

Van ve Yöresinde Maternal Mortalite Oranı ve Etiyolojide Rol Alan Faktörlerin Tespiti

H.Güler ŞAHİN, Hüseyin Avni ŞAHİN, Mansur KAMACI, Muzaffer ŞENGÜL, Neşe ÇOLÇİMEN
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-VAN

ÖZET

VAN VE YÖRESİNDE MATERNAL MORTALİTE ORANI VE ETİYOLOJİDE ROL ALAN FAKTÖRLERİN TESPİTİ

Amaç: Kliniğimizde anne ölümü ile sonuçlanan olguların etyolojisinde yer alan nedenlerin tespiti.

Yöntem: 1997 ocak ile 2000 aralık tarihleri arasında kliniğimizde anne ölümü ile sonuçlanan 30 olgu incelendi.

Bulgular: Bu süre içerisinde kliniğimizdeki canlı doğum sayısı 3107 olup 30 adet anne ölümü mevcut idi ve mortalite oranımız 100 000'de 960 olarak tespit edildi. Anne yaş ortalaması 34.1 ± 18.11 , gravida ortalaması 6.40 ± 3.85 , parite ortalaması 5.03 ± 3.27 , gebelik haftası ortalaması ise 34.51 ± 6.72 hafta olarak saptandı. Hastaların % 93.33'ünün sosyo-ekonomik durumu kötü ve % 96.66'sı ise okur yazar değildi. Olguların % 66.66'sı kırsal kesimden gelmekteydi. Hastaneye yatış esnasında ortalama hemoglobin düzeyi 8.98 ± 4.0 mg/dl olarak belirlendi ve antenatal takip oranı % 6.66 idi. Ölüm etyolojisindeki faktörler ise sırayla % 23.33 plasenta dekolmanı, % 23.33 eklampsi, %13.33 HELLP, %10 ağır preeklampsi, % 10 hariçte uterin rüptür, % 6.66 puerperal enfeksiyon, % 3.33 plasenta previa, % 3.33 pulmoner emboli, % 3.33 beyin apsesi ve % 3.33 abortus idi.

Sonuç: Hemorajik komplikasyonlar ve hipertansif hastalıklar maternal mortalite etyolojisindeki en önemli faktörler olup, antenatal takip oranının artırılması ve kan ürünlerinin hazır bulundurulmasının bölgemizdeki yüksek oranı azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Maternal mortalite oranı, Etiyoloji

SUMMARY

ASSESSMENT OF RISK FACTORS THAT TAKE PLACE IN THE ETIOLOGY OF MATERNAL MORTALITY IN VAN REGION

Objective: To determine the causes of maternal mortality and the rate of maternal mortality.

Material and Methods: The cause of 30 maternal deaths that occurred between January 1997 and December 2000 were investigated.

Results: During this period 3107 livebirths and 30 maternal deaths occurred. The maternal mortality ratio was 960 per,100000 livebirths. The mean maternal age was 34.11 ± 8.11 years, mean gravida was 6.40 ± 3.85 , mean parity was 5.03 ± 3.27 , mean gestational age was 34.51 ± 6.72 weeks. The socio-economic status of the patients were low in 93.33 % of the patients, 96.66 % were illiterate, 66.66 % were from rural region. The mean hemoglobin level on admission was 8.98 ± 4.0 mg/dl and the rate of antenatal care was 6.66 %. The causes of death were 23.33 % abruptio plasenta, 23.33 % eclampsia, 13.33 % HELLP, 10 % severe pre-eclampsia, 10 % uterine rupture, 6.66 % puerperal infection, 3.33% placenta previa, 3.33 % pulmonary embolism, 3.33 % brain abscess, 3.33 % abortion.

Conclusion: Hemorrhagic complications and hypertensive disorders of pregnancy are the leading causes of maternal mortality in this region. Improvement in antenatal care programs and availability of blood products for transfusion will largely reduce this high maternal mortality rate.

