

Geçirilmiş sezaryanlı preeklampitik gebelerde ölü fetusun doğumunun misoprostol ile indüksiyonu

Bülent TANDOĞAN (*), Habibe AYWACI (**), Sibel SÜRME-USTA (**)

ÖZET

Amaç: Misoprostol'un geçirilmiş sezaryanlı preeklampitik gebelerin ölü fetuslarının doğum indüksiyonundaki etkinliğini değerlendirmek

Materyal ve metod: Geçirilmiş sezaryanlı preeklampitik, intrauterin ölü fetusu olan 6 gebe kadın retrospektif olarak araştırıldı. Kullanılan ilaç dozu, uygulama zamanından doğuma kadar geçen süre ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Gebeler 320-2880 dakika arasında doğum yaptılar. 50-400 µgr arasında misoprostol intravaginal ve oral uygulandı. Uterus rüptürü ve başka komplikasyonla karşılaşılmadı.

Sonuç: Misoprostol, geçirilmiş sezaryanlı preeklampitik gebelerin ölü fetuslarının doğurtulmasında etkili ve güvenilir bir indüksiyon metodudur.

Anahtar kelimeler: Misoprostol, geçirilmiş sezaryan, ölü doğum

SUMMARY

Misoprostol for induction of preeclamptic women with previous section and intrauterine fetal death

Aim: To evaluate the efficacy of misoprostol for induction of labor in preeclamptic women with previous section and intrauterine fetal death

Material and methods: 6 preeclamptic women with previous section and intrauterine fetal death were researched retrospectively. Misoprostol doses, time from first dose to expulsion and complications were evaluated.

Results: All women had been delivered between 320-2880 minutes. Patients received 50-400 µgr misoprostol orally and intravaginally. No uterine rupture and other complications occurred among 6 women.

Conclusion: Intravaginal and oral Misoprostol is an efficacious and safe method of induction of labor in preeclamptic women with previous section and intrauterine fetal death.

Key words: Misoprostol, previous section, fetal death.

Misoprostol, çok uzun süredir servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonu için kullanılan çoğunluk tarafından kabul görmüş bir prostoglandin E1 analogudur. Ancak hala hangi doz, aralık ve yoldan kullanılması gerektiğine dair birbirinden farklı görüşler bulunmaktadır. Misoprostol, kullanılmaya başlandığı ilk yıllarda oldukça düşük dozlarda kullanılmasına karşın, özellikle ikinci ve erken üçüncü trimester gebelik sonlandırılması ve doğum indüksiyonunda artık oldukça yüksek, vaginal ve oral dozlarda kullanılmaya başlanmıştır (1,2). Ancak daha önce geçirilmiş sezaryan operasyonu gibi uterusu skar oluşturan durumlarda uterus rüptürü oluşturabileceğine dair yayınlar olması, bu olgularla karşılaşılan obstetrisyenlerde tedirginliğe yol açmaktadır (3).

Miada yakın ve Bishop skoru uygun gebeliklerde oldukça düşük dozlarda etkili olan Misoprostol, ikinci trimester ve erken üçüncü trimester gebeliklerde bu dozlarda çok etkin olmamaktadır. Özellikle canlı gebeliklerde etkinliği daha uzun sürede ortaya çıkmaktadır (4).

İntrauterin fetal ölüm preeklampitik gebelerde sık görülen bir obstetrik komplikasyondur. Eğer Bishop skoru uygun değilse oksitosinle doğum indüksiyonu bu olgularda etkin olamayabilmekte ve yüksek doz oksitosine ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle doğumun bir an önce gerçekleşmesinin çok önemli olduğu bu hastalar daha önce sezaryan geçirmişlerse, obstetrisyende misoprostol kullanırken tedirginlik bir kat daha artırmaktadır.

Bu çalışmada, daha önce sezaryen geçirmiş intrauterin fetal ölüm gerçekleşmiş olan preeklampitik hastalarda misoprostol uygulamasının maternal sonuçları araştırıldı ve literatür ışığında tartışıldı.

