

Şiddetli Oligohidramniosin Fetal Mortalite, Morbidite ve Doğum Şekline Etkisi

Faik. M. KOYUNCU, Türkiz İSPARTA, Burhan ŞEKER, Gönül AYDIN
SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, İZMİR

ÖZET

ŞİDDETLİ OÜGOHİDRAMNİOSUN FETAL MORTALİTE, MORBİDİTE VE DOĞUM ŞEKLİNE ETKİSİ

Amaç: Oligohidramnioslu olgularda perinatal morbidite, mortalite ve doğum şeklini araştırmak.

Materyal ve Yöntem: Hastaneye, Ocak 1994-Ocak 1995 tarihleri arasında başvuran 34.-40. gebelik haftasındaki oligohidramnioslu 50 olgu ile normal amnion volümlü 100 olgu çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Oligohidramnioslu olgulardaki perinatal morbiditedeki artışın yanısıra sezaryen ile doğum oranını anlamlı olarak yüksek bulduk.

Sonuç: Oligohidramnioslu olgularda perinatal morbiditeyi azaltabilmek için, doğum eylemi monitörizasyonun yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Oligohidramnios, Perinatal morbidite, Sezaryen oranı.

SUMMARY

PERINATAL MORTALITY, MORBIDITY AND TYPE OF DELIVERY IN PATIENTS WITH OLIGOHYDRAMNİOS

Objective: To evaluate perinatal mortality, morbidity and the type of delivery in patients with oligohydramnios. **Material and Methods:** From January 1994 to January 1995, Fifty women with oligohydramnios and 100 women with normal volume of amniotic fluid between 34.-40. weeks of gestation were included into the study. **Results:** We found that both perinatal morbidity and cesarean section rate have statistically increased in patients with oligohydramnios.

Conclusion: Labor monitorization has to be performed on patients with oligohydramnios in order to decreased the perinatal morbidity and cesarean section rate.

Key Words: Oligohydramnios, Preinatal morbidity, Cesarean section rate.

Oligohidramnios, membranların intakt olduğu halde amniotik sıvının normalden az olduğu duruma denir. Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen çok ciddi bir klinik durum olan oligohidramnios zaman zaman intrauterin gelişme geriliği (IUGG) ve özellikle renal olmak üzere fetal anomalilerle birlikte rastlanması önemini ayrıca artırmaktadır (1,2).

Biofizik profil skorlamasının bir parametresi de olan amniotik sıvı volumünün hesaplanması, ultrasonla her hastaya kolaylıkla yapılabilmektedir. Ölçümler, batın umblikustan transvers ve horizontal olarak hayali olarak ayrıldıktan sonra oluşan dört kadrans esas alınarak vertikal konumdaki en büyük amniotik ceplerin hesaplanması ile yapılır (2,3,4,5).

Çalışmamızda, şiddetli oligohidramnioslu gebelikteki doğum şekli ile birlikte perinatal mortalite ve morbiditeyi araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışmayı Ocak 1994 ve Ocak 1995 tarihleri arasında hastanemiz Perinatoloji bölümü ve doğumhaneye kabul edilen 34-40. gebelik haftasındaki olgulardan oluşturdu. Olgular, şiddetli oligohidramnioslu (Grup I) ve normal amniotik sıvı volümlü (Grup II) olmuzere iki grup altında toplandı. Doğum eylemi başlamayan I. Grup olgulara 24 saat sonra doğum induksiyonu uygulandı. Her iki grup presentasyon anomalisi olmayan, tek fetuslu, sezaryen için obstetrik endikasyonu gerektirmeyen, ultrasonda fetal anomali saptanmayan ve maternal hastalığı olmayan olgulardan oluştu. Tüm olgulara eksternal monitorizasyon uygulandı. Ultrasonografik olarak amniotik sıvı volumunun ölçümü dört kadranda vertikal olarak en büyük ceplerin ölçümleri ve fetal anomali taraması bir uzman hekim ve deneyimli bir yüksek hemşire tarafından yapıldı (Toshiba SA 38). Toplam 5 cm'nin altındaki ölçümler şiddetli oligohidramnios olarak kabul edildi.

Tablo 1. Olguların Demografik Dağılımı

	GRUP 1 N=50	GRUP 2 N=100
Maternal yaş	29.2	26.5
Gestasyonel yaş	35.6	37.9
Yenidoğan cinsiyet		
kız	28	47
erkek	22	53
p>0.05		

Her yenidoğanın 1. ve 5. dakika apgarları doğumu yaptıran hekim tarafından değerlendirildi. Yenidoğanların tümü çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından konsülte edildi ve gerekenler hemen yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldılar. Erken yenidoğan dönemlerinde tüm olgular tekrar değerlendirildiler.

