

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM KLİNİĞİNDE ÜÇ YILLIK ÖLÜ DOĞUMLARIN ANALİZİ

Analysis of stillbirths in the Obstetrics and Gynaecology Department of Erciyes University Medical Faculty during a three year period (1997-1999)

İbrahim Serdar SERİN¹, Ünal YİRMİBEŞ², Ercan M AYGEN³, Mustafa BAŞBUĞ³

Özet

Amaç: Kliniğimizdeki ölü doğumların incelemelerinin yapılarak nedenlerinin saptanması ve nedeni belirlenmeyen ölü doğumlarda gerekli yaklaşımların tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: 1 Ocak 1997 ile 31 Aralık 1999 yılları arasındaki üç yıllık sürede kliniğimizde gerçekleştirilen tüm doğumlar taranarak ölü doğumlar belirlendi ve dosyaları incelendi. Yirminci gebelik haftasından sonra 1. ve 5. dakika Apgar skoru '0' olan fetüsler ölü doğum olarak kabul edildi. Ölü doğum yapan hastaların, obstetrik hikayeleri, sistemik hastalıkları ve obstetrik problemleri kaydedildi. Ölü doğumlardaki konjenital anomaliler ve intrauterin gelişme geriliği olanlar belirlendi.

Bulgular: Çalışmamıza aldığımız 4850 doğum vakasında 186 ölü doğum saptandı. Otuz dört hastanın (% 18,27) kayıtları eksik olduğundan çalışma dışı bırakıldı. Ölü doğum oranı % 4,06 idi. En sık rastlanan sistemik hastalık ağır preeklampsi, obstetrik problem ise plasenta dekolmanı idi. Ölü doğumlardaki konjenital anomali oranı % 13,8 idi. Hastaların % 26,4 ünde ölü doğum nedeni açıklanamadı.

Sonuç: Ölü doğumların azaltılabilmesi için risk faktörlerinin belirlenmesinin yanı sıra, önlenebilir ve kontrol edilebilir durumların saptanması gerekmektedir. Nedeni açıklanamayan ölü doğumlardaki genetik ve immünolojik araştırmaların yanında plasentanın histopatolojik incelenmesi ve fetusa otopsi çalışmaları yapılması nedenin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Anomali, Otopsi, Histopatoloji, Ölü doğum

Abstract

Purpose : This study was undertaken to determine the causes of stillbirths in our clinic and to discuss the procedures necessary to prevent the occurrence of such unexplained stillbirths.

Material and method: By surveying all births occurring in our clinic during a three year period from January 1997 to December 1999, the number of stillbirths was determined and the files evaluated. Fetuses after 21 weeks of gestation with an Apgar score of zero at first and fifth minutes were defined as stillbirth. The obstetric and medical history as well as obstetrics problems of women who had had a stillbirth were recorded. Stillbirths with congenital abnormalities and intrauterine growth retardation were determined.

Result: Out of a total of 4850 births, 186 stillbirths were recorded. Thirty-four patients (18,27 %) were excluded from the study due to incomplete records. The occurrence of stillbirths in this study was 4,06 %. The most common systemic disease was severe pre-eclampsia, and the obstetric problem abruptio placenta. The rate of congenital abnormalities in the stillbirths was 13,8 %. In 26,4% of patients who had stillbirths the cause could not be explained.

Conclusion: In order to reduce stillbirths, it is necessary to determine preventable or controllable situations and also to determine possible risk factors. In unexplained stillbirths, in addition to genetic and immunological studies, histopathological examination of the placenta and autopsy of the fetus can be helpful to determine the cause of stillbirth.

Key Words: Abnormalities, Autopsy, Fetal death, Histopathology

Son yıllarda neonatal mortalite önemli oranlarda azalırken, ölü doğumlardaki azalma oranı daha yavaş olmaktadır (1-3). Bu yavaş

düşüşün en önemli nedenlerinden biri ölü doğum vakalarında gerekli incelemelerin yeterli yapılamamasıdır. Hayatla bağdaşmayan konjenital anomaliler dışında, preeklampsi, eklampsi, kalp hastalığı, diyabet gibi sistemik hastalıklar ve bu hastalıklarla birlikte veya yalnız başına görülebilen plasenta dekolmanı, plasenta previa, oligohidramnionoz gibi obstetrik problemler ölü doğumları arttırmaktadır (4,5). Daha önce ölü

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum. Öğr.Gör.Dr.¹, Araş.Gör.Dr.²,
Doç.Dr.³.

