



Konu Yazarı

Doç. Dr. Ömer KANDEMİR
Op.Dr. Serdar YALVAÇ

Yazışma adresi

SSK Ankara Doğum Evi ve
Kadın Hastalıkları
Eğitim Hastanesi
06010-ANKARA

**GÜNAŞIMINA NE ZAMAN
MÜDAHALE EDİLMELİDİR?**

iyi bir perinatal sonuç için doğum eylemi ve doğumun zamanında gerçekleşmesi büyük önem taşır. Günaşımı gebelik (42.gebelik haftası tamalanmış gebelik) perinatal morbidite ve mortalitede belirgin artışa neden olur^(1,2). Mekonyum aspirasyonu, kronik intrauterin malnutrisyon (fetal dismatürite sendromu), uzun dönem nörolojik sekeller ve nadir de olsa fetal ölüm postterm gebeliğin önemli riskleridir^(3,5). 43. gebelik haftasında düşük risk grubundaki gebelerin doğum eyleminin induksiyonu önerilmektedir^(1,2,6).

Ancak bakıldığında bu önerilerin 1989 yıllarında yapıldığı görülmektedir. Günümüzde genel görüş 41. gebelik haftasından sonra fetusun, önceleri sınırdığından çok daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir^(7,11). Ayrıca yeni bilgiler termde rutin doğum induksiyonu sonrasında yapılan sezaryen doğumların önceden bildirilen oranlardan daha az olduğunu ve muhtemelen bu azalmanın son yıllarda daha sık kullanılmaya başlayan serviks olgunlaştırıcı ilaçlar sayesinde olduğuna işaret etmektedir⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Post-Term gebelik (gün aşımı), ACOG, WHO ve FIGO tarafından son adet tarihinin (SAT) ilk gününden itibaren hesaplanan gestasyonel yaşın 42 hafta (≥ 294 gün) ve üstü olarak tanımlanmaktadır. Tanı koymada kesin günleme kritik rol oynamaktadır. Hastanın regüler menstürasyon görmesi, son adet tarihinin doğru hatırlanması, gebelik testinin tarihi ve ilk hissedilen fetal hareket günleme için bize ip ucu verecek ise de en doğru hesaplama erken dönemde yapılmış olan ultrasonografik gebelik yaşı tespitine dayanarak yapılacak günlemedir. Ayrıca seri ultrasonografik takip günleme için son derece kıymetlidir. Gestasyonel yaşın belirlenmesi için kullanılan ultrasonografinin de son trimesterde hata oranının ± 3 haftalara kadar çıkması nedeniyle gün aşımı gebeliklerde yardımı sınırlı kalmaktadır. Bu yüzden SAT ve ultrasonografiyi kombine etmek en güvenilir yoldur.

Kesin günleme aşamasından sonra ilk yapılacak işlem ise fetal iyilik halinin saptanmasıdır. Bu amaçla non-stress test ile birlikte amniotik sıvı volumu saptanması, bio-fizik profil (BFP) ve eğer gerekirse oksitosin challenge test (OCT) uygulanabilir. ACOG antenatal fetal iyilik hali testlerinin 42. haftadan itibaren yapılması gerektiğini önermiştir.⁽²⁾

Post term gebelik insidansı popülasyonun çeşitliliğine (örneğin primigravid gebelerin yüzdesi, gebelik komplikasyonlarının yüzdesi ve preterm doğumların insidansı gibi) veya lokal olarak uygulama şekillerinin çeşitliliğine bağlı olarak (elektif sezaryen ve rutin doğum

indüksiyonu gibi) değişiklik gösterebilmektedir. Primiparite ve önceden post term gebelik olması, post term gebelik için risk faktörü olarak sayılabilir⁽¹⁵⁾. Post term gebeliklerin büyük bölümünde bilinen bir neden yoktur. Plasental sulfataz eksikliği veya polihidraminos olmaksızın anensefali nadir nedenlerden sayılabilir⁽²⁾.

Post term gebelik genelde %10 (%3-14) oranında görülmekte olup, bu hastaların da %4'ü (%2-7) obstetrik bir girişim yapılmazsa 43. haftalarını tamamlayabilirler^(1,2,16).