MATERYAL ve METOD

Bu çalışma, 2001-2003 tarihleri arasında intrauterin fetal ölüm ve preeklampsi nedeniyle başvuran ve daha önce geçirilmiş sezaryen operasyonu olan 6 gebe kadının dosya kayıtları incelenerek yapıldı. 6 preeklampitik hasta yatışta tansiyon arteriel yüksekliği ve intrauterin fetal ölüm tespit edildikten sonra kliniğe kabul edildi. Preeklampsi yoğun bakımda yatak istirahati sonrasında 20 dakika arayla yapılan tansiyon arteriel ölçümlerinden sonra rutin tetkikleri istenen gebelerde preeklampsi tanısı laboratuvar sonuçlarıyla kesinleştikten sonra gebelik terminasyonu amacıyla 50 µgr misoprostol intravaginal uygulandı, yeterli cevap alınamayan olgularda 6 saat arayla 50 µgr vaginal ve 200 µgr oral misoprostol ile devam edildi. Kontraksiyonları başlayan ancak doğumun ilerlemediği olgularda % 2'lik oksitosinle ogmentasyon yapılmaya başlandı. Ağır preeklampsi kriterlerine sahip gebelere eklampsi profilaksisi amacıyla iv. MgSO₄ başlandı. Gebelik terminasyonunu takiben gebeler doğum süresi, uygulanan misoprostol dozu ve postpartum gelişen komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen gebeler 23-40 yaş arasında ortalama doğum doğum yaşı 31.17±5.78, gravida 2-4 (2.67±0.82), Para 1-3 (1.50±0.84), gebelikleri 28-36 gebelik haftasında ortalama gebelik haftası 32±4.05 idi (Tablo 1-2).

Gebelerin serviksleri değerlendirildiğinde, 3 gebenin serviksi forme kapalı, 3 gebe ise multipar açıklıkta servikse sahip olduğu tespit edildi. Bütün gebelerin Bishop skoru ortalaması 3'ün altındaydı. Misoprostol uygulandıktan sonra en erken 320 dakikada, en geç 2880 dakikada gebelik sonlandırıldı. Vaginal en az 50 µgr en çok 150 µgr, oral en az 200 µgr en çok 400 µgr misoprostol uygulandı. 4 olguya % 2'lik oksitosinle indüksiyon uygulandı, 3 olguya ağır preeklampsi kriterlerine sahip oldukları için iv. MgSO₄ ile eklampsi profilaksisi yapıldı.

Olgulardan hiçbirinde postpartum komplikasyon gelişmedi. Doğum sonrasında bütün gebelerin uterus skarları transservikal olarak elle kontrol edildi, hiçbirinde uterin skarda ayrılma tespit edilmedi.

TARTIŞMA

Misoprostol, servikal olgunlaşma ve doğumun indüksiyonunda diğer ajanlara göre daha etkin ucuz ve güvenilir olduğunun bildirilmesine karşın, uygulama dozu ve aralığı hakkında görüş ayrılıkları hala devam etmektedir. Bu durum, etkili olan en az doz ile komplikasyonlara yol açabilecek dozun ne olduğunun önceden tahmin edilmesinde güçlükler neden olmaktadır. Serviks olgunlaşmadığı termden uzak olguların beraberinde geçirilmiş sezaryen varsa, misoprostol uygulaması sonrasında uterus rüptürüne daha sık rastladığı belirtilmektedir (5). Özellikle geçirilmiş sezaryenli gebelerde misoprostolun dikkatle kullanılması gerektiği belirtilmektedir.

Tablo 1. Olguların özellikleri.

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6
YAŞ	30	29	35	30	40	23
Gravida Para	G:3 P:2	G:3 P:1	G:4 P:3	G:2 P:1	G:2 P:1	G:2 P:1
Misoprostol total dozu	50 µgr vaginal	100 µgr vaginal	100 µgr vaginal 400 µgr oral	50 µgr vaginal	125 µgr vaginal 400 µgr oral	50 µgr vaginal
Fetal ağırlık	1500 gr	310 gr	1750 gr	1675 gr	980 gr	1960 gr
Komplikasyon	yok	yok	yok	yok	yok	yok
Serviksin durumu	Forme kapalı	Forme kapalı	Multipar vasıfta	Forme kapalı	Multipar vasıfta	% 30-40 efafe 1 cm
Doğum süresi	2880 dk	2820 dk	585 dk	380 dk	420 dk	320 dk
Oksitosin		+	+	+	+	
MgSO ₄		+		+		+

Tablo 2. Gebelerin demografik bulguları.

