

Tersiyer Bir Merkezde Polihidramnios Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Muhammet Erdal SAK¹, Abdulkadir TURGUT¹ Ali ÖZLER¹ Sibel SAK²
Çağlar ALTUNDAL¹, Talip GÜL¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

ÖZET:

Amaç: Kliniğimizde tanı konup, doğumu gerçekleştirilen polihidramnios olguların fetal ve maternal özellikler açısından literatür eşliğinde değerlendirmek

Metaryal-Metod: : 4 yıllık sürede doğum yapan 149 polihidramnioslu gebe, retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar; anne yaşları, gebelik, doğum sayıları, doğum şekilleri, sezeryan endikasyonları, doğumdaki gebelik haftaları, prematürite oranları, bebeklerin 1. ve 5. dakika APGAR skorları, doğum ağırlıkları, polihidramnios etyolojisi açısından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: : 13624 hastadan 149 tanesinde polihidramnios(%1.09) mevcuttu. Olguların ortalama yaşı 31.32±6.56, gebelik sayıları 5.49±3.03, doğum sayıları 4.01±2.78 olarak bulundu. Ortalama gebelik haftası 34.06±4.16 ,ortalama doğum ağırlıkları 2298±873 gram idi. Perinatal mortalite oranı %32.21 (n=48) olarak izlendi. En sık etyolojik nedenler sırası ile idyopatik %57.72 (n=86), fetal anomaliler %25.50 (n=38) gestasyonel diabet %11,41 (n=17) idi. En sık fetal anomali santral sinir sistemi anomalileri %16.10 (n=24) olup en sık anensefali %7.38 (n=11) idi. Olguların %1,34'ünde (n=2) non immün hidrops fetalıs, %4.02'sinde (n=6) immün hidrops fetalıs izlendi. Doğum şekli oranları sırasıyla sezaryen (%47.65), normal vajinal yol (%52.35) idi

Sonuçlar: Antenatal takibin yaygın ve programlı yapılması; polihidramniyozun etyolojisinin erken tespiti ile önlenbilir nedenlerine daha erken müdahale imkanı verip maternal , fetal morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Hastaların tersiyer merkezlere erken referans edilmesi erken müdahale imkanı verecektir.

Anahtar kelimeler: APolihidramnios, antenatal takip

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Yrd. Doç. Doktor Muhammet Erdal SAK
Tel : +90 (412) 248 80 01 / 4525
Fax : +90 (412) 248 85 23
E-mail : drmesak@yahoo.com

ABSTRACT :

Retrospective Analysis of Polyhydramniotic Cases in a Tertiary Center

Aim: To evaluate our polyhydramnios cases regarding to fetal and maternal factors retrospectively.

Material and methods: 149 polyhydramniotic pregnancies throughout 4 years were evaluated and maternal age, parity, mode of delivery, indication for cesarean section, delivery week, prematurity, 1st and 5th minute APGAR score, birth weight, end polyhydramnios etiology were recorded.

Results: : Polihydramnios rate was %1.09 (149/13624). Mean Maternal age 31.32±6.56, gravidity 5.49±3.03, parity 4.01±2.78, mean gestational week 34.06±4.16 , mean birth weight 2298±873 grams, perinatal mortality rate %32.21 (n=48). Etiological factors were idiopathic %57.72 (n=86), fetal anomalies %25.50 (n=38), and gestational diabetes %11, 41 (n=17), respectively. Most frequent fetal anomaly was central nerve system anomalies %16.10 (n=24) with anencephaly as %7.38 (n=11). %1, 34 (n=2) had non immune hydrops fetalıs, whereas %4.0 (n=6) had immune hydrops Fetalıs. Mode of deliveries were cesarean (%47.65) and vaginal (%52.35), respectively.

Conclusion: : A programmed antenatal surveillance could result in early detection of etiological factors. Patients should be referred to tertiary centers to facilitate early interventions.

Key words: Polihydramnios, antenatal surveillance,

GİRİŞ

Normal miktardaki amniyon sıvısının alt sınırı 500 ml; üst sınırı ise, 2000 ml olarak kabul edilir. Polihidramnios, amniyotik sıvının 2000 ml veya daha fazla olması olarak tanımlanmaktadır[1].

