

## Erken term doğumlar: 37-39. haftalarda yaklaşım prensipleri

Mekin Sezik

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

### Özet

Fetal matüritenin 37. gebelik haftası itibarı ile sağlandığı fikrinin tartışmaya açılması ile 37+0/7 ila 38+6/7 gebelik haftalarını kapsayan dönem “erken term” olarak isimlendirilmiştir. Erken term dönemde doğan bebeklerde, morbidite ve mortalite oranları 39-40. haftalarda doğanlara göre daha fazladır. Ayrıca, erken termde doğanların erken çocukluk ve genç erişkinlik dönemlerinde de mortalite oranları artabilir. Bunlara dayanarak, 37-39. haftalarda tıbbi dayanağı olmayan doğum indüksiyonu veya sezaryen doğumlardan kaçınılmalıdır. Bazı komplikasyonların varlığında ise gebeliğin devamı; kanama, uterin rüptür, ölü doğum ve benzeri ciddi riskleri artırabildiğinden 39 hafta öncesinde doğumun planlanıp gerçekleştirilmesi yerinde olabilir. Mevcut derlemede bu durumların önemlileri tartışılmıştır

**Anahtar sözcükler:** Erken term gebelik, klinik yönetim.

### Abstract: Early term labors: approach principles at 37-39 weeks of gestation

By bringing up the idea for discussion that fetal maturity is reached as of 37 weeks of gestation, the period covering 37+0/7 up to 38+6/7 weeks of gestation was defined as “early term”. Morbidity and mortality rates are higher in infants born at early term than those born at 39-40 weeks of gestation. The mortality rates of those born at early term may also increase at early childhood and young adulthood. In this regard, labor induction or cesarean labor without any medical foundation at 37-39 weeks of gestation should be avoided. Since maintaining pregnancy in the presence of some complications may increase serious risks such as bleeding, uterine rupture, stillbirth or similar risks, it may be appropriate to plan and carry out the labor before 39 weeks of gestation. In the current review, the significant ones of such cases have been discussed.

**Keywords:** Near term pregnancy, clinical management.

### Fizyolojik Gebelik Süresi

İnsanda gebelik süresi, özellikle ovülasyondan itibaren belirlendiğinde dahi, önemli oranda değişkenlik göstermektedir. Yeni bir çalışmada 125 tekil gebelik prospektif olarak çeşitli hormonal belirteçlerin yakın takibi ile izlenilmiş ve term doğumlar için ovülasyondan doğuma dek geçen ortalama sürenin 268±9 gün (38 hafta 2 gün) olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada term doğumlar için son adet tarihinden ve implantasyondan itibaren geçen ortalama süre, sırası ile 285±13 ve 269±9 gün olarak bulunmuştur.<sup>[1]</sup> Ayrıca, bir kadının doğumlarının benzer gebelik yaşlarında gerçekleştiği de gösterilmiştir.<sup>[1]</sup> Dolayısıyla, her bir gebeliğin muhtemelen

maternal faktörlerden de önemli oranda etkilenen “programlanmış” bir süresinin olduğu düşünülebilir.

Klasik olarak son adet tarihine göre 37. haftadan sonra fetüsün “olgunlaştığı” ve doğum için “uygun vaktin” geldiği düşünülmüştür. Ancak; “programlanmış” süresinden önce tıbbi veya tıbbi olmayan çeşitli nedenler ile doğumun gerçekleştirilmesinin sakıncaları olduğu da son yıllarda gösterilmiş, fetal matüritenin 37. gebelik haftası itibarı ile sağlandığı fikri tartışmaya açılmıştır. Buna dayanarak 37+0/7 ila 38+6/7 gebelik haftalarını kapsayan dönem “erken term” olarak isimlendirilmiştir.<sup>[2]</sup> Herhangi bir komplikasyon gelişmemiş tekil ve canlı doğumların yaklaşık %20’sinin (North Carolina Erken Gebelik Ça-



ışması'nda %18; ortanca gebelik süresi, 262 gün) 37-39. gebelik haftalarında gerçekleştiği bilinmektedir.<sup>[1]</sup>

