

35 éven felüli először szülő nők terhessége és újszülöttjeinek neonatológiai jellemzői

KOZINSZKY ZOLTÁN DR.,* ORVOS HAJNALKA DR.*, ZÁDORI JÁNOS DR.**, ZOBOKI TÜNDE DR.*, KATONA MÁRTA DR.***, PÁL ATTILA DR.*, KOVÁCS LÁSZLÓ DR.*

*Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Pál Attila dr.), **Szegedi Tudományegyetem, Asszisztált Reprodukciós Központ, Kaáli Intézet (igazgató: Pál Attila dr.), ***Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Gyermekklinika (igazgató: Túri Sándor dr.)

Összefoglalás: 194 először szülő 35 éves és idősebb nő perinatális adata került összehasonlításra a megelőző graviditásban illesztett 20–29 éves kontrollal. X² teszt segítségével hasonlítottuk össze az egyes perinatológiai változókat a két csoportban. A császármetszés 2,09-szer volt gyakoribb az idősebb korosztályban, mint a fiatalabbaknál, amely különbség szignifikánsnak bizonyult (kockázati esélyhányados OR: 3,36, 95% konfidencia intervallum KI: 2,25-5,09; P<0,001). A preeclampsia gyakoriságában nem volt szignifikáns különbség (OR=1,85; 95% CI=1,02-3,34; P=0,056). A koraszülések száma, az intrauterin növekedési retardáció és az 5 perces Apgar-érték <7 előfordulása nem különbözött a két csoportban szignifikáns mértékben. Logisztikus regressziós modell alapján az idősebb korosztály fokozott kockázattal rendelkezik császármetszés tekintetében. A császármetszést a perinatális tényezők (fekvéses rendellenesség, elhúzódó kitolási szak, abszolút téraránytalanság) befolyásolják szignifikáns mértékben.

Kulcsszavak: 35 éven felüli primipara, perinatális eredmény, császármetszés

Hazánkban, hasonlóan a fejlett ipari országokhoz, a nők gyermekvállalása egyre inkább magasabb életkor felé tolódik el [1, 2]. Ennek oka családi, gazdasági, szakmai ambíciókkal állhat összefüggésben [2].

Ismert, hogy idős életkorú nők terhessége, szülése során, illetve a gyermekágyi időszakban magasabb arányban fordul elő terhességi és szülési

szövődmény, az ilyen korosztályú nők terhessége fokozott kockázatot jelent [3–9]. A veleszületett fejlődési rendellenességek előfordulása is gyakoribb az idős életkorú anyák terhességeiben, ezért kiemelt fontosságú minden későbbi életkorban vállalt terhességre kiterjeszteni a magzati kromoszóma-analízist, illetve az ultrahangszűrést és a biokémiai szűrővizsgálatokat.

Anyag és módszer

A 35. életévüket betöltött asszonyok terhességének adatait retrospektív vizsgálat során elemeztük 1995. január 1. és 2000. december 31. között a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján. Eset-kontroll vizsgálatot végeztünk a 35 éven felüli terhességek szülészeti, terhességi és perinatológiai adatainak elemzése céljából. Az idős korú anyák és a 20-29 éves korosztály terhességeinek kimenetelét hasonlítottuk össze. Az elemzett 6 éves periódusban 194 idős (35 év és e feletti) primipara szült klinikánkon, ez az összes szülés (10882) 1,8%-a. A vizsgált időszak alatt a 35 éves vagy azon felüli először szülő nők 207 újszülöttet (182 egyes, 11 iker, illetve 1 hármas ikerterhesség) szültek. Illesztett (azonos számú) kontrollcsoportot képeztünk a 20–29 éves terhesekből a graviditás és paritás együttes egyezése alapján. Kontrollként a 20–29 éves terheseket választottuk, mivel ennek a korcsoportnak legkedvezőbbek a perinatológiai adatai. A kontroll csoport kiválasztásánál a paritás és a graviditás egyezése mellett az adott időszakon belül a születési hónap is megegyezett. Összehasonlítottuk a két csoport demográfiai tényezőit, kórelőzményét és a terhességgel, szüléssel, gyermekággal kapcsolatos jellemzőket.

