıştır. Kesin tedavi formları oluşturulamadığı için ilaç tedavisinin sonuçları idealden uzaktır. Preterm eylem perinatal mortalitenin yaklaşık üçte ikisinden sorumludur. Bu retrospektif çalışmada preterm eylem tanısı almış hastalara yaklaşımımız ve tedavi sonuçlarımız değerlendirilmiştir.

## MATERYAL ve METOD

1.1.1996 - 31.12.1996 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne preterm eylem tanısı alarak yatırılıp, takip ve tedavileri yapılan 139 olgu retrospektif olarak incelendi, Preterm eylem, 37 tamamlanmamış gebelik haftasından önce uterin kontraksiyonların ve servikal effasman ile dilatasyonun başlaması olarak kabul edildi.

Olguların, yaş, gravide, parite ve gebelik haftaları kaydedildi ve aritmetik ortalama-

\* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Klinik Başasistanı,

\*\* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Klinik Şefi,

\*\*\* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Klinik Asistanı,

(Bu çalışma, 1997 yılında düzenlenen XIV. Zeynep Kamil Jinekopatoloji Kongresi'nde Poster olarak sunulmuştur.)

ları alındı. Membran rüptürü, intrauterin infeksiyon veya daha önce uterin anomali tanısı almış olgular çalışma grubuna alınmadı. Olguların hastaneye kabulündeki servikal effasman ve dilatasyon değerleri kaydedildi ve aritmetik ortalamaları alındı. Tüm olgularda yatış anında non stress test (NST) uygulandı. Servikal effasman ve dilatasyonu olmayıp NST'de kontraksiyon saptanan olgularda hidrasyon, effasman ve dilatasyonla beraber kontraksiyonu olan olgularda direkt I.V. tokoliz başlandı. Önce hidrasyon başlanıp kontraksiyonları durdurulmayan ve servikal effasman ve dilatasyon gelişen olgularda daha sonra I.V. tokolize geçildi. Hidrasyonda 1000 cc %5 Dekstroz 1 saat içinde I.V. infüzyon tarzında verildi. Tokolizde ritodrin hidroklorür kullanıldı. İnfüzyon pompası yardımı ile 50-100 µg/dak başlangıç ile başlandı ve kontraksiyonlar durana kadar her 15-20 dak.'da bir 50µg/dak olmak üzere doz artırıldı. Yan etkiler dikkatle gözlemlenerek maksimum doz olarak 350 µg/dak kabul edildi.

Otuzdört gebelik haftasının altındaki olgularda İ.M. 24mg Betametazon (12 saat ara ile 2 dozda), pulmoner matürasyonu indüklemek amacı ile kullanıldı. Eylemi durdurulabilen olgular 12 saat sonra oral tokolize geçilerek serviste gözlem altında tutuldular. Doğum yapan olgularda, doğum şekli, bebek ağırlığı, perinatal morbidite ve mortalite kaydedildi.

## BULGULAR

Olgularımız içinde en düşük ve en yüksek yaş sırasıyla 17 ve 38 olup, ortalama yaş 23.07'dir. Gravida ve parite için en yüksek değer ve ortalama sırasıyla 8 ve 1.92 ile 6 ve 0.61'dir. Çalışma grubumuzda en küçük gebelik haftası 21 bulunmuş olup, ortalama gebelik haftası 23.66'dır. Yukardaki parametrelerin ortalama değerleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Olguların yatış anında yapılan muayenede servikal dilatasyon en fazla 5 cm, ortalama 1.3 cm, effasman ortalama %21.94 bu-

Tablo 1

Parametre	Ortalama değer
Yaş	23.07
Gravida	1.92
Parite	0.61
Gebelik Haftası	23.66

lunmuştur. Effasman dilatasyona göre daha subjektif bir kavramdır ama hastanemizde yoğun bir sirkülasyon olduğu için hekimler arasında hemen hemen ortak bir dil oluşmuştur.

Çalışma grubunda uygulanan tedavi şekilleri tablo 2'de gösterilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi vakaların yaklaşık 2/3'ünde direkt I.V. tokoliz başlanmak zorunda kalınmıştır. Hidrasyon yapılan olguların yaklaşık yarısında tedaviye I.V. tokoliz eklemek zorunda kalınmıştır. En uzun I.V. tokoliz süresi aralıklı olmak üzere bir olguda 160 saattir. Ortalama I.V. tokoliz süresi ise 27.04 saattir. 26 olguda betametazon uygulaması yapılmıştır. NST dört olguda non-reaktif bulunmuştur. Bunlardan biri vajinal yoldan, diğer üçü abdominal yoldan doğurmuştur. Vajinal yolla bir, abdominal yolla doğurtulan bir olmak üzere iki bebek ilk 24 saatte ex. olmuş, diğer iki bebek Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YDYBT) sevk edilmiştir. Betametazon toplam 26 olguda uygulanmıştır.

117 olguda (%84) tedavi başarılı olmuş ve preterm eylem durdurulmuştur. 22 olgu doğum yapmıştır. Bunlardan altısı (%27) sezaryen olmuş, onaltısı (%72) ise vajinal yol-

Tablo 2

Tedavi Şekli	Olgu sayısı (n)	Yüzde (n/139)
Yalnız Hidrasyon	24	%17
Hidrasyon +Tokoliz	26	%18
Direkt Tokoliz	89	%64

dan doğurtulmuştur. Çalışma grubundaki üç ikiz bebek de abdominal yoldan doğurtulmuştur. Genel olarak ortalama bebek ağırlığı 2384 gr.'dır.

Bebeklerin morbidite ve mortaliteleri tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3

	Normal Yenidoğan	YDYZÜ'ne sevk	Erken neonatal kayıp
Tekiz Olgular	11	5	3
İkiz Olgular	1	2	-

### TARTIŞMA

Preterm eylem neonatal morbidite ve mortalitenin önde gelen bir sebebidir(1). Tüm bebeklerin %7-10'unda görülür. Geliştirilen tanımlama kriterlerine rağmen son yıllarda preterm doğum insidansında azalma olmamıştır(2). Tokokardiyografi preterm eylemde erken tanı konmasına yardımcı olur(3).

Preterm eylem olgularında kortikosteroid kullanımı RDS, intraventriküler kanama, nekrozitan enterokolit ve neonatal mortalite oranını azaltır. Buna rağmen, Bronstein ve Goldenberg(4) 34 haftadan önceki olgularda sadece yaklaşık %20 oranında kortikosteroid kullanımı bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda 26 olguda (%18) kortikosteroid kullanılmıştır.

King ve ark.(5),  $\beta$ -mimetik tedavi ile doğum eyleminin 48 saat geciktirilebildiğinin ve erken doğum insidansının azaldığını bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da  $\beta$ -mimetik tedavi ile gebelik süresinin uzatıldığı gösterilmiştir (6,7). Çalışmamızda olguların %84'ünde erken doğum eylemi durdurulmuş olup bu oldukça iyi bir orandır.

Eylemi durdurulamayanların %27'sinde doğum abdominal yoldan gerçekleştirilmiştir. Bu oran hastanemiz genel sectio oranına yakındır. Malloy ve ark.(8)'da rutin sezaryen endikasyonunun ek bir fayda sağlamadığını bildirmişlerdir.

Sonuç olarak, erken doğum eylemi tanısı konulmalı, gereken yaklaşım ve tedavi en kısa sürede planlanmalıdır. Bunun neticesinde perinatal morbidite ve mortalite azalabilecektir.

### KAYNAKLAR

1. Berkowitz GS, Papiernik E: Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 15:414,1993.
2. Goldenberg RL, Davis RO, Cooper RI, et al: The Alabama Preterm Birth Prevention Project. *Obstet Gynecol* 75:933,1990.
3. Newman RB, Campbell BA, Stramm SL: Objektive tocodynamometry identifies labor onset earlier than subjective maternal perception. *Obstet Gynecol* 76:1089-1990.
4. Bronstein JM, Goldenberg RL: Practice variation in the use of corticosteroids: a comparison of eight data sets. *Am J Obstet Gynecol* 173:296,1995.
5. King JF, Grant A, Keirse MJNC, et al: Beta-mimetics in preterm labor: An overview of the randomized controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 95:211,1988.
6. Ingemarsson I: Effect of terbutaline on premature labor: A double-blind placebo-controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 125:520,1976.
7. Wesselius-deCasparis A, Thiery M, Yo Le Sian A, et al: Results of double-blind, multicentre study with ritodrine in premature labor. *Br Med J* 3:144,1971.
8. Malloy MH, Onstad L, Wright E, et al: The effect of cesarean delivery on birth outcome in very low birth weight infants. *Obstet Gynecol* 77:498,1991.

#### Yazışma adresi

Dr. Kenan Sofuoğlu

Pazarbaşı, Taşçımahmut Sok., 12/17

Üsküdar - İstanbul

Tel.: (0 216) 341 00 57