

Üniversite Hastanemizde Maternal Mortalite Oranı

Ahmet Yalınkaya, Yılmaz Özcan, Zozan Kaya, Zelal Savaş, Mahmut Erdemoğlu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı üniversite hastanemizin maternal mortalite oranını belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışma Ekim 2001 ile Aralık 2005 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında prospektif olarak yapıldı. Hasta bilgileri kliniğimizde ve diğer kliniklerde gebelik nedeniyle ölen kadınların kayıt edilmesi ile oluşturuldu. Hastaların yaşları, gebelik yaşları, mortalite nedenleri, öldüğü klinikler ve tedavileri değerlendirildi. Hastalar kliniğimize vardığında genel durumları değerlendirildi. Medikal tedavi şekilleri, cerrahi tedavileri ve maternal mortalite nedenleri irdelendi.

Bulgular: Dört yıl ve üç aylık sürede 88 anne gebelik komplikasyonları nedeniyle öldü. Bu dönem içinde yaklaşık 8000 doğum oldu ve maternal mortalite oranı (MMR) 1100/100.000 olarak bulundu. Ortalama maternal yaş 30.46 ± 7.13 (18-47), gravida 4.73 ± 3.71 (1-20), parite 3.84 ± 3.62 (0-18) olarak bulundu. Annelerin 49'u (%56.68) kliniğimizde, diğerleri diğer servislerde öldü. Hastaların 80'i (%90.90) okuryazar değildi ve sadece bir kadın üniversite mezunu, diğer 7'si ise düşük eğitim düzeyine sahiptiler. Maternal mortalitenin en sık nedenleri postoperatif ve postpartum kanama, intrakranial kanama, sepsis, karaciğer yetmezliği, pulmoner embolizm ve diseminan intravasküler koagülasyon idi.

Sonuç: Maternal mortalite hastanemizin primer problemidir ve bu durum bölgemizde mortalitenin yüksek olduğunu yansıtmaktadır. Bu yüksek orana düşük sosyoekonomik durum, yetersiz antenatal bakım, yüksek parite, dinsel ve geleneksel nedenler ve cahillik gibi pek çok neden katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Maternal mortalite oranı.

Maternal mortality rate in our university hospital

Objective: The aim of this study is to evaluate the maternal mortality rate in our university hospital.

Methods: This study was designed prospectively for October 2001 to December 2005 in Dicle University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology. The patients data were recorded when the mothers died related to pregnancy in our clinic and the other clinics. The patients age, gestational age, causes of mortality, dying clinics and therapies were determined. The general condition of patients was evaluated when they arrived in our hospital. The type of medications, surgical treatments, and causes of maternal mortality were evaluated.

Results: For four years and three months period, 88 mothers were died due to their pregnancy complications. Approximately 8000 deliveries occurred during this period, and maternal mortality rate (MMR) was found as 1100 in 100.000. Average maternal age was 30.46 ± 7.13 (18-47), gravida 4.73 ± 3.71 (1-20), parity 3.84 ± 3.62 (0-18). 49 (56.68%) mothers died in our clinic and the others died in different clinics. 80 (90.90%) patients were uneducated, and only one patient graduated from university and died from intracranial hemorrhage, and 7 mothers were lower educated. The most causes of mortality were postoperative and postpartum hemorrhage, intracranial hemorrhage, sepsis, hepatic failure, pulmonary embolism and disseminated intravascular coagulation.

Conclusion: Maternal mortality rate is the primary health problem in our hospital, and this situation reflects to high mortality rate in our region. Many causes can contribute for these high results; such as lower socio-economic situation, insufficient antenatal care, high parity, religion and traditional factors and illiterate women.

Keywords: Maternal mortality rate.