Yaş	23-40 (31.17±5.78)
Gravida	2-4 (2.67±0.82)
Para	1-3 (1.50±0.84)
Gebelik haftası	28-36 (32±4.05)

İntrauterin fetal ölümlerde de gebeliğin terminasyonu için misoprostol ucuz ve etkin olduğu için tercih edilmektedir. Ölü fetüslerin sonlandırılmasının canlı fetüslere göre daha hızlı gerçekleştiği belirtilmektedir (4). Oral misoprostolun daha etki olduğunu belirten çalışmalar olduğu kadar tersini de iddia eden çalışmalar mevcuttur (6-8). Özellikle ölü fetüslerde misoprostolun daha etkin olduğu belirtilmektedir. Gebeliklerin çoğunluğu bu çalışmalarda 200-600 µgr gibi yüksek dozda

intravaginal uygulama ile 12-15 saatte sonlandırılmıştır. Bizim çalışmamızda oldukça geniş bir zaman aralığında (320-2880 dk) doğumun gerçekleşmiş olması, uyguladığımız dozun düşüklüğü ve olgu sayısının azlığından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmadaki olguların, beraberinde preeklampsinin olması obsterisyeni tedirgin ederek düşük doz misoprostol uygulamasına neden olduğu düşünüldü.

Preeklampitik olguların gebeliklerinin terminasyonunda misoprostol kullanılması ile ilgili literatürde az sayıda olgu bulunmaktadır (9,10). 50 µgr intravaginal misoprostol 4 saatte bir kullanılarak yapılan çalışmalarda misoprostolun etkin ve güvenilir olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda doğumun ortalama 12 saatte olduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmada olduğu gibi, intrauterin fetal ölümle komplike aynı zamanda uterusu skarlı olduğu için rüptür olasılığının arttığı gebelerde optimum dozun ne olduğu daha geniş gruplarda yapılacak çalışmalarla ortaya konulabilir. Ancak, bu çalışmadaki küçük grupta misoprostole bağlı komplikasyon görülmemesi misoprostolun düşük dozda güvenli bir şekilde kullanılabileceğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Bugalho A, Bique C, Machung F, Faundes A:** Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 171:538-541, 1994.
2. **Herabutya Y, Chanarachakul P:** Punyavachira. Induction of labor with vaginal misoprostol for second trimester termination of pregnancy in the scarred uterus. *Int J Gynecol Obstet* 83:293-297, 2003.
3. **Kahbbaz AY, Usta IM, El-Hajj MI, Abu-Musa A, Seoud M, Nassar AH:** Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction: case report and review of the literature. *J Matern Fetal Med* 10:141-145, 2001.
4. **Srisomboon J, Pongpisuttinun S:** Efficacy of intracervicovaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a comparison between live and dead fetuses. *J Obstet Gynaecol Res* 24:1-5, 1998.
5. **Chapman S, Crispens MA, Owen J, Savage K:** Complications of mid-trimester pregnancy terminations: the effect of prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 174:356, 1996.
6. **Chittacharoen A, Herabutya Y, Punyavachira P:** A randomized trial of oral and vaginal misoprostol to manage delivery in cases of fetal death. *Obstet Gynecol* 101:70-73, 2003.
7. **Mendilcioglu I, Simsek M, Seker PE, Erbay O, Zorlu CG, Trak B:** Misoprostol in second and early third trimester for termination of pregnancies with fetal anomalies. *Int J Gynaecol Obstet* 79:131-135, 2002.
8. **Ramin KD, Ogburn PL, Danilenko DR, Ramsey PS:** High-dose oral misoprostol for mid-trimester pregnancy interruption. *Gynecol Obstet Invest* 54:176-179, 2002.
9. **Sahin HG, Sahin HA, Kocer M:** Induction of labor in toxemia with misoprostol. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81:252-257, 2002.
10. **Sahin HG, Sahin HA, Surucu R, Guvercinci M:** A study of intravaginal misoprostol for induction of labor in toxemia of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 71:3-9, 2001.