

## YÜKSEK RİSKLİ YENİDOĞANLARIN İRDELENMESİ

Dr. Emel EVREN\*

### ÖZET :

*Ocak-Haziran 1990 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Kliniğinde travayı gerçekleştirilen yenidoğanlar ve anneleri üzerinde bir anket uygulanarak risk faktörleri yönünden incelendi.*

### GİRİŞ VE AMAÇ

Bebek ölümlerinin önemli kısmını perinatal ölümler oluşturur. Ölümlerin azaltılabilmesi için, sebeplerin önceden bilinip önlenmesi, önlenemeyen durumlarda ise ortaya çıkabilecek diğer komplikasyonlara karşı hazırlıklı olmak gerekir<sup>1</sup>. Risk faktörlerinin olduğu yenidoğana, yüksek riskli yenidoğan denir. Düşük doğum ağırlığı olan bebeklerde polisitemi, hipoglisemi, hipokalsemi siktir. Aynı düşük doğum ağırlığının sebebine bağlı problemler de ortaya çıkar<sup>2</sup>. İri bebeklerde ise sebeplere ilişkin sorunlardan başka, hipoglisemi, polisitemi, doğum travması önemli risk faktörlerindedir<sup>2</sup>. İntrauterin malnutrisyon, gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, fetö-fetal transfüzyon, prematürite ve doğuma ait komplikasyonlar çoğul bebeklerde karşılaşılan problemler arasındadır<sup>3</sup>. Dörtten fazla gebelik sayısı, arka arkaya gebelikte yenidoğan risk faktörleri arasındadır<sup>4</sup>.

Prematürite, gebelik süresinin 37 hafta ve altında olmasıdır. Solunumla ilgili sorunlar, beslenme problemleri, hipokalsemi, hipoglisemi, hiperbilirübinemi ve ısı regülasyonunun güçlüğü başlıca problemlerdedir<sup>5-6</sup>. Postmatürite gebelik süresinin 42 haftayı aşmasıdır. Perinatal mortalite artmıştır. Deri perşömen gibidir, deskuamasyon gösterir, deri altı yağ dokusu azalmıştır, gözler açıktır, tırnaklar uzun, lanugo yoktur, amnion sıvısı mekonyumla boyanmıştır. Doğum sırasında asfiksi, mekonyum aspirasyonu, daha sonra da hipoglisemi, polisitemi siktir, erken beslenme gerektirir<sup>7</sup>. Bu makalede, Ocak-Haziran 1990 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Kliniğinde yatmakta olan yenidoğanlar ve anneleri üzerinde bir anket uygulanarak risk faktörleri yönünden incelendi.

\* Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Dispanseri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı / ERZURUM

## MATERYAL VE METOD

Çalışma popülasyonunu hastanemiz kadın- doğum kliniğine müracaat eden ve doğumu bu klinikte gerçekleştirilen gebeler ve yenidoğanları teşkil etmiştir. Bebekler ve anneler için vital bulguları da içeren bir anket düzenlenmiş, çeşitli yönlerden nitelikleri kaydedilmiştir. Bu anket klinikten ve annelerden izin alınarak uygulanmıştır. Çalışma Ocak-Haziran 1990'da tamamlanmıştır. Toplam 55 vaka çalışmaya alınmıştır.

## BULGULAR

Takip edilen 55 vakadan 43 vaka (% 78.1) antenatal-natal-perinatal risk faktörleri taşıyordu (Tablo I). Bu 43 vakanın 15'i SGA (% 27.37, 2 vaka LGA (% 3.7), 5 vaka prematür (% 9.1), 1 vaka postmatür (% 1.8), 9 vaka sezeryan (% 167, 7 vaka asidoziste (% 12.7), 1 vaka indüksiyonla doğum (% 1.8) 1 vaka kordon dolanması (% 1.8), 1 vaka oligohidramnios (% 1.8), 1 vaka amnion sıvısı mekonyumlu (% 1.8) idi. Plasenta previa'lı 1 vaka (% 1.8), ikiz doğan 2 vaka (% 3.6), EMR (erken membran rüptürü) 1 vaka (% 1.8), yüz gelişi 1 vaka (% 1.8), makad gelişi 1 vaka (% 1.8) vardı.