Doğum eyleminin induksiyonunun zamanlaması

Fetusun, gebeliğin devam etmesiyle risk altına girdiği durumların doğumdan sonra oluşabilecek risklerden daha fazla olduğu durumlarda eylem induksiyonu-doğum önerilir. Yüksek riskli gebeliklerde 38-39. haftalarda bu denge doğum lehine kayma gösterir. Yüksek riskli gebeliklerde vajinal doğumun kontrendike olduğu durumlar dışında doğum eyleminin induksiyonunun planlaması yapılırken, gestasyonel yaş ve/veya fetal pulmoner olgunluk mutlak değerlendirilmelidir. Yüksek riskli olmayan gebeliklerde ne zaman doğumun önerilebileceği halen tartışmalı bir konudur. Ancak yüksek risk hasta grubunda gebeliğin postterm döneme bırakılmaması gerekir, çünkü bu gebelerin doğumlarının 38-39 gebelik haftasında sonlandırılmaları yaralarına olcağı gösterilmiştir.

Doğum eylemine kara vermede

- Fetusun antepartum değerlendirilmesi sonuçları
- Serviksin durumu
- Gestasyonel yaş
- Bekleme ile hemen doğum yaptırma konusundaki fayda ve zararların anneye anlatılması sonrasında annenin vereceği karar değerlendirilmelidir.

Postterm gebelikte verilen karar izleme (beklemeye) yönelik olursa 42. haftadan itibaren kardiyotokogram, biyofizik profil ve/veya amniotik sıvı miktarını ultrasonografik tespiti haftada 2 defa olmak üzere planlanabilir. Ancak oligohidramnios ve fetal sıkıntı durumunda doğum en kısa sürede gerçekleştirilmelidir. Postterm gebeliklerde fetal iyilik testlerinin perinatal sonucu iyileştirdiğine dair elde yeterli kanıtlar yoktur^(1,2).

Ayrıca herhangi bir fetal iyilik testinin değerine göre üstünlüğüde gösterilememiştir. Antepartum fetal iyilik testlerine 40. ila 42. haftalar arasında başlanmasının da sonucu olumlu yönde etkilediğine dair deliller yeterli

değildir^(1,2).

Oligohidramnios veya fetal tehlike belirteçleri halinde doğum derhal başlatılmalıdır. Oligohidramnios fetoplacental yetmezliğin veya artmış renal arter rezistansının bir sonucu olabilir ve fetal kord basısını uyurarak kesintili hipoksemi sonrasında mekonyum aspirasyonuna kadar gidebilecek bir seri tabloya yol açabilir.

Düşük risk grubundaki Post-Term gebeliklerde güncel uygulamalar

İlk çalışmalar düşük risk grubundaki post-term gebeliklerde perinatal morbidite ve mortalitede anlamlı artış olduğunu vurgulamaktadır^(3,5,17). Gestasyonel yaş 42 haftayı geçtiğinde perinatal mortalite (ölü doğum ve erken neonatal ölüm) 4-7/1,000 düzeyindeyken, 40. haftada bu oran 2-3/1,000 olarak gerçekleşmektedir. 43. haftada perinatal mortalite 40. haftaya oranla 4 kat artmakta ve 44. haftada ise 5-6 katına çıkmaktadır^(17,18).

42. gebelik haftasından sonra fetal morbiditede de belirgin artış olmaktadır. Post term infantlar term infantlara göre daha ağırdırlar (43 haftayı geçen gebeliklerde %2.5-10 fetus 4500'm üzerinde doğarlar. Bu oran termde %0.8-1'dir)^(19,20) ve makrozomi ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek; doğum eyleminin uzaması, sefalopelvik uygunsuzluk ve nörolojik sekellerle sonuçlanan omuz distosisine daha fazla oranda maruz kalırlar. Dahası, postterm gebeliklerde uteroplasental yetmezliğe sekonder oluşan kronik intrauterin gelişme geriliği sonucu "fetal distomatürite (postmatürite) sendromu"na %20-30 oranında neden olmaktadır^(21,23). Ayrıca bu gebelikler umbilikal kord basısı fetal distres, mekonyum aspirasyonu, kısa dönem neonatal komplikasyonlar (hipoglisemi, konvülsiyon) ve uzun dönem nörolojik sekeller gibi komplikasyonlara adaydırlar.

Günümüzde düşük riskli grupta yer alan postterm gebeliklerin ne zaman ve ne şekilde sonlandırılması ile ilgili oluşmuş bir fikir birliği yoktur. Ancak, hastayı bilgilendirip tartışarak, gestasyonel yaşa, fetal iyilik haline, amniotik sıvı hacmine, serviksin olgunluğuna ve açıklığına bakarak 41-43. haftada doğum eyleminin induksiyonu yapılabilir. Bu noktada, oluşabilecek mediko legal problemlerin kaygısı ülkemizde de giderek artmakta olup, doğum hekimini 41. haftadan fazla beklememeye ve hatta operatif doğuma doğru itmektedir.