Key Words: Maternal mortality ratio, Etiology

Maternal mortalite oranları gelişmiş ülkelerde oldukça düşük olmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) her yıl 500.000 kadı-

nın gebeliğe bağlı olarak hayatını kaybettiğini ve bu ölümlerin % 99'unun gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiğini tahmin etmektedir (1). Gelişmekte olan ülkelerdeki en önemli maternal ölüm sebepleri kanama, gebelik toksemileri ve sepsis olup gelişmiş ülkelerin 50 yıl önceki durumlarını yansıtmaktadır (2). Maternal mortalite oranı: 100.000 canlı doğuma düşen maternal mortalite sa-

Yazışma Adresi: Dr. Güler Şahin

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-Van

yısıdır. Maternal mortalite ve oranını ifade etmek için çok değişik tanımlar yapılmasına karşın Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen ICD-9 ve ICD-10 (9th and 10th revisions of International Classification of Disease)'da özetlenen tarif kullanılmıştır. Yaygın olarak kullanılan bu tanıma göre maternal mortalite 4 gruba ayrılmıştır (3).

1. Direkt maternal mortalite: Gebelik, travay, doğum ve lohusalıkta oluşan obstetrik komplikasyonlardan, girişimlerden, ihmaller ve yanlış tedavilerden kaynaklanan ölümler.

2. İndirekt maternal mortalite: Gebelik öncesi mevcut olan ve gebelik tarafından agrave edilen hastalıklara bağlı ölümler.

3. Gebeliğe bağlı ölümler: Gebe iken veya gebeliğin sonlandırılmasından sonraki 42. güne kadar ölüm nedenine bakılmaksızın oluşan ölümler.

4. Geç anne ölümleri: Doğumdan 42 gün sonrası ile 1 yıl içerisinde görülen direkt ve indirekt obstetrik nedenlere bağlı ölümler.

Biz bu çalışmada kliniğimizde direkt ve indirekt anne ölümlerinin etyolojisinde yer alan nedenleri ve annelerin sosyo demografik özelliklerini, sorunun çözümünde bize yol göstermesi için tespit etmeye çalıştık.

YÖNTEM

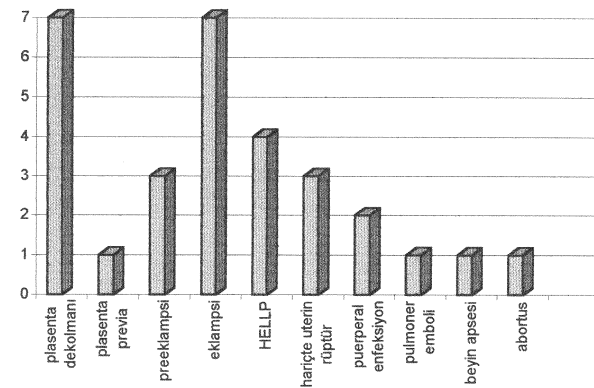
Ocak 1997 tarihi ile Aralık 2000 tarihleri arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde anne ölümü ile sonuçlanan 30 olgu incelendi. Olguların ortalama yaşları, pariteleri, gravidaları, yaşayan çocuk sayıları, sosyo-ekonomik özellikleri, eğitim düzeyleri, antenatal takip almadıkları ve gebelik esnasında gelişen komplikasyonlar, klinik ve laboratuvar bulguları kaydedildi. Mortalite oranımız 100.000 canlı doğumdaki anne ölümü olarak belirlendi. Maternal mortalite ve maternal mortalite oranı tanımında ICD-9 (Nineth Revision of the international Classification of Diseases) tarafından yapılan tanımlama kullanıldı. Anne ölümüne neden olan hastalıkların oranları belirlenip en sık maternal mortalite oranı nedeni tespit edildi. Ölümün önlenilebilirlik durumu araştırıldı. Frekans dağılımları ve tanımlayıcı ölçüler SPSS istatistik programı yardımı ile değerlendirildi.