Tablo I: Toplam 55 vakadan riskli ve normal seyirli yenidoğanların vaka sayısı ve yüzdesi

|              | <u>Riskli Yenidoğanlar</u> | <u>Risksiz Yenidoğanlar</u> |
|--------------|----------------------------|-----------------------------|
| Vaka Sayısı  | 43                         | 12                          |
| Vaka Yüzdesi | 78.1                       | 21.9                        |

Bu vakalar içinde 7 vakanın kötü obstetrik öyküsü (% 12.7), 6 vakanın kardeş ölüm öyküsü (% 10.9), 6 vakanın annesinde üriner enfeksiyon (% 10.9), 1 vakanın annesi obes, 1 vakanın annesinde tek taraflı over kisti, 1 vakanın annesinde mitral darlık, 1 vakanın annesinde hipertansiyon, 2 vakanın annesinde delrin anemi vardı. 1 vakanın annesinde ciddi diabetes mellitus vardı ve bebek ciddi asidoziste doğdu. Annesi 37 yaşın üzerinde olan 3 vaka vardı (% 5), bunlardan biri sezaryana alındı (Tablo II).

Tablo II: Yüksek riskli yenidoğanların özellikleri, vaka sayısı ve yüzdesi

| Anneye ait riskli doğanlar          | Vaka sayısı | Vaka % |
|-------------------------------------|-------------|--------|
| Üriner enfeksiyon                   | 6           | 10.9   |
| Ciddi anemi                         | 2           | 3.6    |
| Ciddi diabet                        | 1           | 1.8    |
| Hipertansiyon                       | 1           | 1.8    |
| Guatr                               | 1           | 1.8    |
| Mitral darlık                       | 1           | 1.8    |
| Over kisti                          | 1           | 1.8    |
| Obesite                             | 1           | 1.8    |
| Sigara                              | 1           | 1.8    |
| <u>Önceki gebeliğe ait riskler</u>  |             |        |
| Kötü obstetrik öykü                 | 7           | 12.7   |
| Kardeş ölüm öyküsü                  | 6           | 11     |
| <u>Mevcut gebeliğe ait riskler</u>  |             |        |
| İkiz                                | 2           | 3.6    |
| EMR                                 | 1           | 1.8    |
| Oligohidramnios                     | 1           | 1.8    |
| Plasenta previa                     | 1           | 1.8    |
| <u>Travay ve doğuma ait riskler</u> |             |        |
| Prematür                            | 5           | 9.1    |
| Postmatür                           | 1           | 1.8    |
| SGA                                 | 15          | 27.3   |
| LGA                                 | 2           | 3.6    |
| Sezeryan                            | 9           | 16     |
| İndüksiyon                          | 1           | 1.8    |
| Amnion sıvısı mekonyumlu            | 1           | 1.8    |
| Ciddi asidozis                      | 5           | 9      |
| Prasentasyon anomalisi              | 2           | 3.6    |

[SGA: Small-gestational-age (gestasyonel yaşından küçük)]

[LGA: Large-gestational-age (gestasyonel yaşından büyük )]

## TARTIŞMA

Düşük, fetal ölüm, prematüre doğum, intrauterin büyüme geriliği, fetal veya neonatal hastalıklar, konjenital malformasyon, zeka geriliği veya diğer geriliklerin olasılığını artıran faktörlere sahip olan gebeliklere yüksek riskli gebelikler denir. Hasta gebelerin % 10-20'sinden anamnez ile yüksek riskli olduğu anlaşılabilir. Perinatal mortalite ve morbiditenin yarısından azı bu gebeliklerle ilişkilidir. Antepartum yüksek riski tesbit etmek riski azaltmak için önemli olmasına rağmen bazı kadınlar travay ve doğum sırasında yüksek riskli olurlar, bunun için intrapartum

devrede dikkatli bir takip önemlidir<sup>8</sup>.

Riskli yenidoğan yüzdesinin niçin yüksek olduğu üzerinde durulması gereken bir durumdur. Bu konuda rol oynayan faktörler; hastanemizin bölgeden gelen riskli gebelerin çoğunu takip etmesi, bölgeye has yüksek rakım<sup>9</sup>, beslenme alışkanlıkları, kültürel faktörler ve sosyo-ekonomik durumdadır<sup>10,11</sup>.

