

434 Makrozomi Olgusunda Doğum Şekli: Perinatal-Maternal Morbiditeye Etki

Gürkan Uncu*, Osman H. Develioğlu**, Adnan Macit***, Yalçın Kimya****

ÖZET. Makrozomik bebeklerde doğum şeklinin perinatal-maternal morbiditeye etkisini belirlemek amacıyla, Ağustos 1988 ile Aralık 1993 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D.'nda doğum yapan 5044 gebeden, yenidoğan ağırlıkları 4000 gr ve üzerinde olan 434'ünün (% 8.60) kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Gebelerin % 74.2'si vajinal yoldan doğururken, induksiyon uygulanan gebelerdeki sezaryen hızı (% 38.9), spontan travaya girenlerden (% 17.2) 2.26 kat yüksek bulundu. Omuz distozisi gelişen 3 olgudan 2'sinde ve klavikula kırığı (n = 3) ve brakial pleksus zedelenmesi (n = 2) saptanan olgulardan biri hariç tümünde doğum ağırlığı 4500 gr'ın üzerinde idi. Bu bulgularla, doğum öncesinde fetal ağırlığın 4000 ile 4500 gr arasında tahmin edildiği gebelerde induksiyondan kaçınılarak spontan travayın beklenmesi, 4500 gr'ın üzerinde oldukları tahmin edilen fetüslerin ise elektif sezaryen ile doğurtulması gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler .Makrozomi .omuz distozisi .doğum travması.

Mode of Delivery in 434 Cases of Fetal Macrosomia: Effect on Perinatal-Maternal Morbidity

SUMMARY. Among a total of 5044 pregnant women who delivered at the Department of Obstetrics and Gynecology of Uludağ University Hospital during the period between August 1988 and December 1993, obstetric records of those with infant birth weights of 4000 gr and above (n = 434; 8.60 %) have been reviewed retrospectively, in order to determine the effects of the mode of delivery of macrosomic infants on perinatal-maternal morbidity. While 74.2 % of the patients have delivered vaginally, induced labor has culminated 2.26 times more commonly in caesarean section than has spontaneous labor (38.9 % vs 17.2 %). The infant birth weight is above 4500 gr in two of three cases with shoulder dystocia, and in all cases, except for one, with fracture of the clavicle (n = 3) or brachial plexus injury (n = 2). As a result, we suggest that induction of labor should be avoided and spontaneous labor be awaited in cases where the fetal weight is estimated to be between 4000 and 4500 gr, and that fetuses estimated to be over 4500 gr be delivered by elective caesarean section.

Key Words. Macrosomia .shoulder dystocia .birth trauma.

Yenidoğan ağırlığının 4000 gr ve üzerinde olması olarak tanımlanan makrozominin literatürde bildirilen insidansı % 3-20'dir¹⁻³. Bazı araştırmacılar, makrozomiye bağlı en ciddi komplikasyonlar arasında yer alan omuz distozisi ve doğum travmasının engellenebilmesi amacıyla, doğum öncesinde makrozomi düşünülen olgularda elektif sezaryen önermektedirler⁴⁻⁶. Bu retrospektif çalışmanın amacı kliniğimizdeki makrozomik fetüslerin doğum şeklini incelemek ve bu olgulardaki perinatal-maternal morbiditeyi ortaya koyarak uygulamaya yönelik çıkarımlarda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Ağustos 1988 ile Aralık 1993 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın

Hastalıkları ve Doğum A.B.D.'nda doğum yapan gebelerden, yenidoğan ağırlıkları 4000 gr ve üzerinde olanların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Gebelerin demografik ve obstetrik özellikleri ve doğum şekilleri ile maternal ve perinatal komplikasyonlar değerlendirilerek, mevcut literatürün ışığı altında yorumlandı.

Bulgular

Bildirilen süre içerisinde doğumları gerçekleştirilen toplam 5044 bebekten 434'ünün doğum ağırlıkları 4000 gr ve üzerinde idi (% 8.60). Makrozomik bebeklerin 372'si (% 85.7) 4000-4499 gr, 49'u (% 11.3) 4500-4999 gr, 11'i (% 2.5) 5000-5999 gr ve 2'si de (% 0.5) 6000 gr'ın üzerinde bulundu. Makrozomi 4500 gr ve üzeri olarak tanımlandığında, kliniğimizdeki insidansı % 1.23 (62/5044) olarak hesaplandı.