İzlem

Günaşımı olgusuna müdahale etmeden önce pelvik

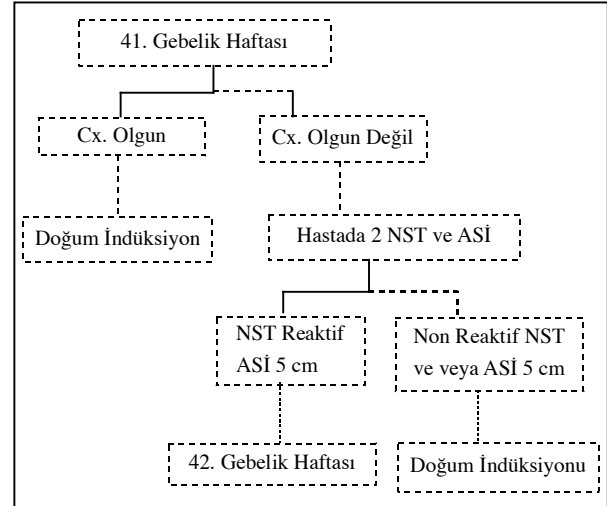
muayene yapılarak vajinal doğuma engel bir bulgu olup olmadığı değerlendirilir. Bundan sonraki aşama ise serviksin olgunluğunun belirlenmesidir. Servikal olgunluk Bishop Skoru ile değerlendirilir (Tablo.1) Skor ≤ 5 ise servikal olgunluğun olmadığı anlamına gelir.

Tablo I: Bishop skoru parametreleri

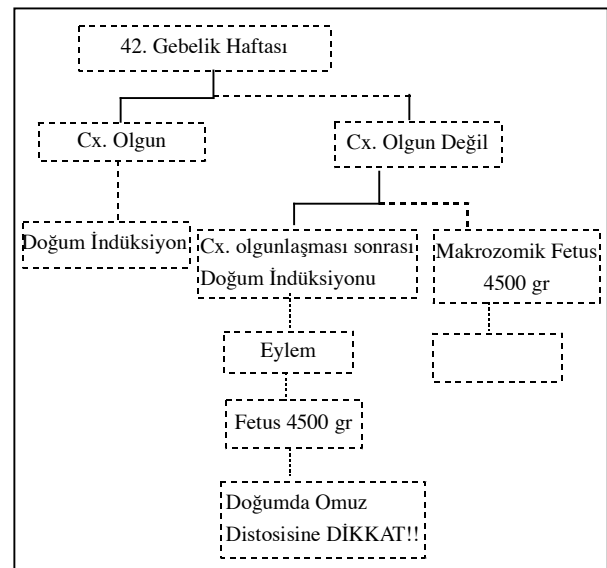
SERVİKAL FAKTÖR	PELVİK SKOR			
	0	1	2	3
DİLATASYON (cm)	0	1-2	3-4	5-6
SİLİNME (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
SEVIYE	-3	-2	-1, 0	+1, +2
KIVAM	SERT	ORTA	YUMUŞAK	
POZİSYON	POSTERİÖR	ORTA	ANTERİÖR	

Bishop EH: Pelvic scoring system for elective induction. *Obstet Gynecol* 24:266,1964

Şekil I: 41 Gebelik Haftasında gebe takip akış şeması



Şekil II: 42 gebelik haftasında gebe takip akış şeması



Doğum İndüksiyonu için Kullanılan Metodları

- Koitus,
- Meme başı stimülasyonu,
- Homeopatik solüsyonlar,
- Lavman,
- Akapunktur,
- Membranların sıyrılması (sweeping-stripping),
- Amniotomi,
- Mekanik dilatasyon (balon kateter, laminaria, ve sentetik osmotik dilatatörler),
- Farmakolojik preparatlar
 - prostaglandin E2,
 - oxytocin,
 - misoprostol,
 - mifepristone,
 - Relaxin

Günaşımı durumlarında karşılaşılabilecek tehlikeler şunlardır

- 1. Mekonyum Aspirasyonu** - Günaşımı gebeliklerdeki potansiyel ana tehlike parturum mekonyum aspirasyonudur. Mekonyum fetal distres sonucu artmış intestinal motiliteye bağlı olarak amniotik sıvıya karışır.
- 2. Postmaturite Sendromu** - İntrauterin malnutrisyon bulguları veren postterm infantta, cilt altı yağ dokusu ve adele kitlesi kaybı, epidermal deskuamasyon, mekonyumla boyanma görülür. Bu fetuslarda perinatal morbidite / mortalite ve nörolojik sekel riski 7 kat daha fazladır.
- 3. Makrozomi** - 4000 gr. üstü fetuslardır. Günaşımında term gebeliklere göre 3-7 kat daha sık görülür. Maternal yaralanmalar, fetal yaralanmalar; morbidite ve mortalitede artış, omuz distosisi sık görülür.

