

GEBELİK SÜRESİNİN UZAMASI

Dr. Nezihi Orhon (*) - Dr. Hadi Sungun (**) - Dr. Ruşen Bora (***)

Fötal mortalitesi arttırdığı kesin olarak kanıtlandığı cihetle gebelik süresinin uzaması önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. GROTE'nin tabiri ile gebelik süresi Biotik bir zamandır. Gebelik süresinin uzaması, annenin çocuğu taşıma süresinin uzamasıdır. Ancak kronolojik bir uzama neticesi çocukta görülen olgunluk derecesi muhtelif vak'alarda değişik sonuçlar vermektedir. Uzamış gebelik süresi sonunda Foetus normal olgunlukta (Foetus postmaturus) doğabileceği gibi, normalin üstünde bir gelişme (Foetus Hipertermaturus) da gösterebilir. Foetus postmaturus da uzamış gebelik süresi sonunda ancak gebeliğin normal süresindeki olgunluğa erişebilmiştir. Şu halde foetusun kendisine özgü olgunluğu varış süresi değişmektedir. 280 günden önce bir olgunlaşma olabileceği gibi, olgunlaşmanın tamamlanması için 280 gün yetmiyebilir.

Gebelik süresinin tesbit edilebilmesi için şüphesiz başlangıç tarihinin tayini gerekir. Gebeliğin başlangıcı yumurta ile spermin birleşmesi yani İmpregnasyondur, İmpregnasyonun tesbiti pratikte imkânsız olduğundan gebeliğin başlangıcı kohabitasyondan hesaplanmakta ve bu süreye Konsepsiyon zamanı denilmektedir.

Diğer bir deyimle İmplantasyon veya nidasyon aşılanaan yumurtanın endomeriuma yuvalanması gebeliğin başlamasıdır. İmpregnasyon gibi Nidasyonun tesbiti de imkânsızdır.

Pratikte gebelik başlangıcının tayini için annenin mansturasyon durumu tetkik edilir. Son adet ilk gününden itibaren hesaplandığında normal gebelik süresi 281-282 gündür + — 14 güne kadar normal addedilmekte 297 nci günden itibaren partus postterminalisten bahsedilmektedir.

Post mansturasyona göre gebelik süresini hesap eden HOSE-MANN 11.000 doğumda % 10, EVANS ve arkadaşları % 8,9 nisbetinde gebelik süre uzaması tesbit etmişlerdir. KNÖRR ve DÖRING Posto-

(*) 1. Kadın Hast. ve Doğum Kl. Şefi.

(**) 1. Kadın Hast. ve Doğum Kl. Şef Muavini.

(***) 1. Kadın Hast. ve Doğum Kl. Başasistanı.

vulasyona göre % 2.5 nisbetinde miad geçmesi bulmuşlar, 290 günü geçen vak'alarda intrauterin yaşama imkânının bulunmadığını iddia etmişlerdir.

Etioloji: Uzamış gebelik süresinin etiolojisi hakkında yapılan araştırmalar, erken doğum için yapılan tetkiklere göre çok azdır. Bugüne kadar doğumun zamanında olmasının neye bağlı olduğu kesinlikle tesbit edilemediği için keza miad geçmesinin de sebebi tam açıklığa kavuşmamıştır. HOSEMANN parite ve miad geçmesi arasında muhtemel bir bağlantı olduğunu söylemektedir ki bu görüş parite arttıkça taşıma müddetinin istatistik olarak arttığı şeklinde olmaktadır. Bu görüşün aksine EVANS ve arkadaşları Primiparlarda daha çok miad geçmesi görmektedirler.

İrsiyet, eksojen ve endojen faktörlerin münakaşası yapılmışsa da neticeler tatmin edici olmaktan uzaktır.

Annenin konstitüsyonunun etkisi araştırılmış, iyi gelişmiş kadınlarda bu sürenin uzadığını iddia edenler olmuştur.