### Erken Term Doğumlarda Kısa Dönem Sonuçlar

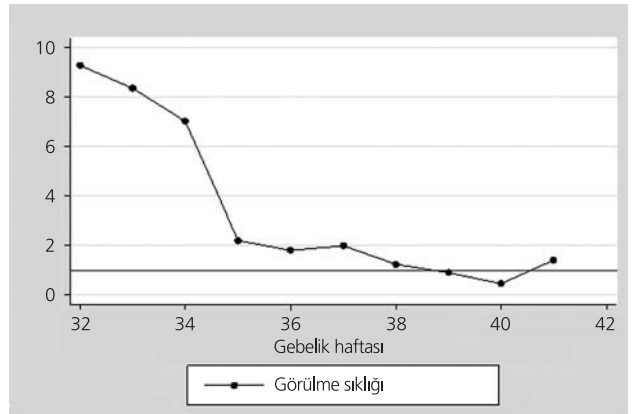
Erken term dönemde doğan bebeklerde, morbidite ve mortalite oranları 39-40. haftalarda doğanlara göre daha fazladır.<sup>[3,4]</sup> On altı hastaneyi kapsayan bir analizde 75.625 doğumun 26.199'unun (%34.6) erken term; 49.426'sının (%65.4) term doğumlara ait olduğu saptanmıştır. Erken term doğan bebeklerde, 39-41. haftada doğanlara göre morbidite ve mortalite daha fazla bulunurken, hastaneler arasında da yaklaşım ve oran farkları dikkat çekmiştir.<sup>[3]</sup>

**Şekil 1**'de spontan preterm doğum dışında ek sorunu olmayan 264 sağlıklı gebelikte yenidoğan morbiditesinin doğumdaki gebelik haftasına göre değişimi görülmektedir.<sup>[5]</sup> Yenidoğanlarda 32-39. haftalar arasında ilerleyen her 1 doğum haftası için neonatal morbiditenin ortalama %23 azaldığı hesaplanmıştır.<sup>[5,6]</sup> **Şekil 2**'de ise aynı yayındaki<sup>[5]</sup> farklı neonatal morbidite kategorilerinin doğum haftasına göre değişimi özetlenmiştir. Otuz yedinci haftadaki neonatal hiperbilirübinemi oranının, 35 haftadaki ile benzer (%20 civarı) olması dikkat çekmektedir (**Şekil 2**).

Otuz dokuzuncu gebelik haftasındaki doğumlar referans olarak alındığında, 37 ve 38. gebelik haftalarında doğan bebeklerdeki ölüm oranları sırası ile 1.9 (güven aralığı: 1.8-2.0) ve 1.2 (güven aralığı: 1.2-1.3) kat artmaktadır.<sup>[7]</sup> Yenidoğan ölüm oranları 39 ve 40. gebelik haftalarında binde 0.8 iken bu oran 37. gebelik haftasında binde 1.7, 38. gebelik haftasında ise binde 1.0 olarak saptanmıştır.<sup>[7]</sup>

### Erken Term Doğumlarda Uzun Dönem Sonuçlar

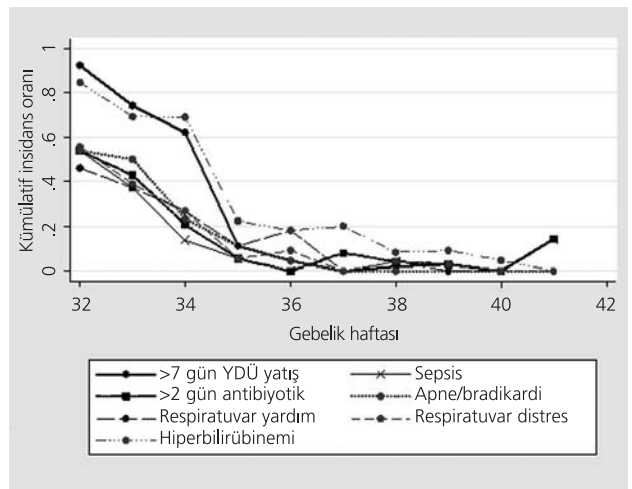
Erken termde doğanların erken çocukluk (1-5 yaş) ve genç erişkinlik (18-36 yaş) dönemlerinde de mortalite oranlarında artış olduğu gösterilmiştir.<sup>[8]</sup> İsveç nüfus kayıtlarının incelendiği geniş bir araştırmada (1973-1979 dönemindeki 683.837 tekil canlı doğum), erken term doğanların 39-42. haftada doğanlara göre neonatal (2.2 kat), post-neonatal (1.7 kat), erken çocukluk (1.3 kat) ve genç erişkinlik (1.1 kat) mortalite oranlarında artış saptanmıştır.<sup>[8]</sup> Erken term doğanlarda genç erişkinlik dönemindeki (18-36 yaş) ölümlerin önemli kısmı konjenital kardiyovasküler malformasyonlar ve diyabet ile ilişkilen-