BULGULAR

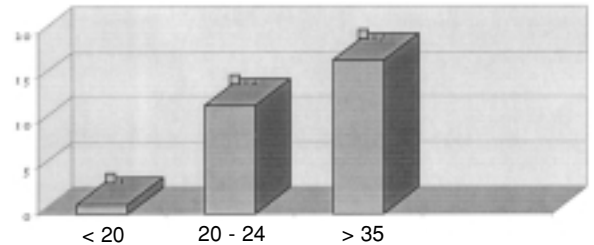
Ocak 1997 ile Aralık 2000 arasındaki 4 yıllık süre içerisinde 3107 canlı doğum ve 30 adet maternal mortalite tespit edildi. Maternal mortalite oranımız 100.000 de 960 (% 0.96) olarak bulundu. Olgularımızın sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1'e göre anne yaş ortalaması, gravida ortalaması, parite ortalaması yüksek olarak

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Ortalamalar SD	Oranlar %
Yaş ortalaması(yıl)	34.11 ± 8.11	
Gravida ortalaması	6.40 ± 3.85	
Parite ortalaması	5.03 ± 3.27	
Gebelik haftası	34.5 ± 16.72	
Sosyoekonomik durumu kötü olanlar		%93.33
Okur yazar olmayanlar		%96.66
Kırsal kesimden başvuranlar		%66.66
Antenatal takip almayanlar		%93.34



Grafik 1. Anne ölümünde rol alan hastalıklar



Grafik 2. Anne yaş ortalamaları.

bulundu. Olguların büyük bir kısmında sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu, okur-yazar oranının %3.34 olduğu, anne ölümlerinin gebeliğin son trimesterinde daha sık görüldüğü ve bu olguların çok yüksek bir oranının (%93.34) antenatal takip almadığı görüldü. Yaşa göre maternal mortalite dağılımı ise Grafik 2'de gösterildiği gibi 35 yaş ve üzerinde anlamlı olarak yüksekti (%56.66).

Ölüm etyolojisinde rol alan faktörler ise Grafik 1'de gösterilmiştir. Grafik 1'e göre anne ölümlerinin etyolojisinde gebelik toksemisi ilk sırayı (%46.66) alırken, hemorajik faktörlerin ikinci (%40) sırada olduğu görüldü.

Dört yıllık dönemde meydana gelen anne ölümleri önlenilebilirlik yönünden incelendiğinde Tablo 2'de görüldüğü gibi çok yüksek bir oran (%96.66) tespit edildi. Hemorajik nedenlerle bağlı

Tablo 2. Maternal Mortalite Önlenebilirlik Oranı

Önlenebilirlik Durumu	Sayı	Oran %
Zamanında hızlı ve yeterli kan transfüzyonu ile önlenebilirlik (hemorajiden ölen anneler).	11	%36.66
Düzenli prenatal bakım ve hastaneye erken müracaatla önlenebilirlik (eklampsi, preeklampsi, puerperal enfeksiyon, HELLP, abortus, beyin apsesi).	18	%60.00
Toplam önlenebilirlik oranı	29	%96.66
Bilimsel olarak önlenmesi güç (pulmoner emboliden ölen anneler).	1	%3.34

anne ölümlerinin hastaneye yatış esnasında hemoglobin düzeyleri 3 mg/dL ile 16 mg/dL arasında dağılım göstermekte olup, ortalama hemoglobin düzeyi 8.98 ± 4.0 mg/dL olarak saptandı.

TARTIŞMA

Anne ölümü tüm ölümlerin en trajik olanıdır. Mutlu bir olaya hazırlanan aile sıklıkla genç bir kadının ölümü ile geride annesiz çocukların kalması ve bir ailenin dağılması gibi istenmeyen olaylar zinciri ile yüz yüze kalır. Bu ölümlerin bir kısmı alınacak önlemlerle ortadan kaldırılarak bu trajik tablonun görülme oranları azaltılabilir.

Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar Avrupa ve Kuzey Amerika'ya göre 100-200 kat daha fazla maternal mortalite riskine sahiptir (4). Gelişmiş ülkelerdeki anne ölüm oranlarındaki azalmanın en önemli belirleyicisi sosyo-ekonomik gelişme değil, medikal teknolojiye yeniliklerin uygulamaya geçişi olmuştur (5,6). Maternal mortalite oranı İngiltere'de yüz binde 7, Hollanda'da 8.8, Amerika'da 9,1 (genel olarak gelişmiş olan ülkelerde yüz binde 30 iken) Latin Amerika'da 270, Asya ülkelerinde 420, Afrika ülkelerinde 640 olarak belirtilmiştir (7). Bizim saptadığımız oran ise yüz binde 960 olup, bu kadar yüksek olmasının sebebi referans hastanesi olmamızdan kaynaklanmaktadır. Çevre ilçe ve illerdeki komplikasyonlu gebeliklerin büyük bir kısmı hastanemize sevk edilirken komplikasyonsuz doğumların büyük kısmı evde ve diğer hastanelerde yapılmaktadır. Bu doğumların hepsi kaydedilmediği gibi anne ölümlerinin hepsi de bildirilmemektedir. Bütün bu nedenlerden dolayı bu bölgenin maternal mortalite oranı bu kadar yüksektir diyebilmek mümkün değildir, ancak ölümle sonuçlanabilecek komplike vakaların (ani ölümler hariç) büyük bir kısmının hastanemize sevk edildiği için etyolojide yer alan faktörler bize yol gösterebilir.

Literatür incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerdeki maternal ölümlerin ana sebepleri hemoraji, toksemi ve sepsis olup bu gelişmiş ülkelerin 50 yıl öncesi ile aynıdır (2-6). Çalışmamızın sonuçları da bu sonuçlarla uyumludur. Ölüm sebebi sırayla gebelik toksemileri, hemorajik komplikasyonlar, puerperal enfeksiyon, pulmoner emboli ve beyin apsesisidir. Vakalarımızdaki ortalama yaş ve parite sayısına bakıldığında (Tablo 1 ve Grafik 2) klasik

obstetrik görüşle uyumlu olarak parite sayısı arttığında, yaş 35 ve üzerine çıkınca maternal mortalite de artmaktadır (8).

Gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite nedenleri arasında emboli belli başlı neden olarak belirtilmezken, gelişmiş ülkelerde son yıllarda ilk sırayı emboli almaktadır. Bunun da iki faktörle ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Birinci faktör embolik fenomenin önlenmesi, tanısı ve tedavisinin hemoraji, enfeksiyon ve gebeliğin hipertansif hastalığından daha zor olması, ikinci faktör ise ölüm sertifikalarında sıklıkla ölüm nedeninin pulmoner emboli olarak gösterilmesidir (9). Çalışmamızda bir olgu pulmoner emboli kliniği ile aniden eksitus olurken hasta yakınları kabul etmediği için otopsi yapılmamıştır.

