

On Yıllık 660 Ölü Doğum Olgusunun Retrospektif Analizi

Ahmet Kale¹, Nurten Akdeniz¹, Mahmut Erdemoğlu¹, Ahmet Yalınkaya¹, Murat Yayla²

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın-Doğum, Diyarbakır, Türkiye

² Haseki Eğitim Hastanesi, Kadın-Doğum, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Kliniğimizde on yıllık sürede ölü doğum yapan 660 olguya retrospektif olarak değerlendirmek.

Yöntem: Kliniğimizde 10 yıllık sürede gerçekleşen 660 ölü doğum olgusu (grup 1) retrospektif olarak incelendi. Olgular anne yaşı, paritesi, prepurtum tahmini gebelik haftası, yenidoğan ağırlığı, normal vaginal ve abdominal doğum oranı, sezaryen endikasyonları, fetal anomaliler, maternal hastalıklar yönünden değerlendirildi ve olgular canlı doğum yapan random olarak seçilen 660 gebe (grup 2, kontrol grubu) ile karşılaştırıldı.

Sonuçlar: On yıllık sürede ölü doğum oranı %4.91 bulundu. Olguların %73.63'ü multipar, prepurtum tahmini gebelik haftası 33.8 ± 3.9 olarak bulundu ve %25.75'inin sezaryen ile doğum yaptığı belirlendi. Gebelikte görülen tüm hipertansif hastalıklar %33.78, gestasyonel diabetes mellitus %1.0 ve tip 2 diabetes mellitus %0.3 oranında bulundu. Ölü doğan fetusların %12.12'sinde fetal malformasyon saptandı. Gebeliğin indüklediği hipertansiyon grup 1 olgularında %33.78, grup 2'de %13.1 olarak bulundu ($p < 0.001$). Sezaryen oranı grup 1'de %25.7, grup 2'de %46.21 olarak bulundu ($p < 0.001$). Grup 1 olgularının %25.75'inin doğumunun sezaryen ile gerçekleştiği ve en sık sezaryen endikasyonun dekolman plasenta (%12.87) olduğu saptandı. Ortalama yenidoğan ağırlığı grup 1'de 2121 ± 1200 g, grup 2'de 2828 ± 979 g olarak belirlendi ($p < 0.001$).

Tartışma: Çalışmamızda sık görülen ölü doğum nedenleri gebelikte görülen hipertansif hastalıklar, fetal anomaliler ve dekolman plasenta olarak saptanmıştır. Ölü doğum oranımız literatürden yüksek bulundu. Bölgemizde doğum oranımızın ve gebelik süresince düzenli takip altında olmayan gebelerin yüksekliği ve yüksek riskli olarak saptanan gebeliklere hizmet verecek merkezlerin yetersizliği ya da mevcut merkezlerin eksik tedavisi oranımızın yüksekliğini açıklamaktadır.

Sonuç: Birincil ve ikincil merkezlerde antenatal bakım hizmetlerinin artırılması ölü doğum oranını azaltabilir.

Anahtar Sözcük: Ölü doğum, Gestasyonal hipertansiyon, Fetal anomali, Antenatal bakım

Retrospective Analysis Of 660 Stillbirth Cases During Ten Years Period

Objective: The aim of this study was to analyze 660 stillbirth cases retrospectively during 10 years period.

Methods: We evaluated 660 stillbirth cases (group1) retrospectively during 10 years period in our clinic. Maternal age, parity, prepurtum estimated gestasional week, birth weight, vaginal and abdominal delivery ratio, cesarean section indications, fetal anomalies, maternal diseases were evaluated and compared with 660 women (group2) who had given live births .

Results: The ratio of stillbirth was 4.91% during ten years period. Multiparity was 73.63% in cases. Prepartum estimated mean gestasional week was 33.8 ± 3.9 in stillbirths and 25.75% of women had undergone cesarean section. Gestasional hypertension 33.78%, gestasional diabetes mellitus 1.0%, and type II diabetes mellitus were 0.3% in group 1. Fetal abnormality was found 12.12% in stillbirths. Pregnancy induced hypertension ratio was in group 1 and group 2 33.78%, 13.18% respectively ($p < 0.001$). Cesarean section ratio were 25.75% and 46.21% in group 1 and group 2 respectively ($p < 0.001$). The most seen cesarean indication was abruptio placentae (%12.87) in group 1. Fetal anomaly ratio were 12.12% and 3% in group 1 and group 2 respectively ($p < 0.001$). Mean birth weight were 2121 ± 1200 g and 2828 ± 979 g in group 1 and in group 2 respectively ($p < 0.001$).