**Şekil 1.** Gebelik haftasına göre bileşik neonatal sonuçlar (Elsevier Yaynevinin izni ile 5 numaralı kaynaktan alıntılanmıştır; lisans no: 3327541308429).

dirilmiştir. Maternal diyabet, erken doğum ve fetüste de uzun dönemde diyabet riskine yol açmaktadır. Yine, konjenital malformasyonların preterm doğum ile ilişkisi bilinmektedir. Dolayısıyla, 18-36 yaşlarında mortalite riskindeki hafif artışın nedeni doğrudan "erken term doğumlar" olmayabilir. Ancak, bu bulgular erken term doğumların dolaylı da olsa uzun dönem olumsuzlukları olabileceğine işaret etmektedir.

Erken term doğumların uzun dönem etkileri, mortalite artışı ile sınırlı olmayabilir. Geniş bir epidemiyolojik araştırmada (Birleşik Krallık Milenyum Kohort Çalışması, n=7650) erken term doğan çocukların 5 ya-



**Şekil 2.** Gebelik haftasına göre farklı yenidoğan komplikasyonlarının sıklığı (Elsevier Yaynevinin izni ile 5 numaralı kaynaktan alıntılanmıştır; lisans no: 3327541308429).

şındaki eğitsel başarılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>[9]</sup> Tam term (39-41 hafta) doğan çocuklarda, değerlendirme ölçeğindeki “iyi derecede başarı” oranı %45 iken bu oran 37-38. haftalarda doğanlarda %41 olarak saptanmıştır. Yazarlar, erken term doğumların diğer risk faktörlerine göre etkisinin minör olmasına rağmen (risk oranı: 1.05; güven aralığı: 1.00-1.11) riskin anlamlı ve “gerçek” olduğunu vurgulamaktadır.<sup>[9]</sup> Avustralya’da yapılan 17 yıllık izlemsel bir araştırmada ise (Batı Avustralya Gebelik Kohort Çalışması, n=2900) 37. gebelik haftası içinde doğan bebeklerin çocukluk ve hatta adolesan dönemde, 39. hafta ve sonrasında doğanlara göre, davranışsal sorunlar yaşama riskinin birçok faktörden bağımsız olarak arttığı (olasılık oranı: 1.43; güven aralığı: 1.02-2.01) belirtilmektedir.<sup>[10]</sup> Benzer etki, 38. haftada doğanlar için (olasılık oranı: 1.00; güven aralığı: 0.77-1.30) gösterilememiştir.<sup>[10]</sup>

Bu yeni veriler, erken term dönemde doğanlarda kısa ve uzun dönemde morbidite ve mortalitede artışı desteklemektedir.<sup>[7-11]</sup> Ek olarak, 37. ve muhtemelen 38. gebelik haftalarının “term” olarak kabul edilmesinin, orta ve uzun dönemde çocuk zihin sağlığı açısından da istenmeyen etkilere yol açabileceği düşünülmektedir. Bunlara dayanarak, 37-39. haftalarda tıbbi dayanağı olmayan doğum indüksiyonu veya sezaryen doğumlardan kaçınılması önerilmektedir.<sup>[7]</sup>

### Tıbbi Olarak Endike Erken Term Doğumlar

Bir dizi maternal, fetal ve plasental komplikasyon durumunda ise erken term dönemde doğumun gerçekleştirilmesi zorunluluk haline gelebilir. Doğum kararının kişiselleştirilmesi ve erken term doğuma bağlı istenmeyen etkilerin mevcut riskler ile dengelenmesi gerekmektedir.<sup>[11,12]</sup> Diğer bir deyişle, doğumun 39. gebelik haftası öncesinde gerçekleştirilmesi için bir veya birden fazla “tıbbi dayanak” mevcut olmalıdır.