Hoseman bir defa sürmaturasyon görülen kadınlarda diğer gebeliklerinde desürmaturasyon tesbit ederek «*Habitüel Sürmaturasyon*» deyimini kullanmıştır.

Bumm Uterusun periferik ve santral innervasyon anomalisi göstermesi nedeni ile myometriumun fonksiyon kabiliyetinin azalması sonucu Sürmaturasyon olduğu kanaatındadır.

HOSMAN'a göre Foetusun intrauterin gelişmesinin normalden daha yavaş olması gebelik süresinin uzamasının başlıca sebebidir. Ancak Foetusun gelişme hızı individual olduğundan gebelik süreleri arasında farklar olması tabiidir. Bundan dolayı Foetus Postmaturus gelişmedeki yavaşlama neticesi olmaktadır.

Diagnos: Tek metodla miad geçmesi tayini bu güne kadar mümkün olmamıştır. Klinik olarak bir takım belirtiler tanımlanmıştır.

Runge Arazı: Miadı dolmuş gebelerde Foetusun su kaybı ve Amnios mayiinin azalması dolayısıyla karın çevresinde küçülme ve paralel olarak gebenin ağırlığının azalması veya artmaması kıymetli bir teşhis metodu olarak zikredilebilir. Ekzakt bir metod olarak Amnios mayii miktar tayini yapılmaktadır. Amnios mayii içine verilen bir boya maddesinin bir müddet sonra konsantrasyon tayini yapılmakta ve mayiin kaybı hesaplanmaktadır.

Dolff belirtileri bazı vak'alarda teşhiste yardımcıdır. Miaddan önce veya miadda gebe sert bir zemin üzerine yüzükoyun yatırıldığı zaman gayet ağırlı ve nahoş bir his içinde kalır. Eğer bir miad geçmesi varsa veya çocuk ölmüşse bu pozisyon hastaya hiç bir rahatsızlık vermez.

Hormon analizleri KUBLİ ve KELLER tarafından miad geçmesi vak'alarında yapılmıştır. 42 nci gebelik haftasından sonra Östrojen ve Progesteronların kanda azalması esasına dayanır. İkinci gebelik ayında idrarda itrah edilen Östrojen litrede 2000-3000 Ün., gebeliğin ortasında 10000 Ün. sonunda 50000 Ün. olmaktadır. (OSTRON ve Östradiol). Hakikî bir uzamış gebelikte devamlı düşük bulunacak miktarlar veya ani düşüşler teşhis bakımından bizim için geçerli olabilmektedir. Ancak bu ani düşüş Foetusun hayatiyetinin sona ermesi manasını taşıyabilir. Son senelerde yapılan araştırmalar Pregnandiolden ziyade Östriolün Foetus hayatiyeti bakımından önemli bir kriter olduğu merkezindedir.

SMYTH ve arkadaşları (1966) 67 vak.a, LUNDWAL ve STEKEMANN 171 vak'a, CORSON ve BOLOGNOS (1968) 47 vak'a incelemişler Özdeş neticeler elde etmişlerdir. Ancak perinatal mortalite söz konusu olduğu zaman Östriol seviyesinde düşme tesbit etmişlerdir.

YENEN ve BABUNA Serumda Oksitokinaz tayini ile uzamış gebelik teşhisine varılabileceğini kanıtlamaya çalışmışlardır. Hormon ve Enzim tayinleri oldukça pahalı metodlar olduğu kadar sonuç almak için de uzun zaman istemektedir.

Birçok otör miad geçmesi şüpdelerini Röntgenolojik olarak tesbite çalışmışlardır. Burada esas kemikleşme merkezlerinin «Kemik nüvelerinin» büyüklüğünün tesbitidir.

Vaginal smeerdeki değişiklikler Miad geçmesinde araştırılmıştır. Hakiki bir miad geçmesinde gebelikte görülen smear manzarasından tamamen ayrı ve sınırlı bir durum görülür.

