



ACOG diyor ki

GEÇ-TERM VE POST-TERM GEBELİKLERİN YÖNETİMİ

Özeti yapan: Dr. Yasemin Doğan

Son adet tarihinden itibaren 42 0/7 gebelik haftasına ulaşan veya bu haftayı geçen gebelikler post-term gebelik olarak isimlendirilirken, 41 0/7 ile 41 6/7 gebelik haftası arasındaki gebelikler geç-term gebelik olarak tanımlanır. 2011 yılında Birleşik Devletlerdeki post-term gebelik sıklığı %5.5'ti. Beklenen doğum tarihini aşan gebeliklerin yönetimlerindeki bölgesel farklılıkların bir sonucu olarak, postterm gebelik sıklığı toplumlar arasında değişkenlik gösterir. Gebelik yaşının doğru şekilde belirlenmesi, geç-term ve post-term gebeliklerin doğru tanısı ve uygun yönetimi açısından önemlidir. Doğum öncesi fetal izlem ve doğum indüksiyonu, geç-term ve post-term gebeliklerle ilişkili perinatal morbidite ve mortalite riskini azaltan uygulamalar olarak değerlendirilmiştir. Bu belgenin amacı, geç-term ve post-term gebelikleri irdelemek ve yönetim için uygun şekilde yürütülmüş araştırmalara dayanan, geçerliliği kabul edilmiş bir rehber oluşturmaktır. Fikir birliğine ve uzman görüşüne dayanan ek öneriler de sunulmuştur.

Giriş

Etiyolojik Etkenler

Geç-term ve post-term gebeliklerin çoğunun nedeni bilinmemektedir. Miad aşımı için nulliparite, miad aşımı öyküsü, erkek fetus ve maternal obezite gibi, gözlemsel çalışmalarla desteklenen bir çok risk etkeni bulunmaktadır. İkiz çalışmaları, genetik yatkınlığın geç-term ve post-term gebelik riskini %23-30 artırdığını göstermektedir. Kesin fizyolojik sebepleri bilinmese de, **anensefali** ve **plasental sülfataz eksikliği** gibi bazı fetal hastalıklar da miad aşımı ile ilişkilidir.

Fetal ve Neonatal Riskler

Birçok çalışma, geç term ve postterm gebeliklerin perinatal morbidite ve mortalite artışı ile ilişkili olduğunu kanıtlamıştır. Tekil term (37-41 6/7 gebelik haftası) ve post-term (≥ 42 0/7 gebelik haftası) yenidoğanları içeren büyük bir İsveç çalışması, **miad aşımında yenidoğan konvülsiyonlarının, mekonyum aspirasyon sendromunun ve 5. dakika Apgar skorunun 4'ten düşük olması olasılığının arttığını kanıtlamıştır**. 42. gebelik haftasından sonra doğum, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranında anlamlı düzeyde artış ile ilişkilidir (Odds Oranı, 2.05; %95 güven aralığı 1.35-3.12).

Geç-term ve post-term gebeliklerdeki fetüslerin çoğu gebelik yaşı ile uyumlu büyüklükte olsa da, bu haftalardaki gebeliklerde makrozomi riski yaklaşık iki kat artmıştır. Makrozomi artışının, miad aşımında müdahaleli vajinal doğum, sezaryen ve omuz takılması riskindeki artışa katkı sağladığı düşünülmektedir.



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

Postmatürite sendromu miad aşımı olan gebeliklerin %10-20'sini etkilemektedir. Postmatür fetüslerin ciltaltı yağ dokusu azalmıştır ve verniks ve lanugo yoktur. Postmatür yenidoğanda, amniyos mayi, cilt, zarlar ve umbilikal kordonun sıklıkla mekonyumla boyandığı görülür.

Oligohidramniyos miad aşımında daha sık ortaya çıkmaktadır. Oligohidramniyos tespit edilen gebeliklerde fetal kalp hızı anormallikleri, kordon basısı, mekonyumlu amniyos mayi, arter kan gazı pH'sının 7'den az olması ve düşük Apgar skoru riski artmıştır. Ölü doğum ve yenidoğan mutlak mortalite riski düşük olsa da, gözlemsel çalışmalar tahmini doğum tarihini aşan her hafta için riskin arttığını göstermektedir. Fetal ve neonatal mortalite oranlarını değerlendiren büyük bir retrospektif çalışmada, 181,524 geç-term ve post-term gebede, 40. gebelik haftasına oranla 41. haftadan sonra fetal mortalitenin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (odds oranı, 41, 42 ve 43. gebelik haftalarında sırasıyla, 1.5, 1.8 ve 2.9).