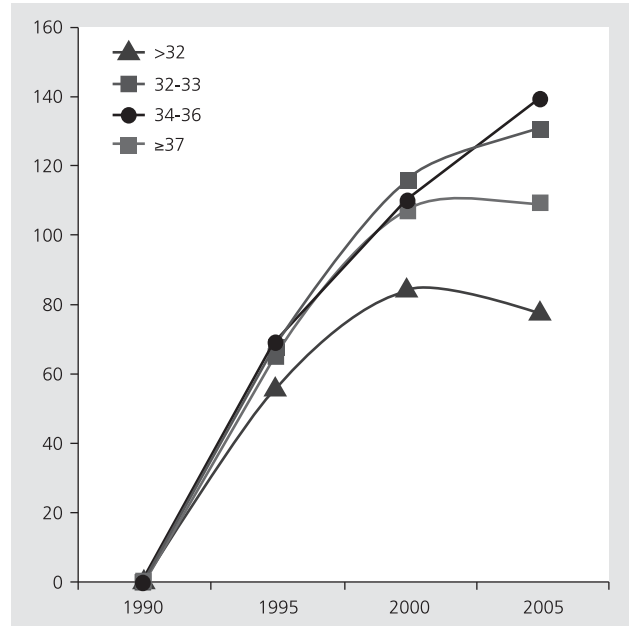
Bu gerçeğe rağmen, uygulamada beklenenden fazla oranda doğum indüksiyonu kullanıldığı düşünülmektedir. Dolayısıyla, “tıbbi dayanak” nispeten muğlak bir terimdir. Mevcut veriler; “tıbbi dayanak” veya “tıbbi endikasyon” gibi terimlerin, doğum eyleminin fizyolojik zamanlamasından önce indüklenmesi için bir “araç” olarak kötüye kullanabildiğini göstermektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yaklaşık her 4 gebeliğin biri doğum eylemi öncesinde indüklenmektedir.<sup>[13,14]</sup> Bunların da üçte ikisinin “term indüksiyonlar” olduğu belirtilmektedir.<sup>[13]</sup> Ayrıca, özellikle 37. gebelik haftası sonrasındaki indüksiyonlar yıllar içinde artma

eğilimindedir (Şekil 3).<sup>[13]</sup> Beş yıllık dönemler halinde indüksiyon oranlarının, 1990-2005 yılları arasında 37 hafta üzerindeki doğumlarda istikrarlı olarak arttığı saptanmıştır (Şekil 3).<sup>[13]</sup> Yine 2005 yılı ABD Ulusal Yaşam İstatistikleri’ne göre 1990 yılında %10 civarında olan 37. hafta ve üzerindeki indüksiyon oranları 2005 yılında %25’e yaklaşmıştır.<sup>[14]</sup> Erken term dönemdeki doğumların ise yaklaşık %8-10’unun elektif, yani herhangi bir tıbbi veya obstetrik endikasyona dayanmayan indüksiyona ikincil olduğu hesaplanmaktadır.<sup>[15]</sup>

Sonuç olarak, gereksiz oranda yüksek olduğu düşünülen erken term indüksiyon ve doğum oranlarının, çeşitli gebelik komplikasyonları varlığında anne ve bebek iyiliğini de riske atmadan, azaltılması amaçlanmalıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için, erken term dönemde doğumların kanıta dayalı tıbbi endikasyonlarının belirlenmesi, bilinmesi ve uygulanması önem taşımaktadır. Gerçekten de; bazı durumlarda doğumun daha erken gerçekleştirilmesi, “optimal” sonuçlar açısından önerilebilir. Aşağıda bu durumların önemlileri alt başlıklar halinde kısaca verilmiş ve öneriler **Tablo 1**’de özetlenmiştir.

### İkiz Gebelikler

Monokoryonik diamiyotik (MKDA) ikiz gebeliklerde ani bebek ölümü riski 34. gebelik haftasından sonra



Şekil 3. Gebelik haftasına göre bileşik neonatal sonuçlar (Elsevier Yaynevinin izni ile 5 numaralı kaynaktan alıntılanmıştır; lisans no: 3327541308429).

belirginleşmektedir. Bu kayıplardan, plasentadaki damarsal anastomozlara ikincil ani transfüzyon ve hipotansif ataklar sorumlu tutulmaktadır. Bu verilere dayanarak MKDA ikizlerde 34-37. haftalarda doğumun planlanması önerilmektedir. Komplike olmayan dikoryonik ikiz gebeliklerde ise en uygun doğum haftasının 38 olduğu düşünülmektedir.<sup>[12,16]</sup> İkiz eşlerinden birinin ölümü, takibi çetrefilli bir durum oluşturmaktadır. Monokoryonik gebeliklerde ikiz eşi kaybı, bu derlemenin konusu dışındadır. Ancak, dikoryonik gebeliklerde 37. haftaya dek beklenebileceği kabul edilmektedir.<sup>[16]</sup>