Makrozomik bebek doğuran gebelerin ortalama yaşı 27.6 ± 5.2 (ortalama \pm SD), ortalama pariteleri 1.1 ± 1.1 iken, 328'i (% 75.6) multipar, 106'sı (% 24.4) ise primipardı. Bebeklerin 256'sı (% 59.0) erkek, 178'i (% 41.0) kızdı. Doğumlarında

* Yrd.Doç.Dr.; Uludağ Üniv.Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğ. ABD

** Uzm.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum ABD

*** Araş.Gör.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğ. ABD

**** Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum ABD

Geliş Tarihi : 14.6.1996

Kabul Tarihi: 27.1.1997

ortalama gebelik süresi 38.5 ± 2.7 hafta olan makrozomik bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 4211 ± 342 gr, ortalama 5. dakika Apgar skorları ise 9.5 ± 1.4 idi.

Gebelerin % 80.4'ü ($n = 349$) spontan olarak travaya girerken, % 12.4'üne ($n = 54$) induksiyon, % 7.2'sine ($n = 31$) ise elektif sezaryen uygulandı. Elektif sezaryen uygulananlarda endikasyon; 7. olguda makrozomi, diğerlerinde ise başta eski sezaryen ve makat prezentasyonu olmak üzere çeşitli endikasyonlar idi. Makrozomi ön tanısı ile sezaryene alınanlarda doğum ağırlığı bir olguda 4000-4499 gr iken, 4 olguda 4500-4999 gr, 2 olguda ise 6000 gr'ın üzerinde bulundu. Makrozomik bebekler için toplamda % 25.8 (112/434) olan sezaryen hızı, spontan travaya girenlerde % 17.2 (60/349), induksiyon yapılan grupta ise % 38.9 (21/54) olarak hesaplandı. Vajinal doğum yapan 322 (% 74.2) gebeden 26'sına (% 8.1) vakum uygulandı.

Vajinal doğumlarda saptanan peripartum komplikasyonlar Tablo I'de bildirilmiştir. Her ikisi de 4500 gr'ın üzerinde bebekler doğuran 3. ve 4. derece perine laserasyonlu olgular primer tamiri takiben sekelsiz iyileşti. Plasenta retansiyonlu olgular postpartum küretaj ile tedavi edilirlerken, 6 olguda gözlenen atoni kanaması uterus masajı ve uterotoniklerle kontrol altına alındı. Fetal ağırlık, omuz distozisi gelişen 3 olgudan birinde 4000-4499 gr, 2'sinde ise 4500-4999 gr idi. Klavikula kırığı gözlenen bebeklerden birisi 4000-4499 gr iken, klavikula kırığı ve brakial pleksus zedelenmesi saptanan diğer 4'ü 4500 gr'ın üzerinde idi. Tüm olgular sekelsiz iyileşti.

Tablo: I- Makrozomi olgularında vajinal doğumlarda saptanan peripartum komplikasyonlar

Komplikasyon	Sayı	%
Perine Laserasyonu		
1. Derece	45	14.0
2. Derece	4	1.2
3. Derece	1	0.3
4. Derece	1	0.3
Plasenta Retansiyonu	24	7.5
Doğum Sonu Atoni	6	1.9
Omuz Distozisi	3	0.9
Klavikula Kırığı	3	0.9
Brakial Pleksus Zedelenmesi	2	0.6

Tartışma

Makrozomik olarak tanımlanan 4000 gr ve üzerindeki fetusların oranı literatürde % 3-20 olarak bildirilirken, kimilerince makrozomi sınırı olarak kabul edilen 4500 gr ve üzerindeki oranı ise % 0.5-2'dir^{1,3,7}. Kliniğimizde 4000 ve 4500 gr sınır kabul edilerek saptanmış olan oranlar % 8.60 ve % 1.23 olup literatür ile uyumludur.

Makrozomik bebeklerin vajinal yoldan doğurtulmasında karşılaşılan en ciddi komplikasyonlar omuz distozisi ve doğum

travmalarıdır. Makrozomik bebeklerde omuz distozisi insidansı literatürde % 0-2 olarak bildirilirken^{4-6,8}, makrozomi sınırının 4500 gr olarak kabul edildiği bir araştırmada % 18.5'e ulaşmaktadır¹. Kliniğimizde ise bu oran % 0.9 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaların çoğu omuz distozisi insidansının fetal ağırlıkla doğru orantılı olarak arttığını gösterirken^{1,6,9}, 4000 gr altında ve üzerindeki fetuslar için farklı olmadığı iddiasındaki çalışmalar da mevcuttur^{10,11}. Ancak araştırmacıların hemfikir oldukları nokta, 4500 gr'ın üzerindeki fetuslarda omuz distozisi riskinin kesin olarak arttığıdır. Bizim olgularımız arasında omuz distozisi gelişen 3 vakadan 2'sinde doğum ağırlığının 4500-4999 gr olduğu hatırlatılmalıdır.