SONUÇ

41. Gebelik haftasından itibaren doğum indüksiyonu güvenilir ve kabul edilebilir bir seçenektir. Doğum indüksiyonunun sezaryen doğumları arttırdığına veya azalttığına ait elde yeterli kanıt yoktur. Doğum indüksiyonuna karar verildiğinde uygulanacak metodun seçiminde antenatal fetal iyilik testlerinin yol gösterici olabileceği konusunda yeterli kanıtlar henüz yoktur.

42. gebelik haftasının sonuna kadar iyi izlenmiş bir gebeliğin bekletilmesi günümüzde çok kabul görmeyen ve özellikle perinatal mortalite - medikolegal sorunlara yol açması nedeniyle tartışmalı bir durumdur. Fetal ve

maternal kondüsyonlar bir kontrendikasyon oluşturmadığında, günaşımı olan gebeliklerin sonlandırılması için doğum indüksiyonu her gebeye riskler/ avantajlar anlatıldıktan sonra sunulması gereken uygun bir seçenektir.

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of postterm pregnancy. Washington, DC: ACOG Technical Bulletin No. 130, 1989.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of postterm pregnancy. Washington, DC: ACOG Practice Patterns No. 6, 1997.
3. Knox GE, Huddleston JF, Flowers CE, Jr. Management of prolonged pregnancy: results of a prospective randomised trial.;134:376-84.
4. Yeh SY, Read JA. Management of post-term pregnancy in a large obstetric population. *Obstet Gynecol.* 1982;60:282-7.
5. Lagrew DC, Freeman RK. Management of postdate pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:8-13.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor. Washington, DC: ACOG Practice Bulletin No.10, 1999.
7. Yudkin PL, Wood L, Redman CW. Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet* 1987;1:1192-4.
8. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: Evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br. J Obstet Gynaecol* 1998;105:167-73.
9. Cotzias CS, Peterson-Brown S, Fisk NM. Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: Population based analysis. *BMJ* 1998;319:287-8.
10. Rand L, Robinson JN, Economy KE, Norwitz ER. Post-term induction of labor revisited. *Obstet Gynecol* 2000;96:779-83.
11. Badawi N, Kurinczuk JJ, Keogh JM et al. Antepartum risk factors of newborn encephalopathy: the western Australian case-control study. *BMJ* 1998;317:1549-53.
12. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian multicenter Post-Term Pregnancy Trial Group. *N Eng J Med* 1992;326:1587-92.
13. Mc.Nellis D, Medearis AL, Fowler S, et al. A clinical trial of labor versus expectant management in postterm pregnancy. The National Institute of Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Units. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:716-23.
14. Yeast JD, Jones A, Poskin M. Induction of labor and relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. *Am. J Obstet Gynecol* 1999;180:628-33.
15. Alfievic Z, Walkenshaw SA. Management of post term pregnancy:

- To induce or not? Br J Hosp Med 1994;52:218-21.
16. Bergsjö P. Post-term pregnancy. In: Studd J, ed. Progress in Obstetrics and Gynecology (volume 5). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985.
 17. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. Obstet Gynecol 1992; 79:547-53.
 18. Bakketeig LS, Bergsjö 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.
 19. Spellacy WN, Miller S, Winegar A, Peterson PQ. Macrosomia-maternal characteristics and infant complications. Obstet Gynecol 1985;66:158-61.
 20. Rosen MG, Dickinson JC. Management of post term pregnancy. N Engl J Med 1992;326:1628-9.
 21. Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity. Evaluation of fetoplacental function; management of postterm gravida. Am J Obstet Gynecol 1975;123:67-103.
 22. Shime J, Librach CL, Gare DJ, Cook CJ. The influence of prolonged pregnancy on infant development at one and two years of age: a prospective controlled study. Am J Obstet Gynecol 1986;154: 341-5
 23. Manino F. Neonatal complications of postterm gestation. J Reprod Med 1988;33:271-6.