LİCHTFUS, PUNDEL ve GANDAR 3 tip smear bulgusu tefrik etmişlerdir:

- a) Miaddan önce: Kitleler halinde naviküler hücreler.
- b) Miadda: Serpilmiş halde naviküler, süperficiyel ve intermedier h.
- c) Miad geçmesinde: Postpartum smear bulguları ki İntermedier ve parabasal hücrelerin hakim olduğu bir tablo mevcuttur.

Vaginal smear de Eozinofili ve karyopiknoz indeksinde artma sürmaturasyona delâlet eder.

Son azmanlarda bir çok otör Amnios mayiinin RENK tetkiki-
nin miad geçmesinin teşhisinde kıymetli bulgular vereceği kanısın-
dadır.

VAGİNAL FROTTİ

	Termden Önce	Termde	Regressif
Naviküler Hücre	+++	,+ veya 0	0
Separe hücreler	+	++ veya +++	+++
Süperfisiyel hücreler	0	++	+++
Separe İntermedier Hüc.	+	++	+ veya 0
Eozinofil İndeks	% 1	% 2-15	% 10-20
Karyopiknotik İndeks	% 10 dan az	% 10 dan fazla	% 10 dan fazla
Parabazal hücreler	0	0	++
Lökosit	+ veya —	,+ veya —	+
Eritrosit	0	0	0

KUBLİ ve KELLER bu maksatla batıdan ponksiyonla SALİNG
ise Amnioskop yardımı ile Amnios mayiinin rengini tetkik etmişler-
dir. Yeşil renk Amnios mayiinin mekonyumla karışık olması Foetus
hayatının tehlikede olduğunu gösterir. Amnios suyu prezante olan
kısımın açık derisi ile su kesesi cıdarı arasında bir küvet içinde imiş
gibi görülür.

Çocuk için intrauterin bir tehlikenin başladığı manasını taşıyan
yeşil renk uzun zaman devam eder. Mevcut kritik durum akut olarak
başlamaz bu nedenle yeşil renkte Amnioskopi bulgusu tesbit edildi-
ğinde eğer çocuk kalp seslerinde bir değişme mevcut değilse, çocuğun
kurtulma şansı büyüktür. Amnioskopide görülen tutam şeklinde taze
mekonyum takriben 24 saat içinde atılmış mekonyumdur. Daha son-
ra Amnios suyu homojen olarak boyanır.

Çocuk bakımından Amnioskopi neticesi antepartum Mertalite
% 0 0,5 in altındadır. Başlıca tehlike plcenta previa vak'alarında
görülür. Amnioskopun yaptığı placentel hemoraji anne ve çocuk ba-
kımından tehlikeli olabilir. Amnioskopi sürmaturasyon vak'alarında
diğer vak'alarda olduğu gibi her iki günde bir yapılır.

Sürmaturasyon teşhisinde evvelce de bahsetmiş olduğumuz pos-t
mensturasyona göre yapılan hesaplar ancak 28 günde bir adet gören
intermanstriumun ortasında ovulasyon olan vak'alar için cari olduğu
şüphesizdir.

Dünya Sağlık Teşkilâtında kabul edilen NAEGELE (1778-1851) kaidesine göre ortalama gebelik süresi son adetın ilk gününden itibaren 280 gündür. Ovulation gününden itibaren hesaplandığında gebelik süresi 267 gün olarak bulunur.

Sürmatüre çocukta postpartum görülen belirtiler:

1902 de BALLANTİNE tırnakların uzaması, lanugo kıllarının ek-sikliği, kuvvetli saç teşekkülü, vernix caseosanın olmayışı, yeni doğanın tipik renginin görülmeyişini sürmatüre çocuklarda tesbit etmiştir. Daha sonra RUNGE bu belirtileri yenilemiş ve sınırlandırmıştır ki bu gün bu belirtiler BALLANTİNE - RUNGE SENDROMU olarak adlandırılır.