Intrauterin retardáltak tekintettük azokat az újszülötteket, akiknek a születési súlya az adott terhességi héthez tartozó 10-es súlypercentil alattinak felelt meg nemnek megfelelően. A koraszülés a betöltött 37. terhességi hét előtti szülés.

A statisztikai elemzéseket SPSS számítógépes programmal végeztük. Az egyes változók különböző szempontok szerinti gyakoriságának összehasonlítására χ^2 -próbát, 2x2-es táblázat esetén Fisher-féle egzakt tesztet alkalmaztunk. Folytonos változók esetén Student féle t-próbával történt az összehasonlítás. $P < 0,05$ értéket vettünk statisztikailag szignifikánsnak. Meghatároztuk a kockázati esélyhányadost (OR) és a 95%-os konfidencia-intervallumot (KI) [10].

Logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk a császármetszés szignifikáns kockázati tényezőinek meghatározására [10].

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a 35 éven felüli asszonyok első szülése szülészeti és neonatológiai szempontból valóban fokozott kockázatot jelent-e, s ha igen milyen mértékben.

Eredmények

Szociodemográfiai tényezők

A szülések száma klinikánkon 1995 és 1999 között csökkenő, majd emelkedő tendenciát mutatott. A vizsgált időszak alatt a 35 éven felüli primiparák aránya folyamatosan nőtt (I. táblázat).

Az idősebb korcsoportban szignifikánsan gyakrabban kellett császármetszéssel befejezni a szülést. A vacuum extractio és a fogóműtétek száma lényeges eltérést nem mutatott (II. táblázat).

Az 1995 és 2000 közötti periódusban 10882 szülés történt a klinikánkon, ebből 194 (1,78%) először szülő anya volt 35 éves vagy annál idősebb. A vizsgált 6 év alatt a 194 terhességből 182 egyes, 11 iker, illetve 1 hármas ikerterhesség volt. Az asszonyok 24,6%-ának 1; 17,9%-ának több megelőző terhessége volt mindkét csoportban.

A 35 éven felüliek szociodemográfiai jellemzőit összehasonlítva a fiatalabb korosztállyal a III. táblázat mutatja. Az idősebb korosztályba tartozók szignifikánsan magasabb iskolai végzettségűek voltak. Nem találtunk szignifikáns eltérést a két csoport családi állapotában. A 35 év feletti terhesek jelentős része szegedi lakos volt.

A terhességre vonatkozó jellemzőket a IV. táblázat tartalmazza. Az indukált terhességek aránya szignifikáns módon magasabb az idősebb kor-

I. táblázat

A 35 éven felüli primiparák terhességének aránya

Évszám	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Összes szülések száma	2122	1788	1754	1631	1606	1781
35 éven felüli primiparák	37 (1,7%)	30 (1,7%)	34 (1,9%)	26 (1,6%)	39 (2,4%)	41 (2,3%)

II. táblázat

A szülés módja a két csoportban

	Per vias naturales	Császármetszés	Vacuum extractio	Fogóműtét
20-29 év	135	42	16	1
≥ 35 év	87	92	13	2

$P < 0,001$

Szociodemográfiai jellemzők

Korcsoport	≥35 év (n=194)		20–29 év (n=194)		P-érték	Esélyhányados (95% KI)
	n	%	n	%		
Legmagasabb iskolai végzettség						
Alapfok	16	8,2	32	16,5	< 0,001	
Középfok	110	56,7	141	72,7		
Felsőfok	68	35,1	21	10,8		
Családi állapot						
Férjezett	141	72,7	144	74,2	Nem szignifikáns	1,08 (0,69-1,70)
Családi állapot (részletes)						
Hajadon	33	17,0	40	20,6	Nem szignifikáns	
Férjezett	141	72,7	144	74,2		
Együtt él	6	3,1	7	3,6		
Elvált	12	6,2	3	1,5		
Özvegy	2	1,0	0	0		
Lakhely						
Szeged	106	54,6	95	49,0	0,004	
Egyéb város	56	28,9	40	20,6		
Falu, tanya	32	16,5	59	30,4		