Intrauterin gelişme geriliğinin oranı oldukça yüksektir. En büyük neden olarak ta intrauterin hipoksiye neden olan yüksek rakım<sup>5</sup> ve annelerin bu rakımla uygun olarak fizyolojik olarak artması beklenen hemoglobin ve özellikle de hemotokritlerin aksine normal sınırların da altında olmasıdır. Gizli anemi ise annelerin hemen hemen hepsinde vardır. Bu durum yine aynı tarihler arasında aynı annelerden ferritin, serum demiri gibi indekslere bakılarak rapor edilmiştir<sup>12</sup>. Vakalarımız içinde vurgulanması gereken diğer bir konu da annelerin risk içinde olduğudur. Doğum aralarının sıkı olması, kötü obstetrik öyküye sahip olmalarının en önemli nedenidir. Aslında gizli veya açık aneminin en önemli nedenlerinden de biridir.

Prematüre doğum ile intrauterin büyüme geriliğinin düşük sosyo-ekonomik durum ile kuvvetli bir ilişkisi vardır<sup>10</sup>. Düşük sosyo-ekonomik durumlu ailelerde anne anemik hastalıklı, gebelikte yetersiz takip edilmiş veya hiç takip edilmemiş, veya daha önceden de prematüre doğum, düşük veya ilaç kullanımı gibi anamnezi vardır.

Sezeryanla doğan bebekte annenin anestezi almasına bağlı ya da operasyon gerektiren uygunsuz obstetrik durumla ilişkili olarak birçok problemler görülür<sup>13</sup>. Sezeryanla doğan miadında yenidoğanların küçük bir yüzdesinde 1-2 günlük solunum güçlüğü görülür. Geçici takipne ensik eşlik eden problem olmasına rağmen hyalin membran hastalığı özellikle diabetik anneden doğan bebeklerde ya da asfiksiyi takiben gelişebilir. Anestezi ve analjezi anne kadar fetusa da etkiler. Anestezi ve analjezi dikkatsiz bir şekilde kullanıldığı zaman veya prematürite, anoksi veya travma gibi zaten uygunsuz olan fetal durumların etkileri ilave olunca sonuç felaket olabilir<sup>3</sup>. Vakalarımız içinde 9 vaka (% 16) sezeryan olup birlikte 2 veya daha fazla risk faktörü de taşıyordu.

En düşük neonatal mortalite hızı 20-30 yaş arası annelerin bebeklerinde görülür. Bu yaş sınırı haricindeki gebeler ve 35 yaş üzerindeki özellikle primipar gebe intrauterin büyüme geriliği, fetal distres ve intrauterin ölüm için artmış riske sahiptir<sup>8</sup>. Vakalarımız içinde anne yaşı 37 ve üzerinde olan 3 vaka vardı (% 5) bunlardan 1 vaka sezeryanla alındı ve bu vakanın kardeş ölüm öyküsü mevcuttu.

Annenin hastalığı, multiple gebelik özellikle monokoryonik ikiz oligohidramnios<sup>14</sup>, enfeksiyonlar, bazı ilaçlar ve sigara, alkol ve kokain alışkanlığı fetusun riskini artırır<sup>8</sup>. Annesi sigara içen 1 vaka vardı (% 1.8) ve bu annenin tekrarlayan düşük öyküsü vardı. Altı vakanın annesinde üriner enfeksiyon mevcut olup (% 10.9) bunların birinde ilaveten guatr ve kötü obstetrik öykü, diğer bir vakada

ise bebekte ciddi asidozis mevcuttu. Annesi hipertansiyonlu olan 1 vaka pre-matür, LGA, plasenta previa tanısı almıştı. Annesinde derin anemi olan 2 vakada vardı (% 3.6), bu vakanın birisi SGA idi. Bir vakanın annesi obes idi sezeryana alındı, bir vakanın annesinde unilateral over kisti mevcuttu, bir vakanın annesinde de mitral darlık ile kardeş ölüm öyküsü vardı. Annesi ciddi diabetli 1 vaka vardı (% 1.8) ve bu vakada ciddi asidozis tesbit edildi. İkiz doğan 2 vakanın da eşleri doğumu takiben ilk dakikalarda solunum ve dolaşım yetmezliğinden eksitus oldu, bu vakalardan biri SGA ve makad gelişi, diğeri SGA ve prematür idi. Oligohid-ramnioslu 1 vaka sezeryanla doğdu ve ciddi asidoziste idi.

