

Erken Doğumun Önceden Belirlenmesi

Cihat ŞEN - Ebru ÇELİK

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı - İSTANBUL

Tüm doğumların yaklaşık %10'u erken doğum ile sonuçlanmaktadır, ancak postnatal morbidite ya da ölümlerin en büyük bölümünü oluşturmaktadır. İngiltere'de 2500 gr altında meydana gelen canlı doğumların oranı % 6 olup, bu oran son 50 yıldan bu yana aynı kalmıştır.

Prematürite, tüm neonatal ölümlerin % 60'ından fazlasından sorumludur ve bunlarına % 85'inin doğum kilosu 2500 gr'ın altındadır. Bu nedenlerden dolayı, erken doğum için risk grubu olguların belirlenmesi ve erken doğumun önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması önemli bir noktayı oluşturmaktadır. Erken doğan bebeğin yaşam şansı, gebelik haftası ve doğum kilosu ile ilişkilidir. Gebelik yaşı 30 haftanın altında doğanların % 90'ı ve 24 haftanın altında doğanların ise % 10'u yaşama şansına sahiptir. Keza 1500 gr'ın altında doğanların % 90'ı ve 500 gr'ın altında doğanların % 10'u yaşamaktadırlar. Diğer taraftan erken doğan bebeklerde görülen ciddi morbidite oranı 23 haftada doğanlarda %65 civarında iken 30 haftada doğanlarda % 5'ten azdır.

ERKEN DOĞUMUN ÖNCE DEN BELİRLENMESİ

Risk Skorlaması

Erken doğum yapma riski taşıyan hastaları (önleyici tedbir almaya yönelik) belirlemek için bazı skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Bu skorlama sistemi; sosyal yapı, geçmiş obstetrik anamnez, günlük yaşam tarzı ve bu son gebeliğindeki bazı özellikleri içerir. Bu sistemle geniş bir gebe popülasyonu risk grubu tanımına girmekte, fakat çok küçük bir erken doğum olgu kesimi belirlenebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı kullanışlı bir yöntem değildir.

Uterin Aktivite

Normalde gebelik boyunca uterin aktivite mevcuttur. İlk 20 hafta boyunca uterusun kontraktıl ak-

tivitesi çok zayıftır ve terme doğru giderek yoğunluğu ve sıklığı artar. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; erken doğumun başlamasından 24-48 saat önce uterin aktivitede artma söz konusudur.

Anormal Serviko-Vajinal Flora

Alt genital sistem enfeksiyonu (bakteriyel vaginosis) olgularında artmış erken doğum riski söz konusudur. Gebelerin %10-15'inde bakteriyel vaginosis saptanmasına karşın, bakteriyel vaginosisin tedavisi ile erken doğumun azaltılması yönünde bir başarı sağlanamamıştır.

Fibronektin, fetal proteinlerden biridir. Servikal ve vaginal sekresyonda fetal fibronektin bakılması, erken doğumun önceden belirlenmesinde faydalı olabilir. Erken doğum semptomları gösteren gebelerde yapılan çalışmalar göstermiştir ki; negatif fibronektin saptananlarda doğum olasılığı çok azdır. Halbuki pozitif fibronektin saptananların büyük bir kısmı gerçek erken doğum eyleminde bulunanlardır. Amerika Birleşik Devletlerinde, 24.gebelik haftasında rutin muayenesi yapılan 3000 gebelik seride, fibronektin pozitifliği %4 olarak tesbit edilmiştir. Bu grubun % 65'i 28 gebelik haftasından önce spontan doğum yapmışlardır. Bu bulgular göstermektedir ki; fibronektin bakılması, erken doğumun önceden belirlenmesinde yararlı olabilir.

Serviksin Değerlendirilmesi

Serviks; kollajen doku, düz adale hücreleri ve bağ dokusundan oluşur. Gebelik boyunca, östrojen etkisi altında, serviks değişikliğe uğrar ve giderek yumuşak ve elastik bir yapı alır. Beşbin gebe üzerinde yapılan çok merkezli randomize bir çalışmada, her antenatal muayenede rutin serviks muayenesinin faydalı olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada rutin muayenenin erken doğumun önceden belirlenmesinde yararlı olmadığı yanında bu muayeneye bağlı olarak uygulanan önleyici yöntemlerin bir başarı sağlamadığı ortaya konulmuştur. Ancak çok erken doğum yapma veya ikinci trimester düşük yapma anamnezi olanlarda, servikal değerlendirilmenin, erken doğumun önceden belirlenme-

sinde faydalı olduğu gözlenmiştir.