171,527 doğumu içeren retrospektif bir çalışmada, **miad gebeliklere oranla miad aşımında daha yüksek ölü doğum oranları gözlemlenmiştir.** Bu oran, 41. gebelik haftasında en düşüktür ancak 43. gebelik haftasında 37. haftaya göre ölü doğum oranı sekiz kat artmıştır. İskoç doğum verilerine göre, 37. gebelik haftasına (0.4/1000) göre 43. gebelik haftasında (11.5/1000) ölü doğum riskinde artış mevcuttur.

Maternal Riskler

Gebelikler miad aşımına uğradıkça anne açısından riskler ortaya çıkmaktadır. Gebelik haftasının artışı ile maternal ve obstetrik komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir gözlemsel çalışmada, **ciddi perine yırtığı, enfeksiyon, postpartum kanama ve sezaryen doğumun geç-term ve post-term gebelikte arttığı gösterilmiştir.** Bazı çalışmalar, post-term döneme yaklaştıkça annede endişenin arttığını öne sürmektedir. **Bununla beraber, komplikasyonsuz gebeliklerde miad aşımına dek beklenmesi uygundur.**

Klinik Düşünceler ve Öneriler

- **Geç-term ve post-term gebelik görülme sıklığını azaltan girişimler var mıdır?**

Gebelik yaşının doğru belirlenmesi, geç-term ve post-term gebelik tanısının sıklığını azaltmaktadır. Klinik kriterler ya da erken dönem ultrasonografi ile gebelik yaşının erken tespiti, geç-term ve post-term gebeliklerin doğru tanısı ve uygun yönetimi açısından önemlidir. Gebelik yaşının ve tahmini doğum tarihinin hesaplanması için sadece son adet tarihinin (SAT) kullanılması birçok çalışma tarafından güvenilir olarak bulunmuştur ve sıklıkla gebeliğin yanlışlıkla geç term ya da postterm olarak sınıflandırılmasına yol açar. Annenin yanlış hatırlaması ve ovulasyon zamanındaki farklılıklar, SAT'a göre gebelik haftasının yanlış hesaplanmasına neden olmaktadır. Menstruel tarihlemeyi doğrulamak

için ultrasonografi kullanılması, geç-term ve post-term gebelik görülme sıklığını ve obstetrik müdahaleyi azalttığı birçok çalışma tarafından kanıtlanmıştır. Örneğin, SAT'ı doğrulamak için ultrasonografi kullanıldığında post-term gebelik oranı %9.5'ten %1.5'e düşmektedir.

Açıklığı olan serviks muayene edilirken, zarların alt uterin segmentten parmakla ayrılması olarak tanımlanan membranların sıyrılması, geç-term ve post-term gebeliği azaltmaktadır. Membranların sıyrılması ile ilgili bazı çalışmalar çelişkili sonuçlar bildirirse de, en son Cochrane derlemesi 41 haftayı aşan gebelik sayısında anlamlı düzeyde azalmayla ilişkili olduğunu kanıtlamaktadır. Membranların sıyrılması planlanan geç-term ya da post-term gebeler, işlemin vajinal kanama ve rahatsızlık hissine neden olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bu işlemin kontraendikasyonları, plasenta previa ve eylem ile vajinal doğumun diğer kontraendikasyonlarıdır. Grup B streptokok kolonizasyonu olan kadınlarda zarların sıyrılmasının riskleri ile ilgili veriler yetersizdir. Bu nedenle, bu kadınlarda membranların sıyrılması kararı klinik kanaate göre verilmelidir.

► Geç-term ve post-term gebeliklerde antepartum fetal testler yapılmalıdır mıdır?

Antepartum fetal izlemin geç term ve postterm gebeliklerde perinatal morbidite ve mortaliteyi azalttığını gösteren randomize kontrollü çalışma (RKÇ) bulunmamaktadır. Retrospektif çalışmaların çoğunda, miad aşımı olan gebeliklerde antepartum fetal takibe 41 ile 42. gebelik haftaları arasında başlanmıştır. 41 0/7 ve daha büyük gebelik haftalarında ölü doğum riskinin arttığını bildiren gözlemsel veriler, antepartum fetal izleme 41 0/7 gebelik haftasından itibaren başlanabileceğini göstermektedir.

