

# Preeklampitik Kadında Doğum İndüksiyonunun Başarısı

## SUCCESS OF LABOR-INDUCTION IN PREECLAMPTIC WOMEN

Ender TELLİ\*, Fulya DÖKMECİ\*\*, Gülay KURTAY\*\*\*

\* Uz.Dr.,Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, GAZİANTEP

\*\* Doç.Dr.,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

\*\*\* Prof.Dr.,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Preeklampsili kadının servikal koşullara bakılmaksızın doğum indüksiyonuna preeklampsisi olmayan kadına göre daha hazır olduğu hipotezi araştırıldı.

**Çalışmanın Yapıldığı Yer:** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilir» Dalı

**Materyel ve Metod:** Terin'de preeklampsili 34 ve 56 preeklampsisi olmayan kadın çalışıldı. Gebeler Bishop skoru, parke, gestasyonel yaş ve indüksiyon metoduna göre kategorize edildi. İndüksiyon sonrası vajinal ve abdominal doğumlar kaydedildi.

**Bulgular:** Preeklampitik grupta doğum indüksiyonunun başarısı önemli derecede düşük (%41) ve sezaryen ile doğum oranı %47 idi. Preeklampsisi olmayan kadında sezaryenle doğumun önemli derecede düşük olduğu tespit edildi (%32).

**Sonuçlar:** Preeklampitik kadında doğum indüksiyonunun başarısızlık riski yüksektir ve bunun sonucunda preeklampsisi olmayan kadına göre sezaryenle doğum daha fazladır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum indüksiyonu, preeklampsisi

T Klin Jinekoloj Obst 1999, 9:98-100

Preeklampsisi tüm gebeliklerin %6-8'inde görülen ve 24 haftadan sonra hipertansiyon, proteinüri ve generalize ödemle seyreden, maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi arttıran klinik tablodur. Etiyolojisinde bir çok faktör rol oynadığı belirtilse de tedavide kesin olan en önemli şey fetüs ve plasentanın doğumu olduğu bilinmektedir. Bu nedenle preeklampsisi doğum indüksiyonunun endikasyonlarından biridir. Preeklampside doğum

Geliş Tarihi: 21.04.1998

**Yazışma Adresi:** Dr.Ender TELLİ  
Ali Fuat Cebesoy Bulvarı 67/11  
GAZİANTEP

### Summary

**Objective:** To investigate the hypothesis that preeclamptic women are more readily Inducible than are non preeclamptic women, regardless of cervical condition.

**Institution:** Gaziantep University Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology.

**Materials and Methods:** Thirty four preeclamptic women and 56 nonpreeclamptic women were studied in term. Patients were categorized by bishop score, parity, gestational age and method of induction. Vaginal and abdominal delivery were registered after the induction.

**Results:** Failed induction was significantly more common in the preeclamptic group (41%), as was cesarean delivery (47%). Cesarean delivery were detected significantly lower in nonpreeclamptic women (32%).

**Conclusion:** Induction of labor in preeclamptic, women has a higher risk of failure and consequently of cesarean delivery than in nonpreeclamptic women.

**Key Words:** Induction of labor, preeclampsia

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9:98-100

indüksiyonuna cevabın daha iyi olacağı düşüncesi mevcuttur. Bunu teyid eden ve serviksın durumunu önemsenmeden yapılan çalışmalarda preeklampsili kadında artmış uterin iritabilite olduğu tespit edilmiştir (1,2). Teorik olarak da artmış uterin aktivitenin doğum indüksiyonuna yardımcı olacağı düşünülür. Bizim bu çalışmada amacımız preeklampside doğum indüksiyonunun kontrol grubuna göre etkinliğinin araştırılmasıdır.