Conclusion: Gestational hypertension, fetal anomalies and placental abruption are the most common causes of fetal demise in our study. Our stillbirth ratio is higher than literature. High delivery rate, inadequate of pregnant visits, inefficiency of antenatal care centers for high risk pregnant patients can increase ratio in our region. Improvement of antenatal care units in primary and secondary health centers may decrease our stillbirth ratio.

Keywords: stillbirth, gestational hypertension, fetal anomaly, antenatal care

Giriş

Gebeligin 20. haftasında sonra veya 500 gramdan büyük, doğumda ve doğumdan sonra hiç bir canlılık belirtisi olmayan doğuclar ölü doğum olarak adlandırılır. Ölü doğum oranları son yıllarda obstetrik, klinik genetik ve, maternal-fetal tipta gelişmeye paralel olarak 11.5/1000'den 5.1/1000'e gerilemiştir. Ölü doğumların bilinen en yaygın dört nedeni infeksiyon, malformasyon, intrauterin gelişme geriliği ve dekolman plasenta sayılabilir. Ayrıca etiyolojisi bilinmeyen nedenlerde önemli bir yer tutmaktadır.¹

Bu çalışmanın amacı, kliniğimize in utero mort fetus nedeni ile refere edilen ya da kliniğimizde in utero mort fetus tanısı konup doğumumu gerçekleşen olguları anne yaşı, paritesi, prepartum tahmini gebelik haftası, yenidoğan ağırlığı, normal vajinal ve abdominal doğum oranı, sezaryen endikasyonları, fetal anomaliler, maternal hastalıklar yönünden retrospektif olarak incelemektir.

Yöntem

Doğum Kliniğinde 1 Haziran 1994 ile 1 Haziran 2004 yılları arasındaki 10 yıllık sürede gerçekleşen toplam 13431 doğumdan, 660 ölü doğum olsusu retrospektif olarak incelendi. Olgular hakkındaki tüm bilgiler bilgisayar kayıtları, kayıt defterleri ve hasta dosyalarından elde edildi. Kliniğimizde ölü doğum yapan 660 olgu grup 1, canlı doğum yapan ve randomize seçilen 660 olgu grup 2 olarak kabul edildi. Çalışmamızda her iki grubun anne yaşı, paritesi, yenidoğan ağırlıkları, doğum şekilleri, sezaryen endikasyonları, fetal anomalileri ve maternal hastalıkları değerlendirildi. Tüm olguların gebelik yaşı ve fetal kalp aktivitesi yokluğunun obstetrik ultrasonografiyle belirlendiği kayıtlarda saptandı. Fetal anomalilerin doğum öncesi ultrasonografi ve doğum sonrası fetusun fizik muayene bulguları ile belirlendiği saptandı.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) version 10.0 ile yapıldı. Analiz için ki-kare ve student-t testi uygulandı $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Kliniğimizde 10 yıllık sürede toplam 13431 doğum gerçekleştiği ve bunlardan 660'nın (%4.91) ölü doğum olduğu tespit edildi. Grup 1 olgularının ortalama maternal yaşı 30.5 ± 7.2 ve grup 2'de ise 29.9 ± 5.6 olarak bulundu ($p>0.05$). Prepartum tahmini gebelik haftası grup 1'de ortalama 33.8 ± 3.9 ve grup 2'de 34.9 ± 3.2 bulundu ($p>0.05$). Gebelikte görülen tüm hipertansif hastalıklar grup 1 olgularının %33.78'inde (%26 preeklampsi, %6 kronik hipertansiyon, %1,8 eklampsi), grup 2' olgularının ise %13.18'inde (%12,18 preeklampsi, %1 eklampsi) bulundu ($p<0.001$). Grup 1'de ayrıca %1.0 gestasyonel diabetes mellitus (100 gr Oral Glukoz testi ile tanısı saptanmıştır) ve %0.3 tip 2 diabetes mellitus saptanırken, uterus rüptürüne sekonder intra-abdominal hemorajiye bağlı bir maternal mortalite izlendi (Tablo 1). Grup 1 olgularının %25.75'inin doğumunun sezaryen ile gerçekleştiği ve en sık sezaryen endikasyonun dekolman plasenta (%12.87) olduğu saptandı, grup 2'de ise sezaryen oranı %46.21 ve en sık sezaryen endikasyonu eski sezaryen olarak bulundu. Grup 1 olgularının sezaryen endikasyonları Tablo 2'de verilmiştir. Ayrıca grup 1 olgularının üçüne (%0.45) uterus rüptürü nedeni ile sezaryen histerektomi (Porro operasyonu) uygulanmıştır.