► Geç-term ve post-term gebeliklerde hangi antepartum fetal izlem testleri kullanılmalıdır ve ne sıklıkla yapılmalıdır?

Fetal izlemde, nonstres test (NST), kontraksiyon stres test, biyofizik profil (BFP) ve modifiye biyofizik profil (NST ve amniyotik sıvı değerlendirmesi) gibi birçok seçenek vardır. Antepartum fetal izlem 41 0/7 ve daha büyük gebelik haftalarında gerekli olsa da, en uygun test tipini ve sıklığını tanımlayan veriler yetersizdir.

Geç-term ve post-term gebeliklerde farklı fetal izlem yöntemlerini karşılaştıran büyük bir RKÇ bulunmamaktadır. 42 haftayı geçen 145 gebenin incelendiği küçük bir RKÇ'de, BFP ve modifiye BFP karşılaştırılmıştır, gruplar arasında doğumda kordon kanı pH'ı ve yenidoğan sonuçları açısından fark bulunmamıştır.



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

Post-term gebeliklerin de bulunduğu 2,974 yüksek riskli gebeliği değerlendiren beş randomize çalışma içeren Cochrane derlemesinde, BFP ve NST grupları arasında perinatal ölüm açısından fark bulunmamıştır (Rölatif Risk [RR], 1.35; %95 güven aralığı, 0.6-2.98). Yüksek kaliteli iki çalışma incelendiğinde, BFP grubunda sezaryen riski artmıştı ancak hasta sayısının az olması bu bulgunun sonuca yansımaları engellemiştir. Bazı küçük çalışmalar, post-term gebeliklerde haftada iki kez yapılan izlemin, haftalık izlemde daha üstün olduğunu öne sürmektedir ancak veriler test sıklığı ile ilgili kuvvetli önerilerde bulunmak için yetersizdir. Geç-term ve post-term gebeliği olan kadınlar oligohidramniyos açısından risklidir. Miad aşımında oligohidramniyos saptanmasının önemi birçok çalışma tarafından değerlendirilmiştir. Retrospektif olarak tasarlanmış olmalarına rağmen, **mevcut kanıtlar amniyon sıvısı miktarının ultrasonografi ile değerlendirilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.** Oligohidramniyos, vertikal olarak ölçülen (kordon ya da fetal ekstremiteler içermeyen) en derin tek cepte amniyon sıvısı miktarının 2 cm ya da daha az olması veya amniyotik sıvı indeksinin 5 cm ya da daha az olması şeklinde tanımlanmaktadır. RKÇ verileri, oligohidramniyos tanısında, en derin tek cepte 2 cm ya da daha az amniyon sıvısı miktarının kullanılmasını desteklemektedir. Bu çalışmaların metaanalizi, oligohidramniyos tanısında amniyotik sıvı indeksi yerine en derin tek cep ölçümünün, olumsuz perinatal sonuçları artırmaksızın gereksiz müdahalelerde azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

7,582 yüksek riskli gebeyi içeren büyük bir retrospektif çalışmada, amniyon sıvı miktarında azalma, fetal ölüm riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmada post-term gebelikte 3 cm'den az vertikal tek cep olarak tanımlanan oligohidramniyos gözlemlendiğinde, mekonyumlu amniyon sıvısı, büyüme kısıtlılığı, fetal kalp hızı anormallikleri ve sezaryen oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır. Başka bir çalışmada, **postterm gebeliklerde oligohidramniyos varsa, deselerasyon ve bradikardi gibi fetal kalp hızı anormalliklerinin insidansının arttığı gözlemlenmiştir. 41 0/7 gebelik haftasından sonra oligohidramniyos saptanırsa, genellikle doğum endikedir. Sezaryen obstetrik endikasyon varsa yapılmalıdır.**

► Geç-term ve post-term gebeliklerde ne zaman doğum indüksiyonu yapılmalıdır?