Geliş tarihi: 16 Şubat 2000

doğum yapan, abortus ve prematür doğum hikayesi olan hastalarda da ölü doğum riskinin arttığı bildirilmiştir (5). Ölü doğum vakalarının iyi bir analizi ile risk faktörleri belirlenerek ölü doğum oranlarının azaltılabilemesi için çeşitli stratejiler geliştirilebilir.

Bu çalışmanın amacı son üç yıldaki ölü doğum olgularını saptayarak bu vakaların ayrıntılarını incelemektir. Yapılacak analizlerle riskli grubun belirlenmesinin yanı sıra, ölü doğumla sonuçlanan gebeliklerde anne ve fetusta yapılması gereken tanı yöntemleri tartışılacaktır.

MATERYAL VE METOD

1.1.1997 ile 31.12.1999 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gerçekleştirilen tüm doğumlar taranarak ölü doğumlar belirlendi. Gebelik haftası 20. haftadan büyük, 1. ve 5. Dakika Apgar skorları "0" olan fetuslar ölü doğum kabul edildi. Ölü doğum yapan hastaların gravida, parite, abortus, ölü doğum yapma ve prematür eylem hikayesi bilgilerinden oluşan obstetrik hikayeleri, sistemik ve obstetrik tüm hastalıkları dosyalarından bulundu.

Preeklampsi için arteryel kan basıncı altı saat arayla yapılan ölçümlerle en az iki kez 140/90 mmHg'nın üzerinde çıkan değerler ve üriner enfeksiyon olmadan 0.5 g/L' den fazla proteinüri saptanması esas alındı. Ağır preeklampsi tanı kriterleri arasında, kan basıncının 160/110 mmHg ve üzerinde olması, proteinürinin 3 g ve üzerinde olması sayıldı. Bununla birlikte, oligürik, serum kreatinin ve ürik asit seviyeleri artmış, serebral veya visüel bozuklukları olan, epigastrik ağrı, pulmoner ödem, trombosit sayısının düşüklüğü ve karaciğer fonksiyon testleri bozuk olan hastalar, ağır preeklampsi tanısı altında değerlendirildi. Bu bulgulara konvülsiyonların eklenmesi ise eklampsi kriteri olarak kabul edildi. Fetüsün gebelik haftasına göre sahip olması gereken ağırlığın %10' undan

daha az ağırlığa sahip olması intrauterin gelişme geriliği kriteri olarak kabul edildi. Ultrasonografik olarak dört kadrandaki en geniş amniyon ceplerinin ölçümlerinin toplamıyla elde edilen amniyotik sıvı indeksinin 5 cm altında olması oligohidroamniyoz, 20 cm üzerinde olması polihidroamniyoz kriteri olarak kabul edildi. Tüm ölü doğumlardaki konjenital anomaliler saptandı. Konjenital anomaliler dışındaki vakalarda fetal ağırlık ve biyometrik ölçümlerle tanı konulan intrauterin gelişme geriliği olguları da belirlendi. Ölü doğumlar nedeni açıklanabilen ve açıklanamayanlar olmak üzere iki sınıfa ayrıldı. Aşağıdaki klinik ve laboratuvar tanılarından bir veya daha fazlasının olması ölü doğumun, nedeni açıklanabilenler grubuna girmesine neden oldu.

- 1- Fetusta anatomik veya kromozomal bir anomalinin saptanması,
- 2- Maternal sistemik hastalık,
- 3- Maternal obstetrik problemler (plasenta dekolmanı, plasenta previa, oligohidroamniyoz vd),
- 4- Intrauterin gelişme geriliği,
- 5- Travma

Eğer hastada herhangi bir laboratuvar ve klinik bulgu saptanamamışsa nedeni açıklanamayan ölü doğum olarak kabul edildi.