Polihidramnios, gebeliklerin %1-3.2'sinde

görülmektedir[2]. Polihidramnios, amniyotik sıvı indeksinin, gebelik haftasına göre %95 veya %97.5 persentilin üzerinde olmasıdır[3]. Yine, semikantitatif ölçümlerde, en derin vertikal cep ölçümlerine göre, 8 cm' in üzerindeki olgular, polihidramnios olarak tanımlanmıştır[4]. Semptomlar genellikle mekanik kaynaklıdır. Abdominal distansiyon, ağrı ve bası semptomları(dispne, hazımsızlık, palpasyon, hemoroid, alt ekstremiteler, bacak ve vulva ödemi ve nadiren üreter basısı) görülür. Polihidramniosla birlikte perinatal morbidite ve mortalite artmaktadır. Polihidramniosun en sık nedeni idiopattiktir[5]. Polihidramniosla birlikte konjenital anomalilerin görülme sıklığındaki artış bilinmekle beraber idiopatik polihidramniosta, kromozom anomalisi oranı farklılık göstermektedir[6]. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde tanı konup, doğumu gerçekleştirilen polihidramnios olguların fetal ve maternal özellikler açısından literatür eşliğinde değerlendirmektir.

MATERYAL, METOD

Ocak 2008 ve mart 2012 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 4 yıllık sürede doğum yapan 149 polihidramnioslu gebe, hasta dosyaları, doğum ve hastane otomasyon kayıtları incelenerek retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar; anne yaşları, gebelik, doğum sayıları, doğum şekilleri, sezeryan endikasyonları, doğumdaki gebelik haftaları, prematürite oranları, bebeklerin 1. ve 5. dakika APGAR skorları, doğum ağırlıkları, polihidramnios etyolojisi açısından retrospektif olarak incelendi. Elde edilen verilerin istatistik değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programı kullanıldı.

BULGULAR

Ocak 2008 ve mart 2012 tarihleri arasında, kliniğimizde doğumunu gerçekleştiren 13624 hastadan 149 tanesinde polihidramnios mevcuttu. Polihidramnioslu olguların, tüm doğumlara oranı %1.09 olarak tespit edildi. Olguların ortalama yaşı 31.32 ± 6.56 , gebelik sayıları 5.49 ± 3.03 , doğum sayıları 4.01 ± 2.78 olarak bulundu.

Doğum anındaki ortalama gebelik haf-

tası 34.06 ± 4.16 idi. Hastaların %62.41'si (n=93) 37. gebelik haftasından önce doğurtuldu. Olguların ortalama doğum ağırlıkları 2298 ± 873 gram, 1. dakika APGAR skoru ortalaması 3.70, 5. dakika APGAR skoru ortalaması 5.06 olarak tespit edildi. Perinatal mortalite oranı %32.21 (n=48) olarak izlendi.

İdyopatik nedenlere bağlı polihidramnios %57.72 (n=86) ile en sık nedeni oluşturuyordu. İkinci ve üçüncü en sık nedenler sırasıyla %25.50 (n=38) fetal anomaliler, %11.41 (n=17) gestasyonel diabet idi. Fetal anomaliler arasında en sık neden %16.10 (n=24) ile santral sinir sistemi anomalileri idi. Santral sinir sistemi anomalileri içerisinde ise en sık nedeni %7.38 (n=11) ile anensefali oluşturuyordu. Olguların %1,34'ünde (n=2) non immün hidrops fetalis, %4.02'sinde (n=6) immün hidrops fetalis izlendi (Tablo 1).

Tablo 1: Polihidramnios etyolojisinde rol oynayan faktörler

Polihidramnios nedenleri	n	%
1. İdyopatik	86	57.72
2. Annede diabetes mellitus	17	11.41
3. İmmün hidrops fetalis	6	4.02
4. Fetusa ait sebepler	40	26.84
a. Santral sinir sistemi lezyonları	24	16.10
1. Anensefali	11	7.38
2. Hidrosefali	7	4.70
3. Spina bifida	4	2.68
4. Ensefalosel	2	1.34
b. Gastrointestinal sistem anomalisi	7	4.69
1. Özefagus atrezisi	4	2.68
2. Duodenal atrezi	2	1.34
3. İmperefor anüs	1	0.67
c. Non-immün hidrops fetalis	2	1.34
d. İskelet displazisi	4	2.68
e. Kistik higroma	1	0.67
f. Sakrokoksigeal teratom	1	0.67
g. Herlequin ichthyosis	1	0.67

Olguların 71'i (%47.65) sezaryen, 78'i (%52.35) normal vajinal yol ile doğurtuldu. Sezeryan endikasyonları arasında en sık nedenler; geçirilmiş sezaryen %32.39 (n=23), fetal distres %21.12 (n=15), malprezentasyon %15.49 (n=11), iri bebek %15.49 (n=11) olarak tespit edildi. Sezeryan endikasyonlarının %4.22'sini (n=3) kordon sarkması idi (Tablo 2), bu da bütün olguların %2.01'si idi.