### Geç Başlangıçlı Hafif Gestasyonel Hipertansiyon/Preeklampsi

Bu olgularda 37. haftada doğum indüksiyonunun, sezaryen oranı veya yenidoğan komplikasyonlarını artırmaksızın, maternal komplikasyonları azaltabileceği gösterilmiştir.<sup>[17,18]</sup> **Tablo 2'**de görüldüğü üzere, erken term dönemde indüksiyon ile maternal morbidite %30'a yakın azalmaktadır. Ayrıca bu yaklaşım ile neonatal morbiditede artış olmadığı saptanmıştır (**Tablo 2**). Sonuçta; mevcut veriler, 37. hafta ve sonrasındaki gestasyonel hipertansiyon/preeklampsi olgularında, doğumun geciktirilmemesine işaret etmektedir. Ancak aşağıda belirtilen durumların varlığında, 37. haftanın beklenilmesi uygun olmayacaktır: (1) Ciddi hipertansiyon, (2) Preterm doğum veya membran rüptürü, (3) Vajinal kanama, (4) Fetal iyiliğin bozulması (fetal büyüme kısıtlılığı ve/veya oligohidroamniyoz, variabl/geç deselerasyonlar, umbilikal arterde diyastol sonu akım kaybı veya ters akım, biyofizik skor  $\leq 6$ ).<sup>[18]</sup>

### Fetal Büyüme Kısıtlılığı (FBK)

Geç başlangıçlı FBK, termde öngörülme-yen ölü doğumların %50'sinden sorumlu gözük-mektedir. Fetal büyüme kısıtlılığı varlığında hassas bir denge mevcuttur. Fetal büyüme kısıtlılığı ve bu duruma yaklaşım mevcut derlemenin konusu dışında olmakla beraber fetal büyüme devam ediyor ve Doppler parametreleri normal ise yakın takip ve gebeliğin devamı önerilmektedir. Fetal büyüme duruyor ve anormal Doppler bulguları mevcut ise doğum düşünül-melidir. Tekil gebeliklerde yakın takip sonrasında 38-39. haftalarda doğumun planlanması önerilmektedir.<sup>[12]</sup> Bazı kaynaklarda ise 37-38. haftalarda doğumun yaptırılması gerektiği belirtilmektedir.<sup>[19]</sup> Fetal büyüme kısıtlılığı için basitleştirilmiş bir algoritma **Şekil 4'**te sunulmuştur.

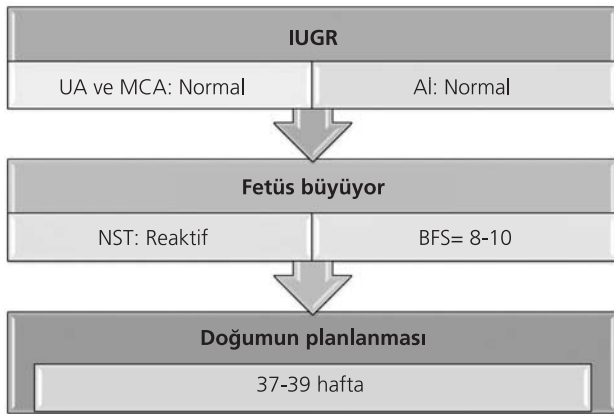
**Tablo 1.** Tıbbi olarak endike erken term doğumun gerçekleştirilmesi önerilen gebelik komplikasyonları ve önerilen doğum haftaları.

Komplikasyon	Önerilen doğum haftası*
Oligohidroamniyoz	36-37
Maternal kronik hipertansiyon	
Antihipertansif tedavi gerektirmeyen	38-39
Antihipertansif tedavi ile kontrol altında	37-39
Antihipertansif tedavi ile kontrolü zor	36-37
Gestasyonel hipertansiyon	37-38
Preeklampsi	
Ciddi	34
Hafif	37
Diabetes + gebelik (pregestasyonel)	
İyi kontrol sağlanmış	>39
Vasküler tutulum	37-39
Kontrol sağlanamamış	34-39 (kişiselleştir)
Gestasyonel diyabet	
Diyet veya farmakolojik tedavi ile iyi kontrol	Genellikle >38 (kişiselleştir)
Kontrol sağlanamamış	34-39 (kişiselleştir)
Çoğul gebelik	
Dikoryonik diamiyotik (ek komplikasyon yok)	38
Monokoryonik diamiyotik (ek komplikasyon yok)	34-37
Tek ikiz ölümü	>34-36 ise doğum
Monokoryonik monoamiyotik	32-34
Dikoryonik diamiyotik + selektif IUGR	36-37
Dikoryonik diamiyotik + selektif IUGR + anormal	32-34
Doppler veya maternal komplikasyon	
Monokoryonik diamiyotik + selektif IUGR	32-34
Fetal büyüme kısıtlılığı, IUGR (tekil gebelik)	
Ek komplikasyon/bulgu yok	38-39
Ek komplikasyon/bulgu var	34-37
(anormal Doppler veya oligohidroamniyoz veya maternal komplikasyon)	
Fetal iyilik tehlikede	Acil doğum
Plasenta previa	36-37
Plasenta akreta/inkreta/perkreta	34-35
Geçirilmiş sezaryen	
2 kez	38
3 ve daha fazla	37
Vertikal (üst segment klasik) kes	36-37
Geçirilmiş miyomektomi	37-38 (kişiselleştir)
Açıklanamayan ölü doğum öyküsü	>39 (kişiselleştir)
Mevcut fetal konjenital anomali	34-39 (kişiselleştir)