Grup 1'de ortalama yenidoğan ağırlığı 2121 ± 1201 g idi ve 80 (%12.12) olguda fetal malformasyon saptandı. Malformasyonlar içinde en sık saptanan serebrospinal anomaliler (%68.7) ve immun hidrops fetalis (%10) idi, immun hidrops fetalis tanısı indirekt coombs testi pozitifliği ve obstetrik ultrasonografi ile belirlenmistir (Tablo 3). Grup

Tablo 1. Grup 1 ve grup 2 olgularının demografik özellikleri, gestasyonal hipertansiyon oranı, doğum şekillerinin oranı, ortalama yenidoğan ağırlığı ve fetal anomaliler.

Maternal ve fetal özellikler	Grup 1 (Ort ±SD)	Grup 2 (Ort ±SD)	p
Maternal yaşı	30.5±7.2	29.9±5.6	>0.05
Gravida	4.2±2.3	3.3±1.1	>0.05
Parite	3.2±1.2	2.4±1.1	>0.05
Gebelik haftası	33.8±3.9	34.9±3.2	>0.05
Gebelikte görülen tüm hipertansif hastalıklar	223 (%33.78)	87 (%13.18)	<0.001
Sezaryen ile doğum	170 (%25.75)	305 (%46.21)	<0.001
Ortalama yenidoğan ağırlığı (g)	2121±1200	2828 ±979	<0.001
Fetal anomaliler	80 (%12.12)	20 (%3.03)	<0.001

Tablo 2. Grup 1 olgularının sezaryen endikasyonlarının dağılımı.

Endikasyonlar	n	%
Dekolman plasenta	85	50
Eski sezaryen	30	17.6
İri bebek	10	5.8
Kol sarkması	9	5.2
Baş pelvis uygunsuzluğu	9	5.2
Plasenta previa totalis	7	4.1
Uterus rüptürü	6	3.5
İlerlemeyen travay	4	2.3
Transvers duruş	3	1.7
HELLP sendromu	2	1.1
Primigravid makat geliş	2	1

Tablo 3. Grup 1 olgalarında saptanan fetal anomalilerin dağılımı.

Fetal anomalilerin dağılımı	n	%
Anensefali	23	28.7
Hidrosefali	12	15.0
Immunk hidrops fetalis	8	10.0
Meningomyelosel	7	8.7
Ensefalozel	5	6.2
İskelet displazisi	5	6.2
Anensefali +spina bifida	4	5.0
Gastroşizis	3	3.7
Holoprosensefali	3	3.7
Omfalozel	2	2.5
Kistik higrroma	2	2.5
Sakrokoksigeal teratom	2	2.5
Ensefalozel+spina bifida	2	2.5
Vertebra kolon aplazisi	1	1.2
Down sendromu	1	1.2

2'de ise yenidoğan ağırlığı 2828 ± 979 g'idi ($p<0.001$), 20 (%3.03) olguda fetal malformasyon saptandı ($p<0.001$). Malformasyonlar içinde en sık saptanan serebrospinal anomaliler (%77) ve hidrops fetalis (%8) idi. Fetal anomali oranı grup 2'de %3.0 olarak bulundu (12 anensefali, 4 immun hidrops fetalis, 4 meningomyelosel) ($p<0.001$). Saptanan tüm fetal malformasyonlar kliniğimizde sonlandırdı.

Tartışma

Ölü doğum, gebelinin 20. haftasında sonra veya 500 gramdan büyük, doğumda ve doğumdan sonra hiç bir canlılık belirtisi olmayan doğumlardır. Ölü doğumlar fetal, plasental veya maternal nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir.¹ Ölü doğumlar, daha çok erken gebelik haftalarında görülmekte beraber, %80'i terminden önce karşımıza çıkmaktadır.² Çalışmamızda ise ölü doğumların ortalaması gestasyonal haftası 33.8 ± 3.9 olarak saptanmıştır

Fetal anomaller, ölü doğum nedenlerinden birisidir. Gürel ve ark³ 800 ölü doğum içindeki fetal anomali oranını %9.8 olarak vermişlerdir. Çalışmamızda ise fetal anomali oranı %12.12 olarak saptadık. Bu oran, kontrol grubundaki fetal anomali oranından istatistiksel anlamlılık gösteren şekilde daha yüksekti. Nöral tüp defekti (NTD), hidrops fetalis, izole hidrosefali ölü doğumya neden olan en yaygın fetal anomalilerdir. NTD olgularından anensefali fetuslar ya ölü doğarlar ya da doğuduktan hemen sonra ölürlüler.^{4,5} Çalışma grubumuzda fetal anomaliler içinde ilk sırayı %68.7 ile serebrospinal anomaliler, ikinci sırayı %10 ile hidrops fetalis oluşturmaktadır. Anensefali, serebrospinal anomaliler içinde en sık rastlanan anomali tipi (%28.7).