### Materyel ve Metod

Bu çalışmaya 1994 Ocak ve 1997 Kasım ayları arasında hastanemize başvuran preeklampsisi tanısı alan ve takip edilen 34 vaka ile takipte normal bul-

gular gösteren 56 kontrol vakası alındı. Tüm vakalar terme kadar takip edildi. Kendilerine yapılan çalışma ile ilgili bilgi verilip, uterin kontraksiyonlar başlamadan önce, fetal membranların rüptür durumu gözetilmeksizin başlangıç Bishop skoru değerlendirilip servikal olgunlaşmanın sağlanması için prostoglandin E2 jel 3 miligram intraservikal olarak yapıldı. Eğer etkili olmazsa bu işlem 6 saat ara ile 3 kez tekrarlandı. Çalışma kapsamına doğum indüksiyonuna engel vakalar alınmadı.

Tüm vakalarda başlangıçta Bishop skoru değerlendirmesi yapıldı. Bishop skoru 6 veya altında olan vakalarda servikal olgunlaşma için jel uygulandı ve bishop skoru 7 ve üzeri olan değerlerde ise Amnitomi yapıp Oksitosin infüzyonuna başlandı. Infüzyona 2 mu/dk doz ile başlandı ve bu doz her 30 dakikada bir iki katma çıkarıldı. Doz 32 mu/dk olduğunda yine de cevap alınmaz ise bu seviyeden sonra 4 mu/dk 30'ar dakikalık arttırmalar ile 60 mu/dk olarak arttırmaya son verildi ve bu doz doğuma kadar devam edildi (7). Tüm vakalarda travayda fetal kalp atımları monitörize edildi.

Preeklampsili vakaların tümüne doğum indüksiyonuna başlamadan önce magnezyum sülfat intravenöz infüzyon şeklinde verildi (intraservikal prostoglandin uygulaması sırasında). Magnezyum sülfat dozu 1 gr/saat olarak tespit edildi ve infüzyona doğum indüksiyonu başlamadan son verildi.

Doğum indüksiyonunda başarısız olmak için tekrarlayan jel uygulamaları ve doğum indüksiyonunda maksimal doza çıkılmasına rağmen servikal açıklığın 4 cm ve üzerine çıkarılamaması endikasyon kabul edildi. Aktif doğum fazı içinde kriter servikal açıklığın 4 cm den fazla olması ve servikal effesmanın %80 ve üzeri olması kabul edildi. Aktif doğum eylemi sırasında obstetrik endikasyonlar gelişmesinde de sezaryen yapıldı. İstatistiksel inceleme için Student t testi kullanıldı ve  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

### Bulgular

1995 ve 1997 yılları arasında yapılan bu çalışmaya rutin gebelik takibi yapılan 34'ü preeklampsili 90 gebe alındı. Preeklampsili grupta vakaların 27'sinde hafif, 7 tanesinde ise şiddetli preeklampsili olarak takipteydi. Çalışma ve kontrol grubunun özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Preeklampsili

Tablo 1. Çalışma grubu özellikleri

Özellikler	Preeklampsili grup (no:34)	Kontrol grubu (no :56)
Maternal yaş (yıl)	19.4±3.8	20.2±3.4
Gestasyonel yaş (yıl)	38.6±3	39.8±3.1
Primipar	31	50
Multipar	3	6
Doğum ağırlığı (gram)	3016±648	3310±616
Prostoglandin jel uygulaması sonunda spontan doğum	3	6
Bishop skoru	0-3 4-6 (%) >7	47 44 48 8
Sezaryen ile doğum (%)	indüksiyonda başarısızlık Fetal distres	41 26 6 6

grubundaki vakaların 3'ü primipar 3'ü multipar, kontrol grubundaki vakaların 50'si primipar, 6'sı ise multipar vakaları içermekteydi. Hasta yaş grupları birbirine yakın tespit edildi (19.4±3.8, 20.2±3.4). Doğumda gestasyonel yaş (38.6±3, 39.1±3.1) açısından fark görülmedi. Başlangıç Bishop skorunda fark gözlenmedi. Prostoglandin jel uygulaması sonucu 1. Grupta 3 vakada (%9), ikinci grupta ise 6 vakada (%11) indüksiyona gerek kalmadan doğum gerçekleşti. Doğum indüksiyon sonrası preeklampsili grupta 14 vakada (%41) kontrol grubunda 15 vakada (%26) servikal kanal açıklığı 4 cm ve altı değerler tespit edilerek sezaryen yapıldı.

