

UMBİLİKAL KORD PROLAPSUSUNUN OBSTETRİK VE NEONATAL SONUÇLARI

OBSTETRIC AND NEONATAL OUTCOMES OF UMBILICAL CORD PROLAPSE

Volkan KARATAŞLI¹ Abdurrahman Hamdi İNAN² Ahkam Göksel KANMAZ¹
Emrah BEYAN¹ Adnan BUDAK¹ Alaattin KARABULUT¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

²Bornova Türkan Özlhan Devlet Hastanesi, İzmir

Anahtar Sözcükler: Obstetrik sonuçlar, neonatal morbidite, umbilikal kord prolapsusu

Keywords: Obstetric outcomes, neonatal morbidity, umbilical cord prolapse

Yazının alınma tarihi: 17.02.2020

Kabul tarihi:28.06.2020

Online basım: 21.10.2020

ÖZ

Giriş: Umbilikal kord prolapsusu (UKP) predikte etmesi zor olan ciddi neonatal morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir durumdur. Önlemek için çeşitli maternal risk faktörleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada amaç UKP gelişen gebelerin obstetrik ve neonatal sonuçlarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2013 ve Mart 2017 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan olgular retrospektif incelendi. Eylem esnasında UKP oluşan gebeler obstetrik ve neonatal sonuçlar açısından analiz edildi.

Bulgular: Toplamda 37.271 doğum içerisinde UKP saptanan 45 (%0.12) olgu incelendi. Ortalama yaş 27.5 ± 6.4 yıl idi. Multiparite oranı %66.7'ydi. Tüm olgular tekil gebeliklerden oluşmuştu. Sadece bir olguda (%2.2) polihidroamniyoz mevcuttu. Olguların tamamında doğum yöntemi sezaryendi. En sık (%86.7) fetal prezentasyon baş prezentasyonuydu. En sık (%6.7) malprezentasyon ise makat prezentasyondur. Üç olguda (%6.7) ablasyo plasenta hali izlendi. Preterm eylem (<37 hafta) oranı %20 ve düşük doğum ağırlığı (<2500 gr) oranı ise %17.8'di. Yenidoğanların %66.7'si erkek cinsiyete sahipti. İki olguda (%4.4) ölü doğum gerçekleşti. On iki olguda (%26.7) 5.dk Apgar skoru <7 olarak belirlendi. Dokuz yenidoğanda (%20) yoğun bakım ihtiyacı mevcuttu.

Sonuç: UKP, preterm eylem ve ablasyo plasenta gibi maternal komplikasyonlar ile düşük Apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının artması gibi neonatal komplikasyonlar ile ilişkilidir. UKP'nin multiparite, düşük doğum ağırlığı ve erkek fetuslarda görülme sıklığı artmıştır. Malprezentasyon ve polihidroamniyoz olmayan tekil gebeliklerde bile UKP görülebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

SUMMARY

Introduction: Umbilical cord prolapse (UCP) is a condition that is difficult to predict and can cause neonatal morbidity and mortality. Various maternal risk factors have been evaluated to prevent UCP. The aim of this study is to examine the obstetric and neonatal results of pregnant women with UCP.

Material and Methods: The cases who delivered at Tepecik Training and Research Hospital between January 2013 and March 2017 were retrospectively examined. Pregnant women who developed UCP during labor were analyzed for obstetric and neonatal outcomes.

Results: A total of 45 (0.12%) cases with UCP in 37.271 births were examined. The mean age was 27.5 ± 6.4 years. Multiparity rate was 66.7%. All pregnant consisted of single pregnancies. Only one case (2.2%) had polyhydramnios. Delivery method was cesarean section in all cases. The most common (86.7%) fetal presentation was vertex presentation. The most common (6.7%) malpresentation was breech presentation. Placental abruption was observed in three cases (6.7%). The rate of preterm labor (<37 weeks) was 20% and low birth weight (<2500 g) was 17.8%. 66.7% of newborns had male gender. Stillbirth occurred in two cases (4.4%). In 12 cases (26.7%), the 5-min Apgar score was <7. Nine newborns (20%) needed intensive care unit.

Conclusion: UCP is associated with maternal complications such as preterm labor and placental abruption, and neonatal complications such as low Apgar scores and increased need for intensive care unit. There is an increase in incidence in multiparity, low birth weight and male fetuses. It should be considered that UCP may be observed even in singleton pregnancies without malpresentation and polyhydramnios.