Serviksin değerlendirilmesi konusunda King's College'de 23.gebelik haftasında rutin transvaginal servikal uzunluk bakılmış ve normal popülasyonda normal servikal uzunluk dağılımı tesbit edilmiştir. Transvaginal servikal uzunluk ölçümü ile spekulum muayenesi karşılaştırıldığında, gebelerin %50'si spekulum muayenesine oranla transvaginal ultrasonografik muayeneyi daha az rahatsız edici, %35'i aynı derecede ve %15'i daha fazla rahatsız edici bulmuşlardır. Çalışmada 3200 gebe üzerinde yapılan ölçümler ile, ortalama uzunluk değeri 38 mm olarak saptanmıştır. Beşinci ve birinci persentil değerler ise 23 mm ve 12 mm olarak bulunmuştur. Servikal uzunluğun 25 mm'nin altında olduğu olgular % 8.2 ve 15 mm altında olan olgular ise %1.5 grubu teşkil etmişlerdir. Bu ön çalışmada, 15 mm ve daha az servikal uzunluk saptananlar randomize edilerek; servikal serklaj yapılanlar ve yapılmayanlar olarak iki grup karşılaştırılmıştır. Serklaj uygulanmayan grup, sırası ile %5, %1.5, %0.6 ve % 0.3 olguda; 36, 32, 28 ve 26 gebelik haftalarından önce doğum yapmışlardır. Bu olguların ise yine aynı sıra ile %20, %58, %86 ve % 100'ünde, gebeliğin 23.haftasında servikal uzunluk 15 mm veya altında olduğu saptanmıştır. Bu çalışma göstermiştir ki; 32 haftanın altında erken doğum ile servikal uzunluk arasında anlamlı ilişki mevcuttur.

Serklaj Uygulaması

Erken doğum riski olan olgularda serklaj uygulaması yaygın olarak kullanılmıştır. 1950 yılından bu yana, kötü obstetrik hikayesi olan ve servikal yetmezlik düşünülen olgularda serklaj ile oldukça iyi başarı elde edilmiştir. Bu süre içinde yapılan 22 çalışmada 2662 hastada yapılan elektif serklaj ile %86 başarılı sonuç alınmıştır. Keza vaginal muayenede erkenden servikal açıklık saptananlarda uygulanan serklaj ile de başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir. Literatürde 26 ayrı çalışmada total 778 olguda uygulanan bu yaklaşım ile %66 olguda başarı elde edilmiştir. Bunun yanı sıra serklaj uygulamasının belirgin yararının olduğunu, 1980'li yıllarda tekil gebelikler ve anamneze dayalı artmış er-

ken doğum riski olan gebeler üzerinde yapılan üç randomize çalışma ise doğrulamamıştır. Bu konuda literatürde tam bir fikir birliği mevcut değildir. King's grubunun yaptığı çalışmada ise, gebeliğin 23.haftasında rutin transvaginal servikal uzunluk ölçümü uygulaması sonucu belirlenen riskli hastalarda serklaj uygulaması ile erken doğumun 10 kat azaldığı saptanmıştır. Aynı grup, 2001 yılında toplam 6819 olguda yaptıkları bu çalışmalarını yayınlamışlardır. Bu son verilere göre, 22-24 gebelik haftalarında ortalama servikal uzunluğun 36 mm ve olguların %1,6'sında servikal uzunluğun 15 mm ve altında olduğu saptanmıştır. Hunileşme bulgusuna bakıldığında, servikal uzunluğun esas alındığı durumda hunileşmenin ek bir önemli katkı sağlamadığı tesbit edilmiştir. Asemptomatik kadınlarda 23 gebelik haftasında servikal uzunluk ölçümü (15 mm veya daha az) ile 33 haftanın altında doğum yapma riskinin çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca uzun serviksi olan ve fakat hunileşme belirtisinin olduğu olgularda ise erken doğum riskinin artmadığı gözlenmiştir.

KAYNAKLAR

- Berghella V, Kuhlman K, Weiner S, Texeira L, Wapner RJ. Cervical funneling: sonographic criteria predictive of preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;10:161-6
- Cook CM, Ellwood DA. The cervix as a predictor of preterm delivery in at risk women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;15:109-13
- Heath VCF, Southall TR, Souka AP, Elisseou A, Nicolaides KH. Cervical length at 23 weeks of gestation: Prediction of spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;12:312-7
- Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer B, Moawad A, Das A, Thom E, McNellis D, Copper RL, Johnson F, Roberts JM. The length of the cervix and the risk of spontaneous delivery. *N Engl J Med* 1996;334:567-72
- Michaels WH, Montgomery C, Karo J, Temple J, Ager J, Olson J. Ultrasound differentiation of the competent from the incompetent cervix:Prevention of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:537-46
- Okitsu O, Mimura T, Nakayama T, Aono T. Early prediction of preterm delivery by transvaginal ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1992;2:402-9
- Riley L, Frigoletto FD, Benacerraf BR. The implication of sonographically identified cervical changes in patients not necessarily at risk for preterm birth. *J Ultrasound Med* 1992;11:75-9