\*Son adet tarihine göre belirtilen hafta içinde (örneğin 36-37. hafta: 36+0/7 - 37+6/7 içinde). **IUGR:** Fetal büyüme kısıtlılığı

### Geçirilmiş Sezaryen

İkiden fazla sezaryen geçirmiş gebeliklerde (mükerrer sezaryen), 39. gebelik haftasının beklenilmesi acil sezaryene bağlı olarak maternal komplikasyon oranlarını artırabilir. Yeni ve geniş (n=6435) bir araştırmada,<sup>[20]</sup> önceden 2 sezaryen doğumu olanlarda 39. hafta-



**Şekil 4.** Fetal büyüme kısıtlılığında temel yaklaşım (**AI:** Amniyotik indeks, **BFS:** Biyofizik skor; **IUGR:** Fetal büyüme kısıtlılığı; **MCA:** Orta serebral arter, **NST:** Non-stres test; **UA:** Umbilikal arter).

nın beklenmesinin maternal morbiditeyi 3 kat artırdığı gösterilmiştir; perinatal sonuçlarda ise farklılık saptanmamıştır. Bu bulgulara dayanarak; önceden 2 sezaryeni olanlarda 38 haftada, önceden 3 veya daha fazla sezaryen geçirenlerde ise 37 haftada planlı sezaryen önerilmektedir.<sup>[20]</sup>

### Vertikal Kesi veya Miyomektomi Öyküsü

Önceki sezaryen ameliyatında vertikal (klasik) uterin insizyonu olan gebeliklerde uterin rüptür riski %1-12 arasındadır.<sup>[21]</sup> Rüptür; maternal hipovolemik şok, ölü doğum ve fetal hipoksi-asidoz gibi ciddi riskler içermektedir. Bu nedenle, vertikal kesisi olanlarda 36-37. haftalarda sezaryen önerilmektedir. Benzer nedenler ile miyomektomili uteruslarda gebelik durumunda, 37-38. haftalarda doğumun gerçekleştirilmesi önerilebilir.<sup>[12,21]</sup>

**Tablo 3.** Tip 1 diyabet ve gestasyonel diyabetli kadınların gebeliklerinde maternal ve neonatal morbidite oranlarının normal glukoz toleransına sahip olanlar ile karşılaştırılması.<sup>[22]</sup>

	Tip 1 DM (%) (n=5089)	DM olmayan (n=1.260.207)	p değeri	GDM (%) (n=10.525)	GDM olmayan (%) (n=1.249.772)	p değeri
Preeklampsi	9.7	2.0	< 0.05	5.9	2.6	< 0.001
<37 hafta doğum	21.0	5.1	< 0.05	8.6	5.0	< 0.001
RDS	1.0	0.2	< 0.05	0.3	0.2	F.Y.
LGA	31.0	3.6	< 0.05	15.1	3.6	< 0.001
Erb felci	2.1	0.25	< 0.05	0.7	0.2	< 0.001
Ölü doğum	1.5	0.3	< 0.05	0.4	0.3	F.Y.

**DM:** Diabetes mellitus, **F.Y.:** İstatistiksel olarak fark yok; **GDM:** Gestasyonel diyabet; **LGA:** Large-for-gestational age (>90 persentil); **RDS:** Respiratuvar distres sendromu. Elsevier Yayinevinin izni ile 22 numaralı kaynaktan alıntılanmıştır (lisans no: 3332390119905).