Erkaya ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada iyi bir antenatal takip ile anne ölümlerinin önlenebilirlik oranını % 64.70 olarak saptamışlardır (8). 1997 yılında 6 aylık bir dönemi kapsayan ve hastane bildirimlerine dayalı olarak yapılan bir çalışmada; anne ölümlerinin % 90'nın kanama, uterus rüptürü ve preeklampsi, eklampsi gibi doğru obstetrik yaklaşımlarla önlenebilecek nedenlere bağlı olduğu bildirilmiştir (10). Düzenli antenatal bakım ve hastaneye erken müracaatla önlenebilir maternal mortalite oranımız %60, zamanında hızlı ve yeterli kan transfüzyonu ile önlenebilir maternal mortalite oranımız ise %36.66'dır. Literatürle kıyaslandığında maternal mortalite önlenebilirlik oranımız daha yüksek olup % 96.66'dır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre 1998 yılı esas alındığında Doğu Anadolu demografik bölgesinde doğum öncesi yeterli bakım alanların oranı %38.1'dir. Bu oran batı bölgelerinde % 85.5'dir (11). Erden ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada anne ölümleri içerisinde hipertansiyonun % 25 oranında rol oynadığını ve bunların büyük çoğunluğunun antenatal takip almadıklarını tespit etmişlerdir (12). Kliniğimizde yapmış olduğumuz çalışmada antenatal takibin yetersizliği (%93.34) göze çarpmaktadır ve bunun nedeninin sosyoekonomik durumun kötü, okur yazar oranının düşük olması ve kırsal kesimde oturuyor olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Gelişmiş ülkelerdeki oranların düşük olmasının sebebi sadece sosyoekonomik durumun daha iyi olmasına bağlı olmayıp tıp uygulamalarındaki gelişme-

ler, antibiyotiklerin ve kan transfüzyonlarının yaygın olarak kullanılabilmesi, doğuma eğitilmiş personelin müdahale etmesi, aile planlaması hizmetlerinin artması ile doğurganlığın azaltılması ve iyi bir antenatal takip programı ile gebelik ve gebeliğe bağlı sorunların erken tanı ve tedavisine bağlıdır (13).

SONUÇ

Sonuç olarak maternal mortaliteyi azaltmak için gelişmiş ülkelerin son 50 yıl içerisinde izledikleri yol örnek alınmalıdır. Yöremizdeki sosyo-ekonomik ve kültürel şartlar göz önüne alındığında doğurganlığın azaltılması, antenatal takip programlarının geliştirilmesi, hastanelerde kan ürünleri ve transfüzyon imkanlarının geliştirilmesi doğumların eğitilmiş kişilerin gözetiminde yapılması komplikasyonların erken tanı ve tedavisi ile bu oranları önemli ölçüde azaltılabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Maternal mortality rates: a tabulation of available data. 2 nd Edn. WHO document No FHE/86.3. 1986:1
2. Fikree FF, Midhet F, Sadruddin S, Berendes HW. Maternal mortality in different Pakistani sites: ratio, clinical causes and determinants. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76:637-45
3. Tobias A, Staffan B, Ulf H: Swedish maternal mortality in the 19th century by different definitions: previous stillbirths but not multiparity risk factor for maternal death. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 679-86
4. Mahler H. The safe motherhood initiative:A call to action. Lancet 1987:668
5. Loudon I. Maternal mortality in the past and relevance to developing countries today. Am J Clin Nutr 2000;72 (suppl): 241S-6S
6. Hogberg U, Wall S, Brostrom G. The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19th century Sweden. Int J Gynecolog Obstet 1986;24:251-61
7. Fox H. Pathology of Maternal Death. In Fox H, Wells M (eds) Obstetrical and Gynecological Pathology. Churchill Livingstone, Londone, 1995 :1837-51
8. Erkaya ve Ark. Ankara Zübeyde Hanım Doğumevinde 10 yıllık (1983-1992) maternal mortalite. T Klin Jinekoloj Obstet 1994;4:96-9
9. Kaunitz AM, Hughes JM, Grimes DA, Smith JC, Rochart RW, Kafriksen ME. Causes of maternal mortality in the United States. Obstet Gynecol 1985; 65:605
10. Yiğitbaş S. Hastane kayıtlarından anne ölümleri ve nedenlerinin araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 1998, s:61
11. HÜNEE (1999), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998
12. Erden AC, Yayla M. Preeklampside ve eklampside maternal fetal morbidite mortalite. Perinatoloji Dergisi 1993;1:24-30
13. Kwast BE. Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 1996;69:47-53