Yukardaki belirtiler dışında ciltte kıvrıntılı yerlerde Masserasyon, çamaşırcı kadın eli, dış genital organlarda (Labium ve Skrotum-da) hiperemik görünüm tipik sürmatürasyon belirtileri olarak müşahade edilmektedir.

Mortalite: Sürmatürasyonda Çocuk Mortalitesi oldukça yüksektir.

İngiliz İstatistiklerine göre 40 ncı gebelik haftasında perinatal mortalite % 1,4 iken, 44 ncü haftada % 4,9 a çıkmaktadır. Münih Üniversitesi Doğum İKiniği ise Perinatal mortalite 281-285 nci günlerde % 1,32 iken, 311-315 nci günlerde % 5,47 olarak tesbit etmişlerdir.

DÖRİNG, Primiparlarda perinatal mortalite nisbetini yüksek bulmuştur.

CLIFFORD Miad geçmesinin perinatal mortalite ile olan ilişkisini placentanın gittikçe azalan oksijen ve besi maddelerini geçirme kabiliyetiyle açıklamış bu duruma (PLACENTAL DYSFONKSİYON SENDROMU) adını vermiştir.

Sürmatürasyon bilhassa placentada insüfizans yaratacak bir zemin üzerinde, meselâ Toxicozda teessüs edecek olursa çocuk için mortalite ihtimali daha da yüksek olmaktadır.

Tedavi:

Doğum takibi Konservatif ve Operatif olmak üzere 2 şekilde olabilir.

Konservatif doğum takibi:

10-14 günlük term aşımında, Klinik olarak sürmatürasyon belirtileri ortaya çıkar çıkmaz, ağızdan verilen bir drastik ile birlikte Lav-

man ile barsak peristaltizmi sağlanır. Bu bahsedilen metodun en basit olarak ağrıyı doğurduğu tecrübelerle sabittir. Bunun yanı sıra sıcak aplikasyonların spazmolitik ve ağrı uyarıcı tesirinden istifade için gebe sıcak küvete oturtulur. Bazı otörler gebelerde ağrı faaliyetinin akşamları sabahkine oranla 2 misli fazla olduğu kanaatinde. Cervical olgunluğun mevcut olduğu vak'alarda netice genellikle müsbet olmaktadır

Açlık Kürü: HOFF bu vak'alarda açlık kürü tavsiye etmektedir. 48 saat absolut açlık ve susuzluk tavsiye etmektedir. BRÜHL optimal tesirin 1 haftalık gecikmelerde görüldüğünü söylemektedir. 291 nci günde başarı şansı % 80 olmaktadır. Bu başarı ağrı kürü ile kombine edildiğinde daha bariz olarak ortaya çıkmaktadır. Ağrı kürünün başarılı olmaması hali çocuk hayatını tehdit edici bir durum yaratmaz.

Hormon Kürü: TAPFER klinik ve eksperimental olarak follikül hormonunun ağrı regüle eden bir tesiri olduğunu yazmaktadır. Vegetatif ve endokrin sistem arasındaki ilişkide Follikül hormon fonksiyonel bir parasempatik sistem tesiri yaratmakta ve bu da Uterusun düz adele sislemi üzerine tesir etmekte olduğu için Östrogen bir ağrı maddesi olarak kullanılmaktadır. Sürmaturasyon vak'alarında 5 gün süer ile günde 5 mg. Östradiol veya sentetik östrogen aplicationları tavsiye edilmektedir. Başarısız vak'alarda bekleme imkânı varsa kür 8 gün sonra tekrarlanabilir. KALKSCHMID 582 vak'alık çalışmasında 61.1 başarı sağlamıştır.

Ağrı Kürü: Pek çok otör sürmaturasyon vak'alarında intrauterin fetal dystresin gittikçe artması sebebi ile Ağrı kürünü en iyi metod olarak kabul etmektedirler. Münih Üniversitesi Doğum Kliniğinin matcrielinde Sürmatüre vak'alarına ağrı kürü tatbik edilme nispeti arttıkça Mortalitenin azaldığı görülmüştür.