GİRİŞ

Umbilikal kord prolapsusu (UKP), umbilikal kordun eylem esnasındaki muayenede prezente olan kısmın yanında bulunması ya da vulva veya vajenden dışarıya çıkmasıdır. Nadir görülen bir obstetrik komplikasyon olmasına rağmen UKP'yi predikte etmek zor olduğu için ciddi neonatal sonuçlara neden olabilmektedir (1). Bu sebeple çeşitli maternal risk faktörleri araştırılmıştır. Prematüritenin malprezentasyonlara neden olarak riski artırdığı belirtilmiştir (2). Ayrıca multipar gebelerde ve malprezentasyonlarda UKP'nin daha sık gerçekleştiği bildirilmiştir (3). Düşük doğum ağırlığının ve fetal cinsiyetin UKP ile ilişkisi netlik kazanmamıştır (1, 4).

UKP çeşitli neonatal komplikasyonlara yol açabilmektedir. Ciddi fetal yaralanmanın 4 kat arttığı ve Apgar skorlarının daha düşük olduğu rapor edilmiştir (1). Ayrıca UKP sonrasında neonatal mortalitede de artış saptanmıştır (2). Obstetrik bakım imkanlarının ve acil sezaryenle doğum uygulanabilirliğinin artması nedeni ile insidansta ve neonatal morbiditelerde azalma olmasına rağmen UKP halen klinik önem arz etmektedir (1).

Bu çalışmada UKP saptanan gebelerin obstetrik ve neonatal sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ocak 2013 ile Mart 2017 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan gebeler retrospektif olarak incelendi. Çalışma için etik kurul onayı alındı. Konjenital anomalileri olan, eylem öncesindeki ilk başvuruda UKP saptanarak intrauterin fetal kayıp yaşanan, takip verileri eksik olgular çalışma dışında bırakıldı. Eylem esnasında UKP oluşan

gebeler çalışmaya dahil edildi. Olgulara ait demografik özellikler (yaş, gravida, parite, obstetrik geçmiş), gebelik komplikasyonları (düşük tehditi, hiperemesis gravidarum, pre-eklampsi, gestasyonel diyabetes mellitus, polihidroamniyoz) ve obstetrik sonuçlar (doğumdaki gebelik haftası, doğum yöntemi, fetal presentasyon) incelendi. Yenidoğanların özellikleri (doğum ağırlığı, cinsiyet, 5. dk Apgar skoru, yoğun bakım ihtiyacı) analiz edildi. Preterm eylem < 37 haftadaki eylem olarak tanımlandı. Düşük doğum ağırlığı < 2500 gr olarak belirlendi.

SPSS ver. 22.0 ile istatistiksel analizler elde edildi. Çalışma için yerel etik kurul onayı alındı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma, median ve minimum-maksimum değerler ve frekans şeklinde belirlendi.

BULGULAR

Toplamda 37.271 doğum içerisinde UKP saptanan 45 (%0.12) olgu incelendi. Olguların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Olguların ortalama yaşı 27.5 ± 6.4 yıl idi. Multiparite oranı %66.7'di. Hiçbir gebenin geçmişinde sezaryenle doğum öyküsü mevcut değil iken tüm gebeliklerin tekil gebeliklerden oluştuğu gözlemlendi. Obstetrik sonuçlar Tablo 2'de özetlenmiştir. Doğumdaki gebelik haftaları ortalaması 39 (22-41) haftaydı. Sadece bir olguda (%2.2) polihidroamniyoz mevcuttu. Gebelik komplikasyonları değerlendirildiğinde 3 olguda (%6.7) düşük tehditi, 2 olguda (%4.4) hiperemesis gravidarum, bir olguda (%2.2) pre-eklampsi öyküsü mevcuttu. Hiçbir hastada gestasyonel diyabetes mellitus yoktu. Olguların tamamında doğum yöntemi sezaryendi. Doğum sırasında en sık (%86.7) fetal prezentasyon baş prezentasyonuydu. En sık malprezentasyon ise makat prezentasyon idi. Olguların %6.7'sin de ablasyo plasenta hali

izlendi. Preterm eylem oranı %20 olarak hesaplandı. Olgulara ait yenidoğan özellikleri Tablo 3'te sunulmuştur. Ortalama doğum ağırlığı 3350 (520–4390) gr olarak saptandı. Düşük doğum ağırlığı oranı %17.8'di. Yenidoğanların %66.7'si

erkek cinsiyete sahipti. İki olguda (%4.4) ölü doğum gerçekleşti. Apgar skorları incelendiğinde %26.7'sin de 5.dk skoru <7 olarak belirlendi. Dokuz yenidoğanda (%20) yoğun bakım ihtiyacı görüldü.