SONUÇLAR

1 Ocak 1997 ile 31 Aralık 1999 tarihleri arasındaki dönemde toplam 4580 doğumda 186 ölü doğum vakası tespit edildi. Ölü doğum oranı % 4.06 idi. Bu hastaların 152 sinin dosyaları ve kayıtları bulunabildi. Diğer 34 (% 18.27) hastanın doğum defterleri kayıtları dışında bilgi edinilemediği için çalışma dışı bırakıldı. Hastaların % 59'3 ü multipar, % 40.7'si primipar idi. Ölü doğumların % 48.02' si 20-27. haftalarda, % 33.5' i 28-36. haftalarda, % 17.1' i 37-41. haftalarda, % 1.3' ü ise 42. haftadan sonra görüldü.

Gebelik haftalarına göre ölü doğumların dağılımı Tablo I 'de görülmektedir. Hastaların daha önceki gebelikleri gözden geçirildiğinde abortus, prematür doğum ve ölü doğum hikayesi oranları Tablo II' de sunulmuştur.

Ölü doğum yapan annelerde en sık gebeliğe bağlı sistemik hastalık ağır preeklampsi, en sık gözlenen obstetrik problem ise plasenta dekolmanı idi. Hastaların % 26.4'nde hiçbir sistemik ve obstetrik hastalık saptanmadı. Plasenta dekolmanı belirlenen 22 hastanın 9(% 40.9)' unda ağır preeklampsi - eklampsi, bir hastada travma, bir hastada pankreatit saptanırken, 11 hastada herhangi bir neden belirlenemedi.

Diabetes mellitus saptanan üç hastada da Tip I DM vardı. Kalp hastalığı belirlenen hastaların 2' sinde mitral darlığı, 1 hastada mitral yetmezliği ile aort darlığı, 1 hastada pulmoner hipertansiyon, 1 hastada konjestif kalp yetmezliği, 1 hastada ise mitral yetmezliği ile akciğer ödemi ve 2 hastada hipertiroidi saptandı. Ölü doğum yapan hastalardaki sistemik hastalıkların dağılımı Tablo III de sunulmuştur. Ölü doğum yapan hastalardaki obstetrik problemlerin dağılımı ise tablo IV'de görülmektedir.

Tüm doğumların % 13.8 'inde hayatla bağdaşmayan konjenital anomaliler saptandı. Konjenital anomalilerin % 71.4'ü santral sinir sistemi (SSS)'ne ait idi. Anensefali en sık gözlenen SSS anomalisi olarak belirlendi. Konjenital anomalilerin %80.95'i (17 hasta) 20-27. haftalar arasında teşhis edildi. Ölü doğumlarda belirlenen konjenital anomaliler Tablo V'de sunulmuştur.

Konjenital anomaliler dışındaki ölü doğumların % 21.05 (32)'da intrauterin gelişme geriliği saptandı. Ölü doğumların % 89.6 (136)'sı normal spontan vajinal yol ile, % 10.4 (16)'ü sezaryenle gerçekleşti. Sekiz hastada (%50) sezaryen endikasyonu eklampsi veya ağır preeklampsiden dolayı uygulanan induksiyona

cevapsızlık iken, diğer hastalarda yalnızca induksiyona cevapsızlık nedeni ile sezaryen yapıldı.

Tablo I. Ölü doğumların gestasyonel gebelik haftalarına göre dağılımı

Gebelik Haftaları	Ölü Doğum Sayısı	%
20 – 27. Haftalar	73	48,03
28 – 36. Haftalar	51	33,55
37 –41. Haftalar	26	17,11
42. Hafta sonrası	2	1,31
Toplam	152	100

Tablo II. Ölü doğum yapan hastalarda abortus prematür

Obstetrik Hikaye	SAYI	%
Abortus Hikayesi	45	29,6
Prematür Eylem Hikayesi	28	18,42
Ölü Doğum Hikayesi	22	14,47

Tablo III. Ölü doğum yapan hastalarda saptanan sistemik hastalıkların dağılımı

Sistemik Hast.	Sayı	%
Preeklampsi	7	12,5
Ağır Preeklampsi	21	37,5
Eklampsi	12	21,43
Kronik hipertansiyon	4	7,14
Diabetes Mellitus	3	5,36
Kalp Hastalığı	6	10,71
Tiroid Hastalığı	2	3,57
Pankreatit	1	1,79
Toplam	56	100