### Tartışma

Caldeyro 1960 yılında ve Tolledo ve Zuspan 1966 yılında gebelik toksemisinde uterus kontraksiyon artışı ile ilgili bir araştırma yapmışlardır (1,2). Bu dönemde yapılan tüm çalışmalar gebelik toksemisinde uterus kontraksiyon hassasiyetinin arttığı ve doğum indüksiyonunun daha rahat olduğunu belirtmişlerdir (1-4). Bu dönem sonrası bu konu ile ilgili kesinleşmemiş bulgulara rağmen preeklampsili ve eklampsili gebelerde doğum indüksiyonunun daha kolay ve etkili olduğu hipotezi kabul görmüştür. Servikal olgunlaşmayı sağlamak için prostoglandin jel kullanımının etkinliğinin saptanmasından sonra (5) preeklampsili kadınlarda mevcut tablonun stabil gittiği ve term'e yaklaşmış vakalarda doğumu sağlamak için prostoglandin jel

kullanımı ve doğum indüksiyonunun etkinliği Elly ve arkadaşları tarafından araştırılmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırmalı yapılan bu çalışmada daha önceki hipotezi aksine preeklampside doğum indüksiyonu başarısız bulunmuştur (6). Biz bu çalışmada preeklampsili kendi takibimizde olan hastaları aynı parametreleri kullanarak araştırdık. Yaptığımız çalışmada preeklampsinin özellikle ilk gebelikte yoğunlaştığını gözleyerek kontrol grubu olarak da hastaları primiparlardan seçtik. Doğum indüksiyonuna preeklampsili grupta kontrol grubundan daha az cevap aldık ve preeklampsili grupta sezaryenle doğum, diğer gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (%41, %26) ( $p<0.05$ ).

Preeklamptik grupta doğan bebeklerin doğum ağırlığı kontrol grubundan düşük bulundu ( $p<0.01$ ). Bu sonuçlar daha önceki çalışmalar ile uyumluydu (2,3,7,8). Doğum indüksiyonunda başarısızlığın etyolojisinde ne olduğunu belirleyemedik.

Mercer ve arkadaşları, preeklampside oluşan vaskulopati nedeni ile uterusun aktivasyonunun düzensiz olduğunu belirten çalışmalar yapmışlardır (9). İndüksiyon öncesi kullanılan magnezyum sülfat sonuçta etkili olabilir. Bu konu ile ilgili karşılaştırmalı bir çalışmanın yapılması gerekmektedir. Elde ettiğimiz verilerle preeklampside doğum indüksiyonunda başarısızlık şansının yüksek olabileceği ve

sezaryenle doğum oranının yüksek olabileceği, dolayısı ile yakın takibi gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Caldeyro-Barcia R, Poeiro JJ. Physiology of the uterine contractility. Clin Obstet Gynecol 1960; 3:386-408.
2. Zuspan FP, Tolledo OE. Factors affecting delivery in eclampsia; Condition of the cervix and uterine activity. Am J Obstet Gynecol 1968; 100:672-85.
3. Zuspan FP. Problems encountered in the treatment of pregnancy-induced hypertension. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:591-7.
4. Rayburn WF. Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and induction of labor: A critical analysis. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 529-34.
5. Satin AJ, Levenko KJ, Sherman ML, McIntire D. High dose oxytocin: 20-versus 40-minute dosage interval. Obstet Gynecol 1994; 83:234-8.
6. Elly MJ, Xenakis MD, Jeanna M. Et al. Preeclampsia: Is induction of labor more successful? Obstet Gynecol 1997; 89:600-3.
7. Atkinson MW, Guinn D, Owen J, Havth JC. Does magnesium sulfate affect the length of labor induction in women with pregnancy-associated hypertension. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 1219-22.
8. Xenakis EM, Pipen JM, Conway DL, Langen O. Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix. Obstet Gynecol 1997; 90:235-9.
9. Mercer B, Pilgrim P, Siboi B. Labor induction with continuous low-dose oxytocin infusion: A randomized trial. Obstet Gynecol 1991; 77: 659-63.