Giriş

Dünya genelinde her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu gelişen ülkelerde olmaktadır. Dünya Sağlık örgütüne (WHO) göre anne ölümlerinin %55'i Asya'da, %40'ı Afrika'da ve sadece %1'i gelişmiş ülkelerde olmaktadır. Ülkeler arasında tezat çok fazladır. Afrika'nın sub-Saharan'da maternal mortalite Asya'dan 2.5 kat ve gelişmiş ülkelere 20 kat daha yüksektir. Etkili müdahaleler anne ölümlerini azaltır, ancak dünyada fakirlik var olduğu sürece daha iyi sonuç alınmaz. 2005 Dünya Sağlık raporunda her yıl yarım milyon kadın gebelik nedeniyle ve beş yaş altı çocukların 10 milyondan fazlasının öldüğü bildirilmiştir. Bu ölümlerin çoğu önlenemez. Bu ölümlerin sağlık sistemlerinden, doğum müdahale tekniklerinden, sosyal ve kültürel nedenlerden kaynaklandığı vurgulanmıştır. Gelişmekte olan toplumlarda yüksek maternal mortalite oranı özellikle fakir kadınlarda kadın üreme sağlığının ciddi ihmali ve etkili müdahalelerin yapılmaması sonucu olduğu vurgulanmıştır.^{1,3} Ciddi aile planlama girişimleri sonucu gebelik sayısının azaltılması ile maternal mortalite oranı azaltılabilir. Ayrıca, kontrasepsiyon için kadınlar daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar. Maternal mortalitenin önlenmesinin esas anlamı kanama, infeksiyon ve doğum zorlukları gibi hızlı ve acil obstetrik bakım gerektiren durumlardır. Her doğumda ebe ve doktorun bulunması önemlidir.⁴ Gelişmekte olan ülkelere doğumların sadece yarısı profesyonel sağlık elemanı tarafından gerçekleştirilmektedir. Antibiyotik, cerrahi ve tıbbi merkezlere transportu gibi hayat kurtaran müdahaleler gibi durumlardan özellikle kırsal alanlarda kadınların çoğu yararlanamamaktadır. Bu kadınlar sağlık hizmeti için yeteri kadar maddi imkanları yoktur ve eşlerinin onlara sağladığı imkan kadar hizmet alabilmektedir.⁵ Aşağıdaki risk faktörleri maternal mortalite oranını artırabilirler:

- Antenatal bakım eksikliği veya yokluğu
- Gebe kadınların eğitimsiz olmaları
- Yüksek parite
- Periferlerden merkezlere refere edilmelerinin gecikmesi
- Aile planlamasının yetersizliği
- Anemi
- Zararlı geleneksel inançlar ve pratik
- Uygun olmayan obstetrik acil koşulları
- Kötü ekonomik koşullar
- Cinsiyete bağlı şiddet
- 40 yaşından büyük gebelikler
- Sivil savaşlar.⁶

Yöntem

Bu çalışma, hastanemizde dört yıl üç aylık sürede görülen maternal mortalite oranını (MMR) belirlemek amacıyla yapıldı. Ekim 2001 ile Aralık 2005 yılları arasında kliniğimizde ve diğer kliniklerde gebelik döneminde görülen maternal mortalite olguları ulaşılabildiği kadarıyla kayıt edildi. Kliniğimiz dışında diğer kliniklerde ölen hastaların bilgilerini mümkün olduğu kadar hasta yakınlarından, hasta dosyalarından ve klinik doktorlarından alındı. Ölen hastaların yaşı, gravidası, paritesi, düşük ve yaşayan çocuk sayıları, gebelik yaşı, gebelik durumu, direkt ve indirekt ölüm nedenleri, öldüğü servisler, ilk medikal ve cerrahi müdahaleler, takip şekli, ilk vardıklarında genel durumları, gebelik komplikasyonları ve mortalite gibi özellikleri değerlendirildi. Hastaların ilk tanıları ve mortalite nedenleri klinik ve laboratuvar bulguları ile değerlendirildi. Hasta yakınlarının kabul etmemesi nedeniyle hiçbir hastamıza otopsi uygulanamadı.

Bulgular

Dört yıl üç aylık sürede gebelik komplikasyonları nedeniyle 88 anne ölmüştür. Hastanemizde bu süre içinde yaklaşık 8000 doğum ger-

çekleşmiştir ve ve MMR 1100/100.000 olarak bulundu. Ortalama anne yaşı 30.46 ± 7.13 (18-47), gravida 4.73 ± 3.71 (1-20), parite 3.84 ± 3.62 (0-18). Annelerin 49'u (%56.68) kliniğimizde, diğerleri diğer servislerde öldüler. Hastaların 80'i (%90.90) okur yazar değildi ve bunun yanında üniversite mezunu olan bir hasta intrakranial kanama sonucu öldü, 7 hasta da düşük düzeyde okuryazar idi. Hastaların en çok tanısı hipertansif gebelikler idi ve sırasıyla eklampsi 26 (%29.54), preeklampsi 18 (%20.45), postoperatif kanama 10 (%11.36), fetal kayıp 7(%7.95), postpartum kanam 6 (%6.81) ve diğerleri 21 (523.86) (Tablo 1). Maternal mortalite hastaların 83'ünde (%94.13) direkt ve 5 olguda da (%5.68) indirekt nedenlerden (incinme: 3, lenfoma: 1, nörofibromatozis:1) dolayı olmuştur. Hastaların yarısından fazlası hipertansiyon (preeklampsi ve eklampsi) ile komplike olmuştur. Mortaliteni en sık nedeni postoperatif ve postpartum kanama, intrakranial kanama, sepsis, karaciğer yetmezliği, pulmoner embolizm ve disemine intravaküler koagulasyondur (Tablo 2). Kliniğimizde doğum yapan 43 hastanın ortalama gebe-