IV. táblázat

Terhességre vonatkozó jellemzők

Korcsoport	≥35 év (n=194)		20–29 év (n=194)		P-érték	Esélyhányados (95% KI)
	n	%	n	%		
Indukált terhesség	62	35,1	13	6,7	< 0,001	6,54 (3,45–12,38)
Megelőző terhességek						
0	112	57,4	112	57,7	Nem szignifikáns	
1	48	24,6	48	24,6		
2	17	8,7	19	9,8		
≥3	18	9,2	15	7,7		
Nem vagy hiányosan gondozott terhesség	1	0,5	5	2,6	Nem szignifikáns	0,20 (0,02–1,69)
Gesztációs DM	18	9,3	10	5,2	Nem szignifikáns	1,88 (0,84–4,19)
Preeclampsia	34	17,5	20	10,3	0,056	1,85 (1,02–3,34)
Myoma	7	3,6	1	0,5	Nem szignifikáns	7,22 (0,88–52,29)
Placenta praevia*	1	0,5	1	0,5		
Abruptio placentae*	0	0,0	1	0,5		
Szülési súly (átlag±SD) (kg)	87,63±15,9		74,24±12,9		< 0,001	

*: a statisztikai analízis értelmetlen a kis esetszám miatt

csoportban. Az asszisztált reprodukció közel ötször gyakoribb a 35 éven felüli primiparák csoportjában, itt 44 esetben IVF-ET-t, 12 ovuláció-indukciót végeztek és 6 esetben történt IUI megelőző infertilitás miatt. A kontroll csoportban 5 IVF-ET és 8 ovuláció-indukció történt. Minden asszisztált reprodukcióval létrehozott terhességet igazolt meddőség előzött meg mindkét csoport-

ban. A nem vagy hiányosan gondozott terhességek száma elenyésző volt a tanulmányozott csoportokban.

A terhességi szövődmények közül a gestációs diabetes mellitus és a toxemia gyakrabban fordult elő a 35 éven felüliek csoportjában, de ez nem volt szignifikáns. A myoma gyakoribb volt az idősebb, mint a fiatalabb primiparák között. Pla-

centa praevia és abruptio placentae alacsony gyakorisággal fordult elő a két csoportban. Az esetcsoportban szignifikánsan magasabb volt az anyák testsúlya szüléskor.

Az idő előtti burokrepedés nagy gyakorisággal fordult elő mindkét csoportban, szignifikáns különbség nélkül (V. táblázat). Elhúzódtó tágulási szak, illetve az elhúzódtó kitolási szak előfordulása nem különbözött szignifikáns módon a két csoportban. Fekvési rendellenesség és koraszülés gyakrabban fordult elő az esetcsoportban. A császármetszés frekvenciája kétszer gyakoribb volt az idősebb korosztályban. Több újszülött igényelt intenzív ellátást és került át neonatális intenzív centrumba. Az alacsony (<7) 5 perces Apgar-ér-

ték ugyanolyan gyakoriságú a két csoportban. A 7,2-nél alacsonyabb köldökzsinórvér-pH szignifikánsan, kétszer gyakoribb volt a fiatalabb korcsoportban. A veleszületett fejlődési rendellenességek kevés esetben fordultak elő mindkét csoportban. A terhességi kor, illetve a születési súly nem különbözött szignifikánsan. Perinatális halálozás nem fordult elő egyik csoportban sem.

A császármetszés kockázati tényezői

A VI. táblázat a császármetszés rizikótényezőit meghatározó logisztikus regressziós modell eredményeit foglalja össze. A modellben feltüntetett kockázati tényezők a császármetszés esélyét a 35 éves és annál idősebb primiparák esetében 6,54-szeresre emeli (95% KI: 3,62–11,79). Az idősebb