Dekolman plasenta ölü doğumaya neden olan plasental nedenler arasında en sık görülenidir. Fretts ve ark⁶ 278 ölü doğum üzerinde yaptıkları çalışmada plasenta dekolmanına bağlı ölü doğum oranını %14 olarak bulmuşlardır. Yine Parkland hastanesinde 40000 doğum yapan gebe incelendiğinde, ölü doğumların nedenlerinden %12'sinin dekolman plasentaya bağlı olduğu tespit edilmiştir.¹ Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak dekolman plasenta oranını %12.87 olarak bulduk. Önderoğlu ve ark⁷ çalışmada, ölü doğum yapan 513 gebeden 326'sının multipar ve en sık ölüm sebebinin (%32,5) ise maternal hipertansiyon

olduğunu saptamışlardır. Gürel ve ark³' çalışmasında ise ölü doğumların %29.5'inin nedenini preeklampsı ve eklampsı olarak vermişlerdir. Çalışmamızda ise ölü doğum yapan annelerin %73.63'ü nullipardı ve %33.78 olguda gestasyonel hipertansiyon nedeni ile ölü doğum olduğu saptandı ($p<0.001$). Ahlenius ve ark⁸' çalışmasında gebeliğin indüklediği hipertansiyona bağlı ölü doğum olgularının plasenta incelemelerinde mikroinfarktlar saptamışlardır.⁸ Karbonhidrat intoleransı olan gebelerde artmış ölü doğum riski vardır.⁹ Gebelik ve diabete bağlı intrauterin eksitus insidansı günümüzde %12'den %0.4'e kadar azaltılmıştır.¹⁰ Serimizde ise gestasyonel diabetes mellitus ve pregestasyonel diabetes mellitus'a bağlı ölü doğum oranımız %1.3 olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak çalışmamızda ölü doğumların sık görülen üç nedeni gestasyonel hipertansiyon, fetal anomaliler ve dekolman plasenta olarak saptanmıştır. Sadece ölü doğum oranımız binde 49.14 ile tek başına ülkemizin perinatal mortalite hızından daha yüksektir. Yüksek oranımızın en önemli nedeni referans merkezi olmamızdan kaynaklanmaktadır. Ayrıca bölgemizde birincil ve ikincil merkezlerde antenatal bakım hizmetlerinin yetersizliği de oranımızı artıran nedenler olabilir. Birincil ve ikincil merkezlerde antenatal bakım hizmetlerinin art-

tırılması, yüksek riskli gebeliklerin daha erken gebelik haftalarında belirlenmesi ve gerekli tıbbi önlemlerin alınması ölü doğum oranını azaltabilir.

Kaynaklar

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD (edts) : Fetal Death; Williams Obstetrics. Mc Graw-Hill, 21nd ed. New York 2001; p:1073-8.
2. Copper RL, Goldenberg RL, DuBard MB, Davis RO. Risk factors for fetal death in white, black, and Hispanic women. Collaborative Group on Preterm Birth Prevention. *Obstet Gynecol* 1994; 84 :490-5.
3. Gürel H, Atar Gürel S, Kamacı M. Kliniğimizdeki perinatal ölüm olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik* 1998; 8: 69-73.
4. Faye-Petersen OM, Guinn DA, Wenstrom KD. Value of perinatal autopsy. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 915-20.
5. Aguiar MJ, Campos AS, Aguiar RA, Lana AM, Magalhaes RL, Babeto LT. Neural tube defects and associated factors in liveborn and stillborn infants. *J Pediatr* 2003; 79 : 129-34.
6. Fretts RC, Usher RH. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 40-5.
7. Onderoglu L, Tuncer ZS. The clinical predictors of intrauterine fetal death. *Turk J Pediatr* 1998; 40: 543-7.
8. Ahlenius I, Floberg J, Thomassen P. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 109-17.
9. Dodd JM, Robinson JS, Crowther CA Chan A. Stillbirth and neonatal outcomes in South Australia, 1991-2000. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1731-6.
10. Hollingsworth AK. Endocrin and metabolic homeostasis in diabetic pregnancy. *Clin Perinatal* 1983; 10: 593-598.