Kinin gibi uterusun düz adelesine tesir ederek kontraksiyon yapan ilâçların asfiksiye sebep olduğu BURGER tarafından tesbit edilmiş bir süre bu ilâçlar Vasomotor ve teneffüs merkezini uyarıcı tesiri olan Cardiazol ile Kombine kullanılmıştır.

Oksitosik Preparatlar Ritmik kontrasiyonları sağlamak bakımından en ideal preparat olarak günümüzde önemini muhafaza etmektedir. Asfiksi ve rüptür tehlikeleri bilinerek bu vak'alar özel kontrole alınır.

Elektrikî Ağrı Uyarımı: NEUROTON vasıtası ile gebenin biri karnına diğeri beline tatbik edilen 2 elektrotla Galvanik akım veril-mek suretiyle de ağrılar uyarılabilir. İskelet adalesi uyarılmadan sa-dece uterusun düz adelesine etki yapılarak 3 saat içinde başarı sağla-mak mümkün olmaktadır.

Operatif Metodlar:

Operatif metodlar 3 şekilde özetlenebilir.

- 1 — Cervical Dilatation (Elle veya İnstumantal)
- 2 — Amniotomi
- 3 — Sezerien

Operatif metodlar şüphesiz acil durumlarda tatbik edilir. Yuka-rıda bahsettiğimiz konservatif metodların başarısız olduğu hallerde, ÇKS nin bozulması ve doğumun Forceps ve Vakum Extractorle sonuç-landırılamıyacağı uygunsuz kondisyonlarda, Yaşlı primiparlarda, Re-latif sterilite, duruş anomalileri ve ağrı zaafı hallerinde Sezerien en iyi metoddur.

Özet

Uzamış gebelikte teşhis sorunu incelenmiş, etyolojisi, kliniği ve teşhis metodları hakkındaki görüşler kısaca anlatılmıştır.

Summary

The problem of the Prolonged pregnancy and the brief explana-tion of the etiology, clinical semptoms and diagnostic methods have been discussed.

LİTERATÜR

- 1 — BURGER, K.: Geburtsh. u. Frauenhk. 9. (1949).
- 2 — CLIFFORD, S. H.: Postmaturity with placental dysfunction. J. Pediat. 44 (1954) 1.
- 3 — DOLFF, G.: Ein neues Zeichen zum nachweiss des intrauterinen fruchtodes. Geburtshilfe u. Frauenhk. 12 (1952) 244.
- 4 — DÖRING - KNÖRR: Über die Tragzeit postovulationen. Geburtshilfe u. Frauenheilk 22 (1962), 1191.
- 5 — EVANS: Fetal effects of prolonged pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec. 85 (1963) 701.

- 6 — HOSEMANN: Normale und abnormal schwangerschafts. Bioloqiu und Pathologie des weibes Bd. III Berlin (1952).
- 7 — KALSCHMID, W.: Arch. Gyak. 190 (1957).
- 8 — KUBLI: Bibl. Heamat. Basel (1965) 20, 887.
- 9 — KUBLI, KELLER, M.: Kasuistischer zum problem der echten übertregung Gynaecologie 152 (1951), 305.
- 10 — LICHTFUS, PUNDEL, GANDAR: La frottis arafin de la grossesse. Gynec et Obstet. 57 (1958), 380.
- 11 — RUNGE, H.: Die langdawernde Schwangerschaft zbl. Gynack. (1938), 2.
- 12 — SALING, E.: Zbl. Gynak (1963), 85, 108.
- 13 — SALING, E.: Z. Geburtsh. Gynak. (1964), 162, 56.
- 14 — SMYTH: Lancet (1958), I, 237.
- 15 — YENEN - BABUNA: Enzymatic determination of placental function by rapit method. Amer J. Obstet. Gynec (1966), 95.