



Medencevégű fekvéssel született újszülöttek neonatológiai adatai a különböző szülésvezetés módok összehasonlításában

Rénes Loránd dr., Németh Gábor dr., Gyurkovits Zita dr., Bárkányi Zoltán dr., Pál Attila dr