Tablo 2: Polihidramnios olgularında sezeryan endikasyonları

Polihidramnios	n	%
Geçirilmiş Sezeryan	23	32.39
Fetal distres	15	21.12
Malprezentasyon	11	15.49
İri bebek	11	15.49
İlerlemeyen travay	3	4.22
Kordon sarkması	3	4.22
Plasenta previa	2	2.81
Sefalopelvik uygunsuzluk	2	2.81
Uterus rüptürü	1	1.40

TARTIŞMA

Amniyotik sıvı hacmi 36. gebelik haftasında ortalama 1000 ml' ye ulaşır ve bundan sonra azalarak 42. gebelik haftasında 200 ml' nin altına iner. Polihidramnios genel olarak, gebeliklerin %1-3.2'sini komplike etmektedir [2]. Polihidramnios sıklığını Biggio ve ark. (1999) 36.000' den fazla gebede yaptıkları çalışmada %1, Chamberlain ve ark. ise %3.3 olarak bildirmişlerdir [6]. Çalışmamızda polihidramnios oranı %1.09 olup literatürle uyumlu bulunmuştur.

İdyopatik polihidramnios; maternal diyabet, konjenital malformasyonlar, konjenital anomaliler, rh izoimmünizasyon, konjenital infeksiyon, tümörler veya çoğul gebelikler ile ilişkili olmayan amniyotik sıvı artışıdır. Polihidramniosun en sık nedeni idyopatikdir [7]. Kale ve ark. 95 polihidramnioslu olguyu içeren çalışmada, olguların en sık nedenini idyopatik olarak bulmuşlardır [8]. Bizim olgularımızda da en sık polihidramnios nedeni, literatür ile uyumlu şekilde idyopatik olarak bulundu. Diabetes mellitus olgularında, hiperglisemiye sekonder artmış amniyon sıvı osmolaritesi, artmış osmotik diürez ve poliüri sonucunda polihidramnios gelişme olasılığı artmıştır [9]. Ayrıca ilk trimesterde kontrol altına alınmamış diyabet olgularında, konjenital anomali riski arttığı için, bu olgularda polihidramnios gelişme olasılığı artmıştır. Çalışmamızda maternal diyabete bağlı polihidramnios 17 olguda gözlemlendi.

Hidropik fetuslarda polihidramnios, fetal kardiyak outputun artmasına sekonder olarak gelişir. Ayrıca hidropik fetuslarda gelişen hipoksiye sekonder artmış laktat konsantrasyonun, fetal kompartmandaki sıvıyı maternal kompartmana çekerek polihidramniosu neden olduğu gösterilmiştir [10]. Çalışmamızda fetal hidropsun en sık nedeni immün hidrops olup bunu non immün hidrops fetalis izliyordu. Prenatal takibe hastaların gelmemesi yüksek oranda immün hidropsu açıklayabilir. Polihidramnios olgularında fetal anomali oranı %44 olarak bildirilmiştir [11]. Başka bir çalışmada 672 polihidramnioslu olguda bir ya da daha fazla fetal anomali oranı %11 olarak bulunmuştur [1]. Çalışmamızda fetal anomali %25.5 oranda izlendi. Polihidramniosun fetal

nedenleri içerisinde en sık görülenleri, santral sinir sistemi ve gastrointestinal sistem anomalileridir [12]. Çalışmamızda fetal nedenler içerisinde en sık santral sinir sistemi anomalileri olup, gastrointestinal sistem anomalileri ikinci sırada izlendi. Santral sinir sistemi anomalileri içerisinde anensefali en sık idi. Santral sinir sistemi lezyonlarında fetal yutkunmada azalma, fetal antidiüretik hormon üretiminde azalma sonucunda fetal poliüri, direk meninkslerden transüstasyon yolu ile amniyon sıvı havuzuna sıvı akışı, polihidramnios oluş mekanizması olarak belirtilmektedir [9].