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

	n (%)
Yaş (yıl), ort ± SS	27.5 ± 6.4
< 35	39 (86.7)
≥ 35	6 (13.3)
Gravida, median (aralık)	3 (1–6)
Parite	
Nulliparite	15 (33.3)
Multiparite	30 (66.7)
Sezaryen öyküsü	0(0)

ort = ortalama; SS = standart sapma

Tablo 2. Olguların obstetrik sonuçları ve eylem özellikleri

	n (%)
Fetus Sayısı	
1	45 (100)
>1	0 (0)
Doğumdaki gebelik haftası, median (aralık)	39 (22–41)
Polihidroamniyoz	1 (2.2)
Düşük tehditi	3 (6.7)
Hiperemesis gravidarum	2 (4.4)
Pre-eklempsi	1 (2.2)
Gestasyonel diyabetes mellitus	0 (0)
Ablasyo plasenta	3 (6.7)
Doğum yöntemi	
Vajinal doğum	0 (0)
Sezaryen	45 (100)
Doğum sırasındaki fetal prezentasyon	
Baş	39 (86.7)
Makat	3 (6.7)
Ayak	2 (4.4)
Transvers	1 (2.2)
Preterm eylem	9 (20)

Tablo 3. Yenidoğan özellikleri

	n, %
Doğum ağırlığı (gr), median (aralık)	3350 (520–4390)
< 2500	8 (17.8)
Cinsiyet	
Erkek	30 (66.7)
Kız	15 (33.3)
Ölü doğum	2 (4.4)
5. dakika Apgar skoru < 7	12 (26.7)
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	9 (20)

TARTIŞMA

UKP, ciddi neonatal morbidite ve mortaliteye neden olduğu ve bu durumu eylem öncesinde predikte etmek zor olduğu için önem taşımaktadır. Geçmiş çalışmalarda çeşitli risk faktörleri incelenmesine rağmen bazı durumlar netlik kazanmamıştır (1, 5). Bu çalışmada üçüncül bir merkezin doğum verileri incelenmiştir. Multiparite ve düşük doğum ağırlığı yüksek oranlarda saptanmıştır. Hastaların tamamı tekil gebeliklerden oluşmuş ve doğumların hepsi sezaryen ile gerçekleşmiştir. Düşük Apgar skoru ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı yüksek oranlarda bulunmuştur.

Geniş hasta serisinin incelendiği bir çalışmada UKP prevelansı bulgularımız ile uyumlu olarak 10.000 doğumda 16.1 olarak bildirilmiştir (1). Ülkemizden rapor edilen bir çalışmada ise bu oran %0.47 olarak bulunmuştur (5). Verilerin elde edildiği merkezlerin heterojenitesi nedeni ile prevelansta değişiklikler olduğu düşünülmektedir.

UKP için risk faktörleri çeşitli araştırmalarda incelenmiştir (3-5). Maternal yaşı 35 ve üzerinde olduğu durumlarda riskin arttığı belirtilmiştir (1). Bizim çalışmamızda hastaların %13.3'ü 35 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Artan parite ile UKP riskinde artış rapor edilmiştir (3). Üç doğum sonrası riskte %54, 4 doğum sonrası %67 risk artışı gözlenmiştir (1). Ayrıca grandmultipar gebelerde (≥ 5 doğum) UKP'ye bağlı perinatal mortalite 1.7 kat artmıştır (2). Literatür ile uyumlu olarak, çalışmamızda multipar gebelerin oranı daha fazladır. Çoğul gebelik bir diğer risk faktörü olarak rapor edilmiş olsa da çalışmamızdaki tüm olgular tekil gebeliklerden oluşmaktaydı (6). Geçmişte polihidroamniyozun bir risk faktörü olup olmadığı değerlendirilmiş, Kahana ve ark. (2) polihidroamniyoz durumunda UKP'de 3 kat, Dilbaz ve ark. (5) ise 21 kat bir artış bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise UKP saptanan sadece bir olguda polihidroamniyoz görülmüştür.

UKP oluştuğunda neonatal komplikasyonları azaltmak için doğumun hemen gerçekleşmesi gerektiği vurgulanmaktadır (1, 5). Sezaryen ile doğumun perinatal mortaliteyi azalttığı bildirilmiş olsa da (4), vajinal doğumun daha düşük fetal yaralanma ile ilgili olduğu da raporlanmıştır (1). Çalışmamızdaki olguların tamamında sezaryen ile doğum gerçekleştirilmiştir. Malprezentasyonların UKP riskinde artışa neden olduğu ve makat prezentasyonun UKP ile ilişkisinin daha fazla

olduğu bulunmuştur (4). Behbehani ve ark. (1) olguların %10'unda makat prezentasyon saptanmış iken, Faiz ve ark. (7) bu oranı %35 olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise olguların büyük çoğunluğu baş prezentasyonunda bulunmuş ve daha düşük oranda makat prezentasyonu saptanmıştır. Oluşan farklılıkların merkezlerin makat prezentasyondaki vajinal doğum oranları ile ilgili değişikliklerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Preterm eylemde amniyon sıvısına göre daha küçük fetus ve malprezentasyon sıklığında artış olması nedeni ile UKP artışı bildirilmiştir (4). Behbehani ve ark. (1) preterm eylem oranını %22 olarak saptamışlar. Bizim çalışmamızdaki bulgular da literatür ile uyumludur. Ablasyo plasenta UKP olgularında 4 kat artış göstermektedir (2). UKP saptanan gebelerde %1.5 ablasyo hali mevcut iken, bu oran UKP olmayanlarda %0.5 olarak rapor edilmiştir (1). Bu çalışmada ise daha yüksek bir oranda (%6.7) UKP'ye ablasyo plasentanın eşlik ettiği saptanmıştır.