**Tablo 2.** Geç başlangıçlı hafif gestasyonel hipertansiyon/preeklampsi olgularında erken term dönemde indüksiyon ve bekleme yaklaşımlarının maternal ve neonatal sonuçlar açısından karşılaştırılması.<sup>[18]</sup>

Sonuç	Bekleme n=379 >36	İndüksiyon n=377 36+0/7	RR (%95 GA)
Toplam maternal morbidite	164 (%44)	117 (%31)	0.71 (0.59-0.86)
HELLP sendromu	11 (%3)	4 (%1)	
Pulmoner ödem	2 (%1)	-	
Plasenta dekolmanı	-	-	
Eklampsi	-	-	
Maternal yoğun bakım	14 (%4)	6 (%2)	
Sezaryen	72 (%19)	54 (%14)	0.75 (0.50-1.04)
Toplam neonatal morbidite*	32 (%8)	24 (%6)	
Perinatal ölüm*	-	-	
5 dk Apgar <7*	9 (%2)	7 (%2)	
Kord pH <7*	19 (%6)	9 (%3)	
YDYB ihtiyacı*	8 (%2)	10 (%3)	
Respiratuvar distres sendromu*	1 (%0.25)	1 (%0.25)	

\*Anlamli fark yok. **GA:** Güven aralığı; **HELLP:** Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets; **RR:** Risk oranı; **YDYB:** Yenidoğan yoğun bakım ünitesi. Elsevier Yayinevinin izni ile 18 numaralı kaynaktan alıntılanmıştır (lisans no: 3334170176756).

### Maternal Diyabet

Diyabetik gebeliklerde doğumun zamanlaması tartışmalıdır ve “bekleme” ile fetal kayıp, makrozomi ve doğum travması riskleri artabilmektedir (**Tablo 3**). Diyet veya farmakolojik tedavi ile iyi glisemik kontrol sağlanan ve tahmini fetal ağırlığı 90 persentilin altında saptananlarda erken term doğum önerilmemektedir.<sup>[22]</sup> Diğer durumlarda ise, maternal ve fetal durum göz önünde bulundurularak erken term doğum planlanabilir (**Tablo 1**).



## Plasenta Previa ve Akreta

Plasenta previa olgularında gebelik haftasına göre acil kanama oranları **Tablo 4**'te verilmiştir.<sup>[23]</sup> Previaya bağlı kanamaların ciddiyetini göz önüne alan bir karar analizi çalışmasında,<sup>[23]</sup> komplike olmayan previada 36-37. haftada doğum önerilmektedir. Antenatal tanı konulan akreta olgularında, 36. haftada dahi %44 oranında ciddi kanama ve acil ameliyat riski bulunmaktadır,<sup>[24]</sup> bu nedenle, antenatal kortikosteroid uygulanmasını takiben 34-35. haftada doğum planlanması önerilebilir.

## Ölü Doğum Hikâyesi

Üçüncü trimesterdeki fetal kayıplar, aile ve hekim için önemli sıkıntı kaynağıdır. Ayrıca, 2 ila 10 kat oranında bir tekrarlanma riski (toplamda %1-6) de mevcuttur.

Ancak, uygun takip altında diğer tıbbi endikasyon(lar) yok ise 39. haftadan önce doğumun gerçekleştirilmesinin mükerrer ölü doğum veya diğer komplikasyonları önlemede yerinin olmadığı düşünülmektedir.<sup>[25]</sup> Buna rağmen, ölü doğum hikâyesinde aile ve hekim önemli oranda anksiyete yaşamaktadır. Bu durumda 38. haftada doğumun planlanması düşünülebilir.<sup>[25]</sup>

## Fetal Anomaliler

Tüm gebeliklerin %2-3'ünde bir fetal anomali görülmektedir. Ancak, çoğu fetal anomalide, doğumun zamanlamasının değiştirilmesi fayda sağlamayacak hatta ek sorunlara yol açacaktır. Ancak, her durum için tercihen antenatal konsültasyonlar ışığında (örneğin, pediatrik kardiyoloji veya beyin cerrahisi) "kişiselleştirilmiş yaklaşım" temel alınmalıdır.<sup>[26]</sup> İlerleyici fetal organ hasarı, fetal komplikasyon riski (örneğin; Galen veni anevrizmasında intrakraniyal kanama) veya ek maternal komplikasyon varlığında erken term dönemde doğum planlanabilir.<sup>[12,26]</sup> Nadiren görülmesine rağmen, "ayna sendromu" (mirror syndrome) gelişmesi durumunda doğum planlanmalıdır.