Tablo IV. Ölü doğum yapan hastalarda saptanan obstetrik problemlerin dağılımı

Obstetrik Hast.	Sayı	%
Plasenta Dekolmanı	22	64.8
Plasenta Previa	5	14.8
Oligo-anhidramnios	5	14.8
Polyhidramnios	2	5.6
Toplam	34	100.0

Tablo V. Ölü doğumlardaki konjenital anomalilerin dağılımı

Konjenital Anomali	Sayı
Anensefali	10
Hidrocefali	2
Ensefalosel	2
Kistik Higroma	2
Meningosel	1
Gastroşizis	1
İskelet Displazisi	1
Polikistik Böbrek	1
Trizomi 21	1
Toplam	21

TARTIŞMA

Çalışmamızda ölü doğum oranı % 4.06 bulundu. Daha önce bildirilen yayınlardaki oranlardan daha yüksek bir ölü doğum oranına sahip olmamız Perinatoloji Kliniğimizin Ocak-1996'dan beri Kayseri ve yöresinde referans bir merkez olmasına ve problemler gebelerin merkezimize sevk edilmesine bağlanabilir. Nitekim 1995 ile 1996 yılları arasındaki ölü doğum oranımız % 3.05 bulunmuştur. Ölü doğumların % 80 nin terminden (37- 41 hafta)

önce, en sık da 20-27. gebelik haftalarında ortaya çıktığı saptanmıştır.

Obstetrik hikayesinde preterm doğum, ölü doğum ve abortus hikayesi olanlarda ölü doğum normal populasyona göre daha yüksek oranlarda görülmektedir(5). Normal populasyonda abortus oranı % 9.7, prematür doğum hikayesi % 6.4 iken bizim çalışmamızda sırayla % 29.6 ve % 18.42 bulundu. Çalışmamız sonucunda hastalarımızın % 14.47 'sinde ölü doğum hikayesi tespit edildi. Bu oran normal populasyondaki % 1.2 ' nin çok üzerindedir. Bu nedenle kötü obstetrik hikaye antenatal bakıma ışık tutmalıdır.

Ölü doğum yapan vakalarımızın % 73.6' sında sistemik ve obstetrik bir neden tespit edilmiştir. Çalışmamızda en sık ölü doğum nedeni olarak belirlenen ağır preeklampsi Başbuğ ve ark.(6) nın yaptıkları çalışmada da en sık neden olarak bulunmuştur.

Sibai ve ark (9,10) ağır preeklampsi olgularında uygun yaklaşımla maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin azaldığını öne sürmüşlerdir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda da gebelikte hipertansif hastalıkların erken teşhisinin perinatal morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (11-13).

Konjenital anomaliler dışındaki ölü doğan fetusların % 21.05' inde doğum öncesinde intrauterin gelişme geriliği saptanmıştır. Bu olgularda kromozom anomalileri, sendromlar ve plasental anomaliler daha fazla görülmekte ve çoğu tekrar etme eğilimindedir(5). Antenatal takipte tespit edilen intrauterin gelişme geriliğinin, hekimleri uyarıcı bir bulgu olarak ele alınmasının özellikle açıklanamayan ölü doğumları azaltacağı öne sürülmüştür (14).

Çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalara benzer olarak % 26.4 oranında ölü doğumların nedeni belirlenemedi. Nedeni

belirlenemeyen ölü doğumlarda standardize edilmiş bir araştırma tekniği yoktur. Plasentanın histopatolojik incelenmesi ve fetusa otopsi yapılması ölü doğumların önemli bir kısmında nedenin belirlenmesini sağlamaktadır (15-17). Ancak Gordosi ve arkadaşları (14) otopsi çalışması yapıldığı halde sebebi açıklanamayan ölü doğum oranının % 60 olduğu bir çalışma bildirmişlerdir. Incerpi ve ark.(16) nedeni açıklanamayan ölü doğumlarda enfeksiyon ve immünolojik nedenler araştırıldıktan sonra plasentanın histopatolojik incelenmesi ve fetusta yapılan otopsi çalışmaları ile bir çok olguda tanıya gidilebileceğini öne sürmüşlerdir. Ülkemizde başta dinsel inanışlar olmak üzere değişik nedenlerden dolayı bir çok aile otopsi yapılmasını kabul etmemektedir. Çalışmamızda son iki yılda yalnızca dört vakada otopsi yapıldığı tespit edildi. Nedeni belirlenemeyen ölü doğumlarda olayın tekrarlama riski aileye anlatılarak otopsi önerilmelidir.