Tablo 1. Gebelik komplikasyonu sonucu ölen hastaların ilk tanısı.

| Hasta Tanısı | n=88 | % |
|-----------------------------------|------|-------|
| Eklampsi | 26 | 29.54 |
| Preeklampsi | 18 | 20.45 |
| Postoperatif kanama | 10 | 11.36 |
| Postpartum kanama | 8 | 9.09 |
| Intrauterin gebelik kaybı | 7 | 7.95 |
| Maternal enfeksiyon veya sepsis | 7 | 7.95 |
| Akciğer embolisi veya yetmezlik | 4 | 4.54 |
| Maternal travma | 3 | 3.40 |
| Plasenta dekolmanı | 3 | 3.40 |
| Bilateral ovaryal kitle (lenfoma) | 1 | 1.13 |
| Neurofibromatozis | 1 | |

lik yaşı 29.88 ± 6.08 idi, diğer hastalar ise hastanemize refere edilmeden önce doğum yapmışlardı. Hastalar kliniğimize vardıklarında 60'ının (%68.18) genel durumu kötü, 15'inin (%17.04) orta idi ve 23 (%26.13) hasta ilk 24 saat içinde kaybedildi. Hemorajik şok nedeniyle 10 hastada arteriyel tansiyon ölçülemedi. Kliniğimizde doğum yapan 43 hastadan 14'üne sezaryen uygulandı. Tüm hastalardan 41'ine (%46.59) sezaryen uygulandı, 21 (%23.86) hasta vaginal do-

Tablo 2. Maternal mortalite nedenleri.

| Sebepler | n=88 | % |
|---|------|-------|
| Uterin kanama (doğum öncesi ve sonrası, postoperatif) | 20 | 22.72 |
| Intrakranial kanama | 18 | 20.45 |
| Akciğer ödemi ve embolisi | 10 | 11.36 |
| Maternal sepsis | 9 | 10.22 |
| Karaciğer yetmezliği | 7 | 7.95 |
| Yaygın damar içi pıhtılaşma | 5 | 5.68 |
| Çoklu organ yetmezliği ile seyreden eklampsi | 4 | 4.54 |
| Yaygın damar içi pıhtılaşma + akut böbrek yetmezliği | 3 | 3.40 |
| Eklampsi + HELLP sendrom | 3 | 3.40 |
| Akut böbrek yetmezliği | 1 | 1.13 |
| Anestezi intoksikasyonu | 1 | |
| Beyin embolisi | 1 | |
| Jugular ven kateter komplikasyonu (kanama) | 1 | |
| Meningoensefalitis | 1 | |
| Karaciğer yırtılmasıyla seyreden eklampsi | 1 | |
| Lenfoma + spontan barsak perforasyonu ve sepsis | 1 | |
| Sezeryan sonrası barsak nekrozu | 1 | |
| Çoklu organ hasarı (Trafik kazası) | | |

ğum yaptı, 15 (%17.45) doğum yapamadı, 10 (%11.36) hastanın datası elde edilemedi ve 1 hasta da septik abortus yapmıştır. Hastalardan 5'ine refere edilmeden önce total abdominal histerektomi (TAH) yapılmıştı. Kanama nedeniyle toplam 12 (%13.63) hastaya histerektomi uygulandı, bunlar; vajinal doğum sonrası 5, sezaryen sonrası 4 ve Porro's 3 kanama nedeniyle uygulandı. Bilateral hipogastrik arter ligasyonu histerektomi sırasında uygulandı.

Tartışma

Gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle her yıl dünyada 500.000'nin üzerinde kadın ölmektedir. Bu ölümlerin çoğu Asya ve Afrika'da gelişmekte olan genç ve fakir annelerde olmaktadır. Doğu, orta ve batı Afrika'da yaşayan kadınlar gebe kaldıklarında, batı Avrupa'da yaşayan kadınlara göre 75 ile 100 kat daha fazla ölüm riski yaşamaktadır. Diğer yandan ekonomik yönden düşük sosyoekonomik durumdaki kadınlar gebe kaldıklarında yüksek sosyoekonomik gruptaki kadınlardan daha dezavantajlıdır ve 20 kat daha fazla ölüm riski taşırlar.^{7,8} Maternal mortalite oranı, gelişmekte olan ülkelerde çok yüksek, gelişmiş ülkelerde ise çok düşüktür. Maternal mortalitenin risk faktörleri çok çeşitlilik gösterir. Gelişmiş ülkeler dışında maternal mortalite ülkeler içinde alt gruplar arasında da farklılık gösterir. Yine gelişmiş ülkelerde kayıt sistemleri çok iyi tutulurken, gelişmekte olan ülkelerde ise kayıtlar çok sağlıksız ve çoğu zaman lokal akademik araştırmalara dayanabilmektedir.⁶ Maternal mortalite oranı (MMR) hala bölgemizde bilinmemektedir ve bu yüzden ilimiz resmi kurumlarında ciddi kayıt sistemleri olmadığından MMR ile ilgili yeterli bilgi elde edemedik. Hastane kayıt sistemlerinin yetersizliği ve yetersiz sağlık hizmetlerinden dolayı gerçek MMR bilinmemektedir. Maternal mortalite hastanemizde önemli bir sağlık problemidir ve bu durum bölgemizde maternal mortalite oranı-