Gebelik boyunca amniyotik sıvı döngüsünü sağlayan en önemli faktörler, fetal yutkunma ve solunum hareketleridir. Bu sayede, fetal ağırlığın %20-25'i kadar bir sıvı miktarının yutkunma ve solunum hareketleri ile bağırsak ve akciğerlere taşınımı söz konusudur [13]. Treitz ligamentinin proksimal obtürüsyonlarında, fetal yutkunma kaybolacağı için, amniyotik sıvı hareketi de olamayacağı için polihidramnios gelişecektir. Çalışmamızda en sık gastrointestinal sistem anomalisi özefagus atrezisi olup ikinci sıklıkla duodenal atrezi izlendi. Polihidramnios olgularında sezaryen ile doğum oranı artmıştır [8]. Olgularımızda en sık doğum şekli vajinal doğum olup, sezaryen endikasyonları içerisinde en sık neden geçirilmiş sezaryen idi. Sezaryen oranındaki artışın sebebi geçirilmiş sezaryen, malprezentasyon, fetal distres oranının yüksek olması ve özellikle maternal diyabete bağlı iri bebek olgularının fazla olması ile açıklanabilir. Kordon sarkması insidansı %0.4-0.62 olarak bildirilmiştir [14]. Çalışmamızda kordon sarkması olgular daha yüksek idi. Polihidramniosta, perinatal mortalite oranı %10 ile %30 arasında değişmektedir [15]. Bu çalışmada perinatal mortalite oranı daha yüksek idi. Tersiyer merkez olmamızdan dolayı hastaların refere edildiğinde ileri haftalarda olması, erken müdahale edilecek olguların atlanması, dolayısı ile mortalitenin yüksek çıkmasına neden olabilir. Yine çalışmamızda yüksek oranda prematürite izlenmiş olması yüksek perinatal mortaliteyi açıklayabilir. Çalışmamızda maternal diyabet ve fetal anomali oranlarının yüksek olması da yüksek mortalitenin artmasını açıklayabilir. Sonuç olarak; antenatal takibin yaygın ve programlı yapıl-

ması; polihidramniyozun etyolojisinin erken tespiti ile, önlenbilir nedenlerine daha erken müdahale imkanı verip maternal , fetal morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Hastaların ter-siyer merkezlere erken refere edilmesi erken müdahale imkanı verecektir.

KAYNAKLAR

1-Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Hydramnios: Anomaly Prevalence and Sonographic Detection: *Obstet Gynecol* 2002; 100(1): 134-9.

2-Fisk NM, Moessinger AC. Oligohydramnios and polyhydramnios. In: Reed GB, Claireaux AE (eds), *Diseases of the fetus and newborn*, (2.ed), London: Chapman and Hall, 1995: 1243

3-Moore TR, Cayle JE. The amniotic fluid index in normal human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1168.

4-Manning FA, Platt LD. Antepartum fetal evaluation: development of a fetal biophysical profile score. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 787.

5-Golan A, Wolman I, Saller Y, David MP. Hydramnios in singleton pregnancy: sonographic prevalence and etiology. *Gynecol Obstet Invest* 1993; 35: 91-3.

6-Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, Harman CR, Lange IR. Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume. The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volumes to perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 245-9.

7-Hill LM, Breckle R, Thomas ML, Fries JK. Polyhydramnios: ultrasonically detected prevalence and neonatal outcome. *Polyhydram-*

nios: ultrasonically detected prevalence and neonatal outcome. Obstet Gynecol 1987; 69: 21-5.

8- Kale A, Akdeniz N, Erdemoğlu M, Yalınkaya A, Yayla M. Polihidramnios Olgularının Retrospektif Analizi. *Perinatoloji Dergisi*.2005;3:13:158-62

9-Teoh TG, Fisk NM. Hydramnios, oligohydramnios. In: James DK, Ster PJ, Weiner CP, Gonik B(eds). *High Risk pregnancy*, North Yorkshire: WB Saunders, 1999: 309.

10-Soothill PW, Nicolaides KH, Rodeck CH, Clewell WH, Lindridge J. Relationship of fetal hemoglobin and oxygen content to lactate concentration in Rh isoimmunized pregnancies. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 268-71.

11-Carlson DE, Platt LD, Medearis AL, Horenstein J. Quantifiable polyhydramnios: diagnosis and management.: *Obstet Gynecol* 1990; 75: 989-93.

12-Ben-Chetrit A, Hochner-Celniker D, Ron M et al. Hydramnios in the third trimester of pregnancy: A change in the distribution of accompanying fetal anomalies as a result of early ultrasonographic prenatal diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1344.

13-Brace RA. Physiology of amniotic fluid volume regulation. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40: 280-9.

14-Koonings PP, Paul RH, Chambell K. Umbilical cord prolapse. *J reprod MED* 1990; 35: 690,

15-Carlson DE, Platt LD, Medearis AL, Horenstein J. Quantifiable polyhydramnios: diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 989-93.