Sonuçta ölü doğumların oranlarının azaltılabilmesi için öncelikle preeklampsi, eklampsi, diabet, kalp hastalıkları, tiroid hastalıkları gibi önlenebilen veya kontrol altına alınabilen durumların belirlenmesi gerekir. Düzenli olarak yapılan antenatal takipler ile anne ve fetüsün monitorize edilmesi, potansiyel tehlikeli durumların erken teşhisini sağlayarak uygun tedavi yaklaşımları ile maternal ve fetal mortaliteyi azaltır. Ölü doğumla sonuçlanan gebeliklerde ise annede ve fetusta enfeksiyöz, genetik ve immünolojik nedenlerin araştırılmasının yanında, plasentanın histopatolojik incelenmesi ve fetusta yapılacak otopsi çalışmaları ölüm nedeninin anlaşılmasını sağlayacaktır. Bu konuda yapılacak prospektif çalışmalarda tüm bu nedenler araştırılarak nedeni açıklanamayan ölü doğum oranının azaltılması mümkün olabilecektir. Ölü doğum nedeninin saptanmasının hastanın daha sonraki gebeliklerinin takibine olumlu yönde katkıda bulunacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Fretts RC, Boyd ME, Usher RH, et al. The changing pattern of fetal death. *Obstet Gynecol* 1992 ; 79 : 35-39.
2. Copper RL, Goldenberg RL, Creasy RK, et al. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ; 168 : 78-84.
3. Hein HA, Lathrop SS, Papke KR. Comparing perinatal mortality. *Obstet Gynecol* 1985 ; 66 : 346-349.
4. Cynthia J.R Curry. Pregnancy loss stillbirth and neonatal death. *Ped Cli North Am* 1992 ; 39 : 157-192.
5. Copper RL, Goldenberg RL, DuBard MB, et al. Risk factors for fetal death in white black and hispanic women. *Obstet Gynecol* 1994 ; 84 : 490-495.
6. Başbuğ M, Aygen E, Narin N, ve ark. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde 1985-1989 ve 1990-1994 yılları arasındaki perinatal mortalitenin karşılaştırılması. *Güneş Kadın Doğum Dergisi* 1996 ; 11 : 195-199.
7. Krohn M, Vuight L, Mc Knight B, et al. Cumulates of placental abruption. *Br J Obstet Gynecol* 1987 ; 94 : 333-340.
8. Brink AL, Odendool HJ. Risk factors for abruptio placentae. *S Afr Med J* 1987 ; 72 : 250-252.
9. Sibai BM, Mercer BM, Schiff E, et al. A protocol for managing severe preeclampsia in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1990 ; 163 : 733-738.
10. Sibai BM, Mercer BM, Schiff E, et al. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks' gestation : A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994 ; 171 : 818-822.
11. Merviel P, Dumond A, Bannurdot JP, et al. Severe preeclampsia : management is conservative treatment justified. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997 ; 26 : 238-249.

12. Witlin AG, Sibai BM. Hypertension in pregnancy : current concepts of preeclampsia. *Annu Rev Med* 1997 ; 48 : 115-127.
13. Lewis R, Sibai B. Recent advance in the management of preeclampsia. *J Matern Fetal Med* 1997 ; 6 : 6-15.
14. Gordosi J, Mul T, Mongelli, et al. Analsis of birthweight and gestational age in antepartum stillbirths. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 ; 105 : 524-530.
15. Salafia CM, Vintzios AM. Why all placentas should be examined by a pathologist in 1990. *Am J Obstet Gynecol* 1990 ; 163 : 1282-1293.
16. Incerpi MH, Miller DA, Samadi R, et al. Stillbirth evaulation : What tests are needed? *Am J Obstet Gynecol* ; 1998 : 1121-1125.