

BÖLÜM 31

POSTTERM GEBELİK

Alaattin KARABULUT¹

GİRİŞ

Postterm gebelik 42. gebelik haftası dolmasına rağmen doğumun gerçekleşmemesi durumudur.

TERM GEBELİKLERİN SINIFLANDIRILMASI

Erken Term: 37+0 ila 38+6 haftalar arasını,

Full Term: 39+0 ila 40+6 haftalar arasını,

Geç Term: 41+0 ila 41+6 haftalar arasını,

Post Term: 42+0' dan büyük haftada olan gebelikleri tanımlar(1).

PREVALANS

ABD'deki verilere baktığımızda; gebelerin %0,25'i 42. gebelik haftası sonrasında, %4,88'i ise 41. gebelik haftası sonrasında doğum yapmaktadır(2).

ETİYOLOJİ

Çoğu olguda bilinen bir etiyoloji yoktur. Maternal ve fetal genetik/epigenetik süreçler ile doğumla ilgili bazı enzimatik süreçlerdeki bozukluklar postterm gebelik ile ilişkilendirilebilir. Örneğin; plasental sülfataz eksikliği ile ilişkili fetal bozukluklar (X'e bağlı iktiyozis gibi) durumunda gebeliklerin ortalama süresi normal olgulara göre 1 hafta daha uzun tespit edilmiştir. Ancak yine de bu olgularda dahi gebeliklerin çoğu 42. haftadan önce doğumla sonuçlanmaktadır. Anensefali fetüsler de postterm gebelikle sonuçlanmakla beraber günümüzde erken tanı alıp terminasyon uygulandığından postterm döneme ulaşan olgular pek görülmemektedir(3-7).

¹ Op. Dr., İzmir Aliğa Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
alaattin_karabulut@hotmail.com

RİSK FAKTÖRLERİ

Postterm gebelik öyküsü, postterm gebelik için en önemli risk faktörüdür, rölatif risk ≥ 2 olarak saptanmıştır. Rölatif risk < 2 olan diğer risk faktörleri ise şunlardır: erkek fetüs, obezite (vücut kitle indeksi 25 ve üzeri olan gebeler), nulliparite, ileri maternal yaş, annenin veya babanın postterm doğum öyküsü, beyaz ırk(3, 8–15).

TANI

Son adet tarihine göre belirlenen gebelik haftası ile 22 hafta öncesi yapılan ultrasonografik incelemeye göre hesaplanan gebelik haftası arasında 5 ila 7 günden fazla fark olduğunda ultrasonografik hafta doğru kabul edilmelidir. Bu yaklaşımın istisnası ise yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebeliklerdir.

KOMPLİKASYONLAR

Postterm gebeliklerde fazla fetal büyüme ve uteroplasental yetmezliğe bağlı olarak fetal, neonatal ve maternal bazı komplikasyonlar gelişebilir.

- **Oligohidramniyoz**
- **Fetal Distres**
- **Plasental Yetmezlik**
- **Mekonyum Aspirasyonu**
- **Artmış Sezaryen Oranı**
- **Makrozomi**

Bu fetüsler term fetüslerden daha büyük olma eğiliminde olduklarından makrozomi oranı daha yüksektir. Term gebeliklerde %0,8-1 olan oran postterm gebeliklerde %2,5-10'dur(16, 17).Makrozomi varlığında, travay arresti, sezaryen doğum, müdahaleli vajinal doğum(vakum/forseps uygulamaları), omuz distosisi, maternal genital yaralanmalar, fetal yaralanmalar, atoni gibi durumların gelişme ihtimali artar ve ayrıca neonatal dönemde metabolik problemlere zemin hazırlayabilir.

- **Perinatal Mortalite**

Perinatal mortalite için riskin en düşük olduğu zaman aralığı 38+0 – 41+0 aralığıdır. 41. haftadan sonraki doğumlarda bu aralığa göre yenidoğan ölümü 3 kat daha fazladır. Haftalar bazında bakılacak olursa; 42. haftayı geçince 2 kat, 43. haftayı geçince 5 kat, 44. haftayı geçince 7 kat artmış risk mevcuttur(18–22). Bu

artışta ilerleyen haftalarda gelişebilecek plasental yaşlanmaya bağlı uteroplental yetmezlik, kord kompresyonuna bağlı fetal hipoksi/asfiksi, mekonyum aspirasyonu ve intrauterin enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır(19, 23).