V. táblázat

Perinatológiai mutatók

Korcsoport	≥35 év (n=194)		20-29 év (n=194)		P-érték	Esélyhányados (95% KI)
	n	%	n	%		
Idő előtti burokrepedés	75	36,2	89	43,0	Nem szignifikáns	0,75 (0,51–1,12)
Fekvési rendellenesség	24	11,6	17	8,2	Nem szignifikáns	1,47 (0,76–2,82)
Elhúzódtó tágulási szak	19	9,8	17	8,8	Nem szignifikáns	1,13 (0,57–2,25)
Elhúzódtó kitolási szak	12	6,2	18	9,3	Nem szignifikáns	0,65 (0,30–1,38)
Császármetszés	111	53,6	53	25,6	< 0,001	3,36 (2,22–5,09)
Koraszülés	43	20,8	32	15,5	Nem szignifikáns	1,43 (0,87–2,38)
IUGR	16	7,7	23	11,1	Nem szignifikáns	0,67 (0,34–1,31)
NIC	22	10,6	20	9,7	Nem szignifikáns	1,11 (0,59–2,11)
5 perces Apgar < 7	8	3,9	8	3,9	Nem szignifikáns	1,00 (0,37–2,72)
Köldökzsinórvér-pH < 7,2	22/187*	10,7	45/194*	21,8	0,003	0,43 (0,25–0,74)
Veleszületett fejl. rendell.	6	2,9	5	2,4	Nem szignifikáns	0,83 (0,25–2,76)
Terhességi kor (átlagSD) (hét)	37,66±2,93		38,03±2,96		Nem szignifikáns	
Születési súly (átlagSD) (g)	3079±745		3088±808		Nem szignifikáns	

*: nem történt meg minden esetben a meghatározás

VI. táblázat

Császármetszés kockázati tényezői a 35 éven felüli primiparák esetében

A császármetszés rizikófaktorai	P-érték	AOR*	95% KI**
35 éven felüli primiparák	< 0,001	6,54	3,62–11,79
Fekvési rendellenesség	< 0,001	17,31	7,62–39,32
Elhúzódtó kitolási szak	< 0,001	15,08	5,05–45,06
Abszolút téraránytalanság	< 0,001	8,57	2,86–25,72
Magzati distressz	< 0,001	5,55	2,81–10,94
Koraszülés	< 0,001	4,29	2,17– 8,49
Megelőző abortusz	0,015	1,96	1,14– 3,39
Idő előtti burokrepedés	0,004	0,43	0,24– 0,76

* AOR: kockázati esélyhányados; ** KI: konfidencia-intervallum

primiparák esetében a császármetszés szükségesét szignifikáns módon befolyásoló faktorok: fekvési rendellenesség, elhúzódó kitolási szak, abszolút téraránytalanság, magzati distressz, koraszülés, megelőző abortusz, idő előtti burokrepedés. Fekvés rendellenesség 17,31-szeresére, elhúzódó kitolási szak 15,08-szorosára, az abszolút téraránytalanság 8,57-szeresére emeli a császármetszés esélyét. A magzati distressz 5,55-szeresére, a koraszülés 4,29-szeresére, a megelőző abortusz 1,96-szorosára emeli a rizikót, míg az idő előtti burokrepedésnél 0,43-szor kisebb az esély a császármetszés bekövetkeztének.

Összefoglalás

Klinikánkon a 35 éves és idősebb primiparák szülésének aránya az elmúlt 6 évben 1,8%. Az idősebb korosztály magasabb iskolai végzettsége, illetve a tanulmányi idő elhúzódása magyarázhatja a gyermekvállalás eltolódását a későbbi életkorra.

Magyarországon a koraszülés aránya 8% [11]. Mindkét vizsgálati csoportban a koraszülöttek aránya lényegesen magasabb az országos átlaghoz viszonyítva (20,8% 15,5%), ezt az magyarázza, hogy mint regionális központba, fenyegető koraszülések esetén a magzatok in utero transzportja klinikánkra történik a környező megyékből.

A 35 év feletti primiparák esetében gyakoribb az asszisztált reprodukció következtében létrejött terhesség. Ebben a csoportban magasabb arányban alakul ki terhességi szövődmény a fiatalabb korosztályhoz képest, de ez nem éri el a szignifikáns értéket. Az idős először szülő asszonyoknál a császármetszés gyakoribb, amelyet a logisztikus regressziós modellben feltüntetett okok mellett az orvosok fokozott óvatossága is befolyásol. A multiplex logisztikus regresszió eredményei szerint a császármetszés kockázata összességében véve 6,54-szeres a kontroll csoporthoz képest. 17,31-szer nagyobb a császármetszés bekövetkeztének az esélye, ha fekvési rendellenesség jelen van, illetve 15,08-szoros, ha abszolút téraránytalanság áll fenn.