Düşük doğum ağırlığının UKP ile ilişkisi çelişkilidir. Uygur ve ark. (4) yaptıkları çalışmalarında anlamlı bir ilişki bulmamış iken, Güngördük ve ark. (3) 4.55 kat bir risk artışı bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada UKP saptanan gebelerde düşük doğum ağırlığı %11.3, saptanmayanlarda ise %2.4 oranında bulunmuştur (5). Bizim olgu grubumuzda da UKP olgularında düşük doğum ağırlığı yüksek oranlarda (%17.8) saptanmıştır. Fetal cinsiyetin UKP ile ilişkisi geçmişte incelenmiş ve erkek fetusların UKP riskinin 1.26 kat arttığı belirlenmiştir (1). Yapılan bir çalışmada UKP olgularında erkek fetusların kız fetuslarına oranının 3:1 olduğu saptanmıştır (3). Çalışmamızda da geçmiş çalışmalar ile uyumlu olarak erkek fetusların oranı daha fazla bulunmuştur.

UKP ile fetal yaralanma riskinin arttığı belirlenmiştir (1). UKP olgularında çalışmamızdaki gibi daha düşük Apgar skorları rapor edilmiştir (2, 5). Ayrıca UKP durumunda yenidoğan yoğun bakım ihtiyacında bulgularımız ile uyumlu olarak artış saptanmıştır (5).

Çalışmamızın ana limitasyonu retrospektif olmasıdır. Ancak çalışmamızda üçüncül bir merkezin 5 yıllık doğum sonuçları incelenmiş, obstetrik komplikasyonların ve neonatal sonuçların analizi yapılmıştır.

Sonuç olarak, UKP preterm eylem ve ablasyo plasenta gibi maternal komplikasyonlar ile düşük

Apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının artması gibi neonatal komplikasyonlar ile ilişkilidir. Predikte etmek zor olduğu için multiparite, erkek fetus, düşük doğum ağırlığı durumlarında komplikasyonları azaltmak için

dikkatli olunmalıdır. Malprezentasyon ve polihid-roamniyoz olmayan tekil gebeliklerde bile UKP görülebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Behbehani S, Patenaude V, Abenhaim HA. Maternal risk factors and outcomes of umbilical cord prolapse: a population-based study. J Obstet Gynaecol Can. 2016; 38(1): 23-8.
2. Kahana B, Sheiner E, Levy A, Lazer S, Mazor M. Umbilical cord prolapse and perinatal outcomes. Int J Gynaecol Obstet. 2004; 84(2): 127-32.
3. Güngördük K, Yıldırım G, Olgaç Y, Tekirdağ Aİ, Ark HC. Umbilical cord prolapse: Risk factors and perinatal outcomes. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2008; 5(2): 94-8.
4. Uygur D, Kiş S, Tuncer R, Özcan F, Erkaya S. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. Int J Gynaecol Obstet. 2002;78(2):127-30.
5. Dilbaz B, Ozturkoglu E, Dilbaz S, Ozturk N, Sivaslioglu AA, Haberal A. Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapse. Arch Gynecol Obstet. 2006; 274(2): 104-7.
6. Koonings P, Paul R, Campbell K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. J Reprod Med. 1990; 35(7): 690-2.
7. Faiz SA, Habib FA, Sporrang BG, Khalil NA. Results of delivery in umbilical cord prolapse. Saudi Med J. 2003; 24(7): 754-7.

Sorumlu yazar

Volkan KARATAŞLI(Op.Dr.)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 35170 İzmir, Türkiye

E-posta: volkankaratasli@yahoo.com

Tel: +905301166711

ORCID: 0000-0002-4015-6494

Abdurrahman Hamdi İNAN(Doç.Dr.) ORCID: 0000-0003-4782-3955

Ahkam Göksel KANMAZ(Doç.Dr.) ORCID: 0000-0002-1473-0472

Emrah BEYAN(Op.Dr.) ORCID: 0000-0002-1662-5051

Adnan BUDAK(Op.Dr.) ORCID: 0000-0003-4145-3973

Alaattin KARABULUT(Dr.) ORCID: 0000-0002-0244-4401