## Sonuç

Erken term dönemde (37-39. hafta) doğarlarda kısa ve uzun dönem mortalite ve morbidite artmaktadır. Buna dayanarak, erken term dönemde tıbbi endikasyon olmaksızın doğumun planlanması uygun olmayacaktır. Bazı komplikasyonların varlığında ise gebeliğin deva-

**Tablo 4.** Plasenta previada farklı gebelik haftalarında acil kanama oranları.

Gebelik haftası	Acil kanama yüzdesi
35+	%4.7
36+	%15
37+	%30
38+	%59

mı; kanama, uterin rüptür, ölü doğum ve benzeri ciddi riskleri artırabildiğinden 39. hafta öncesinde doğumun planlanıp gerçekleştirilmesi yerinde olabilir (**Tablo 1**).

**Çıkar Çakışması:** Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

## Kaynaklar

- Jukic AM, Baird DD, Weinberg CR, McConaughy DR, Wilcox AJ. Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Hum Reprod* 2013;28:2848-55.
- Fleischman AR, Oinuma M, Clark SL. Rethinking the definition of "term pregnancy". *Obstet Gynecol* 2010;116:136-9.
- McAlister BS, Tietze M, Northam S. Early term birth: the impact of practice patterns on rates and outcomes. *West J Nurs Res* 2013;35:1026-42.
- Arslan E, Demirkaya HU, Erdoğan F, Gücüyener N, Gülşen B. Erken term bebeklerde morbidite ve emzirme süresinin araştırılması. *Marmara Medical Journal* 2013;26(S1):MP-307.
- Bastek JA, Sammel MD, Paré E, Srinivas SK, Posencheg MA, Elovitz MA. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:367.e1-8.
- Engle WA. Morbidity and mortality in late preterm and early term newborns: a continuum. *Clin Perinatol* 2011;38:493-516.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 2013;121:911-5.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Early-term birth (37-38 weeks) and mortality in young adulthood. *Epidemiology* 2013;24:270-6.
- Quigley MA, Poulsen G, Boyle E, Wolke D, Field D, Alfirevic Z, et al. Early term and late preterm birth are associated with poorer school performance at age 5 years: a cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F167-73.
- Robinson M, Whitehouse AJ, Zubrick SR, Pennell CE, Jacoby P, McLean NJ, et al. Delivery at 37 weeks' gestation is associated with a higher risk for child behavioural problems. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013;53:143-51.

11. Bassil KL, Shah PS, Shah V, Ye XY, Lee SK, Jefferies AL; and the Canadian Neonatal Network. Impact of late preterm and early term infants on Canadian neonatal intensive care units. *Am J Perinatol* 2013;31:269-78.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 2013;121:908-10.
13. Chauhan SP, Ananth CV. Induction of labor in the United States: a critical appraisal of appropriateness and reducibility. *Semin Perinatol* 2012;36:336-43.
14. United States Centers for Disease Control and Prevention. Vital Statistics Data: [http://www.cdc.gov/nchs/data\\_access/vitalstatsonline.htm](http://www.cdc.gov/nchs/data_access/vitalstatsonline.htm).
15. Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Trends in induction of labor at early-term gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:435.e1-6.
16. Newman RB, Unal ER. Multiple gestations: timing of indicated late preterm and early-term births in uncomplicated dichorionic, monochorionic, and monoamniotic twins. *Semin Perinatol* 2011;35:277-85.
17. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, et al; HYPITAT study group. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:979-88.
18. Sibai BM. Management of late preterm and early-term pregnancies complicated by mild gestational hypertension/pre-eclampsia. *Semin Perinatol* 2011;35:292-6.
19. Galan HL. Timing delivery of the growth-restricted fetus. *Semin Perinatol* 2011;35:262-9.
20. Hart L, Refuerzo J, Sibai B, Blackwell S. Should the "39 week rule" apply to women with multiple prior cesarean deliveries? *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:S27.
21. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol* 2011;118:323-33.
22. Catalano PM, Sacks DA. Timing of indicated late preterm and early-term birth in chronic medical complications: diabetes. *Semin Perinatol* 2011;35:297-301.
23. Zlatnik MG, Little SE, Kohli P, Kaimal AJ, Stotland NE, Caughey AB. When should women with placenta previa be delivered? A decision analysis. *J Reprod Med* 2010;55:373-81.
24. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol* 2010;116:835-42.
25. Silver RM. Previous stillbirth, late preterm, and early-term birth. *Semin Perinatol* 2011;35:302-8.
26. Craigo SD. Indicated preterm birth for fetal anomalies. *Semin Perinatol* 2011;35: 270-6.