Makrozomik bebeklerin doğumlarında karşılaşılan diğer bir sorun olan doğum travmaları arasında yer alan klavikula kırığı, brakial sinir yaralanmaları ve sefalhematom gibi patolojilerin çoğunlukla sekeler bırakmadan 1-2 ay içerisinde iyileştikleri bildirilirken^{1,5,12}, Iffy ve ark. tarafından rapor edilen 107 omuz distozisi olgusunun % 50'sinde vakum veya forseps kullanmış olduğu ve bu olguların 1/3'ünde kalıcı travmatik beyin hasarı saptandığı vurgulanmalıdır⁹. Bizim olgularımızın ise hepsi sekelsiz iyileşmiştir.

Makrozomik bebeklerin doğum şekilleri konusunda literatürde günümüze kadar rapor edilmiş olan çalışmaların çoğunluğunun ortak sonucu, sezaryen için bir başka endikasyon bulunmadığı takdirde, 4000-4500 gr arasında tahmin edilen bebeklerin normal doğuma bırakılması, 4500 gr üzerinde tahmin edilenlerin ise elektif sezaryen ile doğurtulması gerektiğidir^{1,5,7,11,13}. Fetal makrozomi olgularında uygulanan induksiyonun ise, sezaryen oranını yaklaşık olarak 3 kat arttırdığı gösterilmiştir¹⁴. Çalışmamızdaki gebeler için bu oran 2.26 olarak hesaplanmıştır.

Kliniğimizde takip ettiğimiz makrozomi olgularının retrospektif incelenmesi ile elde ettiğimiz ve literatür ile uyum gösteren sonuçlarımıza göre; doğum öncesinde fetal ağırlığın 4000 ile 4500 gr arasında tahmin edildiği gebelerde induksiyondan kaçınılarak spontan travay beklenmeli, 4500 gr'ın üzerinde oldukları tahmin edilen fetuslar ise elektif sezaryen ile doğurtulmalıdır.

Yrd. Doç. Dr. Gürkan UNCÜ
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
Tel: 442 84 00 / 1513
Fax: 442 88 88
16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Libscomb KR, Gregory K, Shaw K: The outcome of macrosomic infant weighing at least 4500 gram. Am J Obstet Gynecol 85:558-64, 1995.

2. Mikulandra F, Stojnic F: Fetal macrosomia-pregnancy and delivery. Zentrabl Gynakol 115:553-61, 1993.
3. Edwards LE, Hellerstend WL, Alton IR, et al: Pregnancy complications and birth outcomes in obese and normal weight women. Obstet Gynecol 87:389-94, 1996.
4. El-Madany AA, Jallod KB, Rodi FA, et al: Shoulder dystocia: anticipation and outcome. Int J Gynecol Obstet 34:7-12, 1991.
5. Diani F, Mascatelli C, Toppano B, et al: Fetal macrosomia and mode of delivery. Minerva Ginecol 47:77-71, 1995.
6. Longer O, Berkus MD, Huff RW, et al: Shoulder dystocia: Should the fetus weighing >= 4000 grams be delivered by cesarean section? Am J Obstet Gynecol 165:831-7, 1991.
7. Menticoglu SM, Manning FA, Morrison I, et al: Must macrosomic fetuses be delivered by a cesarean section? A review of outcome for babies greater than or equal to 4500 g. Aust NZJ Obstet Gynaecol 32:100-3, 1992.
8. Keller JD, Lopez-Zeno JA, Dooley SL, et al: Shoulder dystocia and birth trauma in gestational diabetes: A five year experience. Am J Obstet Gynecol 165:928-30, 1991.
9. Iffy L, Varadi V, Jakobovits A: Common intrapartum denominators of shoulder dystocia related birth injuries. Zentrabl Gynakol 116:33-7, 1994.
10. Friesen CD, Miller AM, Rayburn WF: Influence of spontaneous or induced labor on delivering the macrosomic fetus. Am J Perinatol 12:63-6, 1995.
11. Morrison JC, Sander JR, Morgann EF, et al: The diagnosis and management of dystocia of the shoulder. Surg Gynecol Obstet 175:515-22, 1992.
12. McFerland LV, Raskin M, Daling JR, et al: Erb/Duchenne's palsy: A consequence of fetal macrosomia and method of delivery. Obstet Gynecol 68:784-8, 1986.
13. Combs CA, Singh NB, Khoury JC: Elective induction versus spontaneous labor after sonographic diagnosis of fetal macrosomia. Obstet Gynecol 81:492-6, 1993.
14. Weeks JW, Pitman J, Spinnato JA: Fetal macrosomia: Does antenatal prediction affect delivery route and birth outcome? Am J Obstet Gynecol 173:1215-9, 1995.

Yenidoğanların Fizyolojik ve Patolojik Durumları

Yenidoğanların Fizyolojik ve Patolojik Durumları

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...

Yenidoğanların Fizyolojik ve Patolojik Durumları

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...

Yenidoğanların Fizyolojik ve Patolojik Durumları

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...

Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...



Yenidoğanların fizyolojik ve patolojik durumları hakkında detaylı bilgi için...