- **Postmatürite Sendromu**

Postterm gebeliklerin %20 kadarında kronik intrauterin malnütrisyonu bağımlı olarak postmatürite sendromu görülür. Gelişen oligohidramniyozis nedeniyle kord kompresyonu riski artmıştır ve bu şekilde gelişen uteroplental yetmezliğe bağlı olarak anormal antepartum ve intrapartum fetal kalp ritimleri izlenir. Postmatür bebeklerde uzun ince bir vücut yapısı vardır. Tırnakları uzundur, cildi kırışık olup yamalı ve parşömen benzeri bir görütüsü vardır. Gözleri açık, uyanık ve endişeli yüz ifadesi mevcuttur. Bu bebeklerde neonatal dönemde hipoglisemi, polisitemi, mekonyum aspirasyonu, pulmoner hipertansiyon ve nörogelişimsel komplikasyonların riski artmıştır(24, 25).

YÖNETİM VE TEDAVİ

ACOG; hipertansiyon, oligohidramniyoz ya da güven vermeyen fetal durum yok ise 42. hafta tamamlanana kadar normal gebelik takibi yapılmasını, sonrasında doğum indüksiyonunun düşünülmesini önermektedir ancak 41+0 sonrasındaki indüksiyonu da kabul edilebilir olarak ele almaktadır(26). Ekspektan yaklaşım ile indüksiyonu maternal, fetal ve neonatal sonuçlar bakımından karşılaştıran geniş meta analizlere bakıldığında 41+0 sonrasındaki doğumlarda perinatal mortalite, ölü doğum, sezaryen oranları, neonatal yoğun bakım ihtiyacı oranları artmaktadır(27, 28). Bu yüzden 41. hafta tamamlandığında doğum indüksiyonu uygulamak akılcı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.

Doğum indüksiyonunda servikal olgunlaşma için uygulanan dinoproston ve balon katater arasında maternal morbidite, neonatal morbidite ve güven vermeyen fetal durum nedenli sezaryen oranlarında belirgin bir fark bulunmamaktadır(29). Servikal olgunlaştırıcı ajanları ve indüksiyonu tercih etmeyen hastalarda membran stripping de denenebilir(30).

Ekspektan yaklaşımla 42. hafta tamamlanacak olan olgularda ise 41. haftadan sonra haftada en az iki kere fetal biyometri yapmak gerekir. Oligohidramniyoz veya güven vermeyen fetal durum tespit edildiğinde indüksiyona başlanmalıdır(31, 32).