Riskteki bebekleri özellikle neonatal periyod süresince mümkün olduğu kada çabuk tesbit etmek mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır<sup>15,16,17</sup>. Yaklaşık bütün doğumların % 9'u özel veya neonatal yoğun bakıma ihtiyaç gösterir<sup>8</sup>.

Sonuç olarak neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için gerekli tedbirler sadece doğum sırasında doğumu yaptıran hekimle pediatriste bağlı kalmamalı<sup>6</sup>, annelerin daha önceden hamilelik, doğum, bebek, beslenme konularında eğitilmesi, zararlı alışkanlıkların terkedilmesi; doğum aralarının anne ve bebek sağlığı açısından uzun olması için aile planlaması eğitimi ve her zaman ikinci bir planda düşünülen babaların eğitimi, birlikte vede etkin olabilen kişilerin eğitimi ve desteği; gebelerin takibinin düzenli olması, gerektiğinde prenatal, natal ve postnatal tetkik, tanı ve tedavi için tam teşekküllü hastaneye müracaat edebilmesi için sağlık sigortasının olması, beslenme için ekonomik durumunun elverişli olması vb gibi daha birçok problemlerin tartışılıp çözülmesi gereklidir.

## SUMMARY

### EVALUATION OF HIGH-RISK NEONATES

In this issue, a questionnaire was applied to neonates and their mothers giving birth to in the department of Gynecology and Obstetrics of Atatürk University Research Hospital between January-June 1990 and this inquiry was evaluated for risk factors.

## KAYNAKLAR

- 1- Niswander K, Elbourne D, Redman C: Adverse outcome of pregnancy and the quality of obstetric care. The Lancet October 13: 827, 1984.
- 2- Cook LN: Intrauterine and extrauterine recognition and management of deviant fetal growth. Ped Clin North Am. 24: 431, 1977.
- 3- Mc Carthy BJ, Sachs BP, Layde PM, et al: The epidemiology of neonatal death in twins. Am J Obstet Gynecol 141: 252, 1981.

- 4- Behrman RE: High-risk pregnancies and the high-risk infant. Vaughan VC, Mc Kay RJ, Behrman RE (Ed). Nelson Textbook of Pediatrics, Toronto, 1979, WB Saunders Co. pp: 386-388, 398-401.
- 5- Behrman RE: Preventing low birth weight: A pediatric perspective. The Journal Ped. 107: 6, 1985.
- 6- Kliegman RM, Rottman CJ, Behrman RE: Strategies for the prevention of low birth weight. Am J Obstet Gynecol 162: 1073, 1990.
- 7- Field TM, Dabiri C, Hallock N, Shuman HH: Developmental effects of prolonged pregnancy and the postmaturity syndrome. The Journal Ped 90: 936-939, 1977.
- 8- Behrman RE: High-risk pregnancies. Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC, Behrman RE (Ed). Nelson Textbook of Pediatrics, Tokyo, 1992, WB Saunders Co. pp: 429.
- 9- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Yıllığı. 1989, s. 18.
- 10- Hobel CJ; Better perinatal health. The Lancet January 5: 31, 1980.
- 11- Gould JB, Leroy S: Socioeconomic status and low birth weight: A racial comparison. Pediatrics 82: 896-904, 1988.
- 12- Bastem A: Annelerde ve yenidoğan çocuklarda demir durumları ve gizli demir eksikliği anemisinde serum ferritin değerinin önemi. Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Erzurum 1991.
- 13- Bottoms, S, Rosen M, Sokol R: The increase in the cesarean section rate. N Engl J Med. 302: 559, 1980.
- 14- Barss VA, Benacerraf BR, Frigoletto FD: Second trimester oligohydramnios, A predictor of poor fetal outcome. Obstet Gynecol 64: 608, 1984.
- 15- Lubchenco LO, Butterfield LJ, Delaney-Black V et al: Outcome of very-low-birth-weight infants: Does antepartum versus neonatal referral have a better impact on mortality, morbidity, or long-term outcome? Am J Obstet Gynecol 160: 539-45, 1989.
- 16- Whitby C, De Cates CR, Robertson NR: Infants weighing 1.8-2.5 kg: Should they be cared for in neonatal units or postnatal wards? The Lancet February 6: 322, 1982.
- 17- Shapiro S, McCormick, MC, Starfield BH et al: Changes in infant morbidity associate with decreases in neonatal mortality. Pediatrics 72: 408-415, 1983.