Az idős terhesek újszülöttjeinek neonatális mutatói kedvezőtlenebbek, de a szignifikáns szintet nem érik el. Eredményeink szerint a 35 éves felüliek terhességét csak kismértékben emelkedett terhességi, illetve perinatális komplikációk jellemzik a 20–29 évesekhez képest.

A fejlődési rendellenességek országos átlaga 4–5% [1, 11], a mi eredményeink a vizsgálati és a kontroll csoportban kedvezőbbek, 2,9%, illetve

2,4%, mivel klinikánk tercier központ, és a fejlődési rendellenességek szűrése fokozottan érvényesül.

A 35 éven felüli először szülők terhességével kapcsolatos eredményeink csak részben támasztják alá azokat a korábbi megfigyeléseket, miszerint idősebb életkorban a terhesség és a szülés fokozottabb kockázatot jelent a magzatra és az anyára nézve [4–9].

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak Dr. Boda Krisztinának a statisztikai számításban nyújtott segítségéért.

Rövidítések

UH: ultrahang

IVF-ET: in vitro fertilizáció-embrió transzfer

IUI: intrauterin inszemináció

IUGR: intrauterin növekedési retardáció

SPSS: Statistical Package for Social Sciences (statisztikai program)

OR: esélyhányados

KI: konfidencia-intervallum

Gesztációs DM: gestációs diabetes mellitus

NIC: neonatális intenzív centrum

AOR: kockázati esélyhányados

Irodalom

- [1] Statisztikai Évkönyv, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2000.
- [2] Demographic Yearbook, United Nations, New York, 2000.
- [3] Barkan SE, Bracken MB. Delayed childbearing: no evidence for increased risk of low birth weight and preterm delivery. *Am J Epid* 1987; 125: 101–109.
- [4] Edge V, Laros RK. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1881–1885.
- [5] Prysak M, Robert PL, Anne K. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynec* 1995; 85: 65–70.
- [6] Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J M* 1990; 322: 693–694.
- [7] Kirz D, Dorchester W, Freeman RK. Advanced maternal age: the mature gravida. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 7–12.
- [8] Kessler I, Lancet M, Borenstein R, Steinmetz A. The problem of the older primipara. *Obstet Gynec* 1980; 56: 165–169.
- [9] Tuck SM, Yudkin PL, Turnbull AC. Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility. *Brit J Obstet Gynaec* 1998; 95: 230–237.
- [10] SPSS Regression Models 9.0. Copyright® 1999 by SPSS Inc.
- [11] Szabó J. A prenatális genetikai diagnosztika lehetőségei. *Magy Nőorv L*, 2000; 63: 3–13.

Kozinszky Z, Orvos H, Zádori J, Zoboki T, Katona M, Pál A, Kovács L.: *Primiparas over age 35 with respect to perinatal date*

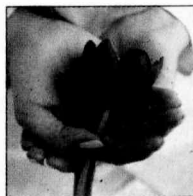
Pregnancies of 194 women aged 35 or older were compared with pregnancies of matched controls aged 20 to 29 in the same number with respect to perinatal data. The χ^2 test was used to identify trends in individual variables and outcomes. Caesarean section was 2.09 times more prevalent among the older women than among the control group, the difference was significant (odds ratio OR 3.36, 95% (confidence interval) CI 2.25-5.09, $P < 0.001$). The difference between the rates of preeclampsia in the two groups did not reach the level of significance (OR=1.85; 95%

CI=1.02-3.34; $P=0.056$). There was no significant difference in perinatal outcome between the two groups. The number of premature deliveries, the incidence of intrauterine growth retardation and 5-minute Apgar scores > 7 did not differ between the two groups. The logistic regression model demonstrated that advanced maternal age is higher risk for caesarean section. The perinatal data (malpresentation, prolonged second stage, cephalopelvic disproportion) was significantly determinant to the rate of caesarean section.

Key words: primiparas over 35, perinatal outcome, caesarean section

Magyarország első injekciós fogamzásgátlója!

*„Évente csak négyszer kell gondolni fogamzásgátlásra?
Ez fantasztikus!”*



Ahány évszak, annyi injekció!



Pharmacia Kft.

1126 Budapest, Istenhegyi út 18.
Telefon: 488-0986 Fax: 214-1754

DEPO-PROVERA 150[®]
fogamzásgátló injekció
(steril medroxiprogesztéron-acetát szuszpenzió)