KAYNAKLAR

1. ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2013;122(5):1139–1140.
2. Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP. Births: Final Data for 2020 Figure 1. Live births and general fertility rates: United States. *Natl. Vital Stat. Reports* 2022;70(17). [<https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>]. 19.2.2023 tarihinde erişilmiştir.
3. Oberg AS, Frisell T, Svensson AC, Iliadou AN. Maternal and fetal genetic contributions to post-term birth: familial clustering in a population-based sample of 475,429 Swedish births. *Am. J. Epidemiol.* 2013;177(6):531–537.
4. Liu X, Helenius D, Skotte L, Beaumont RN, Wielscher M, Geller F, et al. Variants in the fetal genome near pro-inflammatory cytokine genes on 2q13 associate with gestational duration. *Nat. Commun.* 2019;10(1). doi:10.1038/S41467-019-11881-8.
5. Taylor NF. Review: placental sulphatase deficiency. *J. Inherit. Metab. Dis.* 1982;5(3):164–175.
6. Bedin M, Alsat E, Tanguy G, Cedard L. Placental sulfatase deficiency: clinical and biochemical study of 16 cases. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1980;10(1):21–34.
7. Mine AB, Adamsons K. The relationship between anencephaly and prolonged pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* 1969;76(2):102–111.
8. Mogren I, Stenlund H, Högberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int. J. Epidemiol.* 1999;28(2):253–257.
9. Laursen M, Bille C, Olesen AW, Hjelmberg J, Skytthe A, Christensen K. Genetic influence on prolonged gestation: A population-based Danish twin study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004;190(2):489–494.
10. Olesen AW, Basso O, Olsen J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. *BMJ* 2003;326(7387):476.
11. Morken NH, Melve KK, Skjaerven R. Recurrence of prolonged and post-term gestational age across generations: maternal and paternal contribution. *BJOG* 2011;118(13):1630–1635.
12. Divon MY, Ferber A, Nisell H, Westgren M. Male gender predisposes to prolongation of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002;187(4):1081–1083.
13. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Who is at risk for prolonged and post-term pregnancy? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009;200(6):683.e1-683.e5.
14. Stotland NE, Washington AE, Caughey AB. Prepregnancy body mass index and the length of gestation at term. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007;197(4):378.e1-378.e5.
15. Denison FC, Price J, Graham C, Wild S, Liston WA. Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labour at term. *BJOG* 2008;115(6):720–725.
16. MG R, JC D. Management of post-term pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 1992;326(24):10.
17. Lu Y, Zhang J, Lu X, Xi W, Li Z. Secular trends of macrosomia in southeast China, 1994-2005. *BMC Public Health* 2011;11. doi:10.1186/1471-2458-11-818.
18. Nakling J, Backe B. Pregnancy risk increases from 41 weeks of gestation. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006;85(6):663–668.
19. Divon MY, Haglund B, Nisell H, Otterblad PO, Westgren M, Caritis SN, et al. Fetal and neonatal mortality in the postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998;178(4):726–731.
20. De Los Santos-Garate AM, Villa-Guillen M, Villanueva-García D, Vallejos-Ruiz ML, Murguía-Peniche MT. Perinatal morbidity and mortality in late-term and post-term pregnancy. NEOSANO perinatal network's experience in Mexico. *J. Perinatol.* 2011;31(12):789–793.
21. Bruckner TA, Cheng YW, Caughey AB. Increased neonatal mortality among normal-weight births beyond 41 weeks of gestation in California. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008;199(4):421.e1-421.e7.
22. Lindgren L, Stuart A, Herbst A, Källén K. Stillbirth or neonatal death before 45 post-menstrual weeks in relation to gestational duration in pregnancies at 39 weeks of gestation or beyond: the impact of parity and body mass index. A national cohort study. *BJOG* 2022;129(5):761–768.

23. Maiti K, Sultana Z, Aitken RJ, Morris J, Park F, Andrew B, et al. Evidence that fetal death is associated with placental aging. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017;217(4):441.e1-441.e14.
24. Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity. Evaluation of fetoplacental function; management of the postterm gravida. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1975;123(1):67-103.
25. Shime J, Librach CL, Gare DJ, Cook CJ. The influence of prolonged pregnancy on infant development at one and two years of age: a prospective controlled study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1986;154(2):341-345.
26. Practice bulletin no. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstet. Gynecol.* 2014;124(2 Pt 1):390-396.
27. Alkmark M, Keulen JKJ, Kortekaas JC, Bergh C, Van Dillen J, Duijnhoven RG, et al. Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS Med.* 2020;17(12). doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1003436.
28. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane database Syst. Rev.* 2020;7(7). doi:10.1002/14651858.CD004945.PUB5.
29. Diguisto C, Le Gouge A, Arthuis C, Winer N, Parant O, Poncelet C, et al. Cervical ripening in prolonged pregnancies by silicone double balloon catheter versus vaginal dinoprostone slow release system: The MAGPOP randomised controlled trial. *PLoS Med.* 2021;18(2). doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1003448.
30. De Miranda E, Van Der Bom JG, Bonsel GJ, Bleker OP, Rosendaal FR. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *BJOG* 2006;113(4):402-408.
31. Guidetti DA, Divon MY, Langer O. Postdate fetal surveillance: is 41 weeks too early? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989;161(1):91-93.
32. Bochner CJ, Williams J, Castro L, Medearis A, Hobel CJ, Wade M. The efficacy of starting post-term antenatal testing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1988;159(3):550-554.