Birçok RKÇ miad aşımında doğum indüksiyonu ile izlem yönetimini karşılaştırmıştır. 41 veya daha büyük gebelik haftasında doğum indüksiyonu yapılan veya haftada 2 ya da 3 kez takibe çağrılan 3,407 tekil gebeliğin perinatal sonuçlarını değerlendirmiştir. Çalışmanın birincil sonlanımı perinatal mortalite ve yenidoğan morbiditesidir. İkincil sonlanımı sezaryen oranıdır. Çalışmacılar, perinatal mortalite ve yenidoğan morbidite oranlarında fark saptamamışlardır, takibe alınan grupta sezaryen oranının arttığını bulmuşlardır. Benzer şekilde, başka iki RKÇ de, perinatal mortalite ve anne ve yenidoğan sonuçları açısından,



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

Post-term gebeliklerde indüksiyon ve izlem grupları arasında farklılık olmadığını göstermiştir.

Term ve post-term gebelikte izlem ile doğum indüksiyonunu karşılaştıran ve 9,383 gebeyi kapsayan 22 RKÇ'nin Cochrane derlemesinde, doğum indüksiyonu, perinatal ölüm riskinde azalma (RR, 0.31; %95 CI, 0.12-0.88; 17 çalışma 7,407 gebe), sezaryen oranında azalma (RR, 0.89; %95 , 0.81-0.97; 21 çalışma 8,749 gebe), mekonyum aspirasyon riskinde azalma (RR, 0.50; %95 CI, 0.34-0.73; 8 çalışma 2,371 gebe) ile ilişkili bulunmuştur. Bir perinatal ölümü engellemek için indüksiyon yapılması gereken gebe sayısı 410'dur (%95 CI, 322-1492). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranları arasında fark yoktur (RR, 0.90; %95 CI, 0.78-1.04; 10 çalışma 6161 bebek).

Özetle, mevcut epidemiyolojik kanıtlara göre, 41 0/7 ve 42 0/7 gebelik haftaları arasında doğum indüksiyonu düşünülebilir. Perinatal morbidite ve mortalite artışını gösteren kanıtlara dayanarak, 42 0/7 gebelik haftasından sonra ve 42 6/7 gebelik haftasına kadar doğum indüksiyonu önerilir.

► Post-term gebeliklerin yönetiminde sezaryen sonrası vajinal doğumun rolü var mıdır?

Sezaryen sonrası başarılı vajinal doğum, anne ve yenidoğan morbiditesinde azalma ile ilişkilidir. Sezaryen sonrası vaginal doğum denemesi (SSVDD) komplikasyonsuz post-term gebeliklerin yönetiminde makul bir seçenektir. Büyük bir gözlemsel çalışma, miad aşımında SSVDD ile uterus rüptür riskinde artış olmadığını göstermiştir. Bununla beraber, geçirilmiş sezaryen öyküsü olmayan gebeliklerde olduğu gibi, gebelik haftası arttıkça SSVDD başarısızlık oranı artmaktadır, 40 haftadan önce %22 iken 41 haftadan sonra %35.4'tür. Vajinal doğum öyküsü olmayan kadınlarda indüksiyon yerine spontan eylemin beklenmesi uterus rüptürü riskinden kaçınmak açısından önemlidir. **Vajinal doğum öyküsü olmayan postterm gebelerde SSVDD bir seçenektir, ancak gebeler eylem başarısızlığı ve uterus rüptürü ile ilgili bilgilendirilmelidir.**

ÖNERİLERİN ÖZETİ VE SONUÇLAR

Kanıt Düzeyi 'A' olan tavsiyeler:

- Geç-term ve post-term gebelikler perinatal morbidite ve mortalite riskinde artış ile ilişkilidir.
- Perinatal morbidite ve mortalite artışını gösteren kanıtlara dayanarak, 42 0/7 gebelik haftasından sonra ve 42 6/7 gebelik haftasına kadar doğum indüksiyonu önerilir.

Sınırlı veya çelişkili bilimsel kanıtlara dayanan Kanıt Düzeyi B Olan Öneriler:

- ▶ Membranların sıyrılması geç term ve postterm gebelik riskini azaltır.
- ▶ 41 0/7 ve 42 0/7 gebelik haftaları arasında doğum indüksiyonu düşünülebilir.

Temel olarak fikir birliğine ve uzman görüşüne dayanan Kanıt Düzeyi C Olan Öneriler:

- ▶ Doğum öncesi fetal izleme 41 0/7 gebelik haftasından itibaren başlanabilir.
- ▶ Sezaryen sonrası vaginal doğum denemesi komplikasyonsuz postterm gebeliklerin yönetiminde makul bir seçenektir.

KAYNAK

1.Management of Late-Term and Postterm Pregnancies. Practice Bulletin No 146. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet and Gynecol 2014; 124(2): 390-6.