nın yüksek olduğunu yansıtmaktadır. Her ay yaklaşık hastanemizde iki anne direkt veya indirekt gebelik nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bozkurt ve arkadaşlarının⁹ çalışmasında maternal mortalite oranı 143.4/100 000 olarak bulunmuş, ancak bu oran bizim sonuçlarımızdan çok farklıdır. Bu yüksek sonuçlarımız; bozuk sosyoekonomik durum, düşük gelir düzeyi, sağlık sigortasında eksiklik, antenatal bakım yetersizliği veya yokluğu, yüksek parite, dinsel ve geleneksel faktörler, cahillik, yetersiz aile planlaması hizmetleri ve hatalı sağlık politikaları gibi pek çok nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu çalışmamızda görülüyor ki maternal mortaliteye neden olan preeklampsi, eklampsi, hipertansiyon, kanama ve enfeksiyon gibi nedenlerin çoğu basit sağlık hizmetleri ile önlenabilir nedenlerdir, ancak ölen kadınlar antenatal dönemde çoğu, sağlık hizmetlerinden yararlanmamıştır. Yetersiz antenatal bakım, hijyenik olmayan koşullar, periferlerde gecikmeleri, merkezi sağlık merkezlerine geç intikalleri, uygun olmayan obstetrik acil girişimler, gecikmiş ve yetersiz müdahaleler maternal mortalite oranımızı artıran başlıca nedenlerdir. Maternal mortalite oranımız yüksek olmasına rağmen, hastanemizin, ilimizin ve bölgemizin gerçek mortalite oranını yansıtmamaktadır. Bu MMR hastanemizin gerçek oranından düşüktür, çünkü biz ulaşabildiğimiz kadarıyla ölen anneleri kayıt edebildik, kliniğimiz dışında diğer servislerde ölen tüm annelere ulaşamadığımızı ve kayıt altına alınmadığını söyleyebiliriz. Hastanemiz bir tersiyer merkez olduğundan komplike olmuş hastaların refere edilmesi, oranlarımızı artırmaktadır. Bundan dolayı bu oran, bölgemizin oranından çok daha yüksek olduğunu düşünüyoruz, Yine hastanemiz dışında, primer ve sekonder merkezlerde, evde ve hatta transport sırasında kaybedilen anneler de vardır. Dolayısıyla bölgemizde maternal mortalite oranının hala çok yüksek olduğunu düşünüyoruz ve bu çalışmamız bunu indirekt olarak yansıtmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak bölgemizde maternal mortalite oranı tam olarak bilinmemekle birlikte hala yüksek ve büyük bir trajedi olarak devam etmektedir. Bu çalışmamızda, çoğu önlenemez nedenlerden dolayı ölen annelerin ölmemesi için gerekli önlemlerin alınmasına katkıda bulunmak amacıyla bu konuya dikkatleri çekmek istedik

Kaynaklar

1. World Health Organization. The world health report 2005: make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
2. Goodrum LA. Maternal Mortality: Strategies in Prevention and Care. http://www.turner-white.com/pdf/hp_jan01_fetal.pdf2001
3. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 12; 331: 1107.
4. World Health Organization (Department of Reproductive Health and Research) Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: WHO; 2004.
5. Takroui MSM. Reproductive Health: The issues of maternal morbidity and mortality. *Internet J Health* 2004; Volume 3, Number 2.
6. Mohamed AN. Maternal mortality. http://www.gfmer.ch/Endo/Course2003/Maternal_mortality.htm. Geneva, April 2003.
7. Sadeghi-Hassanabadi A, Keshavarz H, Setoudeh-Maram E, Sarraf Z. Prevalence of reproductive morbidity among women of the Qashqa'i tribe, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1998; 4: 312-8.
8. Mayor S. Poorest women 20 times more likely to die in childbirth. *BMJ* 2001; 323: 1324.
9. Bozkurt T, Özyüncü Ö, Ayhan A. Maternal Mortality Rates at Hacettepe University Hospital Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2006; 7; 206-9.