İstatistiksel analizler ki kare test kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Olgular arasında maternal ve gestasyonel yaş ile yenidoğanların cinsiyeti yönünden anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 1) ($p>0.05$). Şiddetli oligohidramnioslu grupta ($n=50$) doğum ağırlıklı olarak sezaryen (% 76) ile gerçekleştirildi. Sezaryen olan olguların endikasyonları incelendiğinde, 24 olguda (% 63) intrauterin fetal distres, 12 olguda (% 32) ilerlemeyen travay ve 2 olguda (% 5) da ablasyon plasenta geliştiği gözlemlendi. Bu grup olgulardaki 1. dakika apgar skoru <7 olan 16 olguya (% 32) karşılık 4 olgunun (% 8) 5. dakika apgar skoru <7 idi. Altı olgunun (% 12) doğum ağırlığı <2500 gr. olarak saptandı. Toplam 11 yenidoğanda (% 22) morbidite tespit edildi. Hospitalize edilen 6 yenidoğanın (% 12) 2 tanesinde prematürüte, 4 olguda ise bronko-pulmoner enfeksiyon tespit edildi. İki yenidoğan prematürüte nedeni ile exitus oldular. Hastaneye yatırılmaya gerek duyulmayan 5 yenidoğandan (% 10) 2'sinde solunum distresi, 3 olguda ise yüksek ateş saptandı. Erken yeni doğan dönemde iyi

Tablo 2. Yenidoğan Apgar Skoru, Doğum Ağırlığı ve Morbidite ve Mortalite Dağılımı

	GRUP 1 n=50	%	GRUP 2 n=100	%	P
1. dk. apga $r<7$	16	32	11	11	<0.05
5. dk. apga $r<7$	4	8	5	5	>0.05
Ort. Doğ. A gr.	2950		3100		
Doğ. Ağır.< 2500 gr.	6	12	1	1	>0.05
Morbidite	11	22	8	8	<0.05
*primatürü- rite	2				
*Bron. Pul- m. Enf.	6		8		
*Yük. Ateş	3				
Mortalite	2	4	1	1	>0.05
Hast. Yat.	6	12	2	2	>0.05

beslenemeyen iki bebek hastaneye yatırıldı (Tablo 2-3).

Normal amniotik volume sahip II. Grup ($n=100$) olguların büyük bölümünde (% 84) doğum vaginal yolla gerçekleştirildi. Sezaryen olan 16 olgunun (% 16) endikasyonları incelendiğinde, 10 olguda (% 63) uzamış travay 6 olguda (% 37) ise intrauterin fetal distres olduğu gözlemlendi. Birinci dakika apgar skoru <7 olan 11 olgu (% 11) olmasına karşılık, 5 olgunun (% 5) 5. dakika apgar skoru <7 olarak saptandı. Bir yeni doğan (% 1) ağır bronko-pulmoner enfeksiyon tanısı ile erken yeni doğan dönemde exitus oldu ve 8 yenidoğanda (% 8) ise bronko-pulmoner enfeksiyon gelişti (Morbidite % 8). Bir (% 1) yeni doğanın ağırlığı 2500 gr.'dan eksikti. İki yenidoğan (% 2) erken yenidoğan dönemde bronko-pulmoner enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatırıldı (Tablo 2-3).

TARTIŞMA

Ultrasonda ölçüm teknikleri yukarıda açıklanan amnion sıvı volümü, perinatal morbidite yanında doğum şeklini de etkilemektedir. Çalışmamızda şiddetli oligohidramnioslu gruptaki sezaryen oranı, normal amniotik volümlü gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Birinci dakika apgar skoru <7 olanları oligohidramnioslu grupta anlamlı olarak yüksek saptamamıza karşın ($p<0.05$), 5. dakika apgar skoru <7 olanlar ise birinci grupta istatistiksel olarak anlamlı olmasa da normal amniotik volümlü gruba göre daha yüksek olarak gözlemlendi ($p>0.05$).

Bazı araştırmacılar ise, oligohidramnioslu olgularla amnion infüzyonu yapılarak doğurtulan gruplar arasında doğum şekli bakımından anlamlı bir değişiklik saptamadıklarını bildirmişlerdir (6,7,8). Aynı çalışmacılar, oligohidramnioslu kadınlarda bebek apgarlarında da anlamlı bir değişiklik belirtmemelerinin yanısıra Chauhan (8) ve ark'ları ayrıca bu olguların fetal solunum hareketlerinde değişiklik olmadığını vurgulamışlardır. Birçok çalışmacı ise, oligohidramnioslu olgularda ciddi variable deselerasyonlarla perinatal mortalite ve morbiditede ve sezaryen ile doğum şeklinde anlamlı bir artış olduğunu ve bunlara amnion infüzyonu uygulamasının sonucu elde edilen basınç monitorizasyonunun ise bu riskin azaltılmasında etkin olduğunu gözlemişlerdir (4,9,10,11,13,14,15,16,17,18). Doğum şekli ve yenidoğan morbiditesi yönünden bizim

Tablo 3. Olguların Doğum Şekline ve Endikasyonlarına Göre Dağılımı

	GRUP 1 n=50	%	GRUP 2 n=100	%	P
Sezaryen	38	76	16	16	<0.05
Sez. Endi- kasyonlar:					
*I.U. Fet. Dis- tres	24	63	6	37	
İlerleme- yen Trav.	12	32	10	63	
* Abl. Plas.	2	5	0		
Vaginal	12	24	84	84	<0.05

sonuçlarımız bu grup araştırmacıların çalışmaları ile benzerlik göstermektedir ($p < 0.05$).

Bazı çalışmacılar, şiddetli oligohidramnioslu olgularda intrauterin gelişme geriliği, ablasyo plasenta, fetal renal hastalık ve serbest amniotik bantların da sıklığını vurgulamışlardır (1,2,12). Çalışmamızda istatistiksel anlamlı olmasa da 2500 gr altında ağırlıklı bebekleri şiddetli oligohidramnioslu grupta daha fazla olarak saptadık ($p > 0.05$).

Şiddetli oligohidramnioslu olgularda, amniotik basıncın düşük olmasının sonucu olarak ciddi kan gazı değişiklikleri ve sonuçta variable deselerasyonlar meydana gelmektedir (14,15). Şayet olay erkenden tespit edilirse basınç monitorizasyonu sayesinde variable deselerasyonlar önlenerek perinatal mortalite ve morbiditenin yanısıra sezaryen oranı da en aza düşürülebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Bastide A, Manning F, Harman C, Lange I, Morrison I: Ultra sound evaluation of amniotic fluid: Outcome of pregnancies with severe oligohydramnios. Am J Obstet Gynecol 154: 895-900, 1986.
2. Danforth's Obstetrics and Gynecology seventh ed. Chapter 19, Lippincott co. 1994.
3. Manning FA, Piatt LD, Sijos L: Antepartumfetal evaluation: development of a fetal biophysical profile score. Am J Obstet Gynecol 136: 787, 1980.
4. Magann EF, Morton ML, Nolan TE et al.: Comparative efficacy of two sonographic measurements for the detection of aberrations in the amniotic fluid volume and the effect of amniotic fluid volume on pregnancy outcome. Obstet Gynecol 83: 6: 959-62, 1994.
5. Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, et al.: Ultrasound evaluation of amniotic fluid. The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volume to perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol 150:245, 1984.
6. Macri CJ, Schrimmer DB, Greenspoon JS, Strong TH, Paul RH: Amnion infusion does not affect the length of labor. Am J Obstet Gynecol 167: 4: 1134-6, 1992.
7. Me Gregor SN, Banzhaf WC, Silver RK, Dapp Rj A prospective, randomized evaluation of intrapartum amnioinfusion, fetal acidbase status and cesarean delivery. J Reprod Med 36: 1; 69-73 1991.
8. Chauhan SP, Rutherford SE, Hess LW, Morrison JC: Prophylactic intrapartum amnioinfusion for patients with oligohydramnios. A prospective randomized study. J Reprod Med 37: 9; 817-20, 1992.
9. Lameier LN, Katz VL: Amnioinfusion: a review. Obstet Gynecol Surv 48: 12; 829-37, 1993.
10. Mandelbrot L, Verspyck E, Dommergues M, Breart G, Dumez Y: Transabdominal amnioinfusion for the management of nonlaboring postdates with severe oligohydramnios. Fetal Diagn Ther 8: 6: 412-7, 1993.
11. Macri CJ, Schrimmer DB, Leung A, Greenspoon JS, Paul RH: Prophylactic amnioinfusion improves outcome of pregnancy complicated by thick meconium and oligohydramnios. Am J Obstet Gynecol 167: 1; 117-21, 1992.
12. McCurdy CM, Seeds JW: Oligohydramnios: problems and treatment. Semin Perinatol 17: 3; 183-96, 1993.
13. Vincent C, Hickok D: Transcervical amnioinfusion. Am J Board FamPract: 1;43-8, 1993.
14. Fisk NM, Tannirandorn Y, Nicolini U, Talbert DG, Rodeck CH: Amniotic pressure in disorders of amniotic fluid volume. Obstet Gynecol 76: 2; 210-4, 1990.
15. Nicolini U, Fisk NM, Talbert DG, et al.: Untrautocrine manometry technique and application to fetal pathology. Prncat Diagn 9: 4; 243-54, 1989.
16. Goodlin RC, Ingram M: Ultrasonic study of amnioinfusion. A report of two cases. J Reprod Med 35: 4; 439-40, 1990.
17. Strong TH, Hetzler G, Sarno AP, Paul RH: Prophylactic intrapartum amnioinfusion a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol 162: 6: 1370-5, 1990.
18. Strong TH, Hetzler G, Paul RH: Amniotic fluid volume increase after amnioinfusion of a fixed volume. Am J Obstet Gynecol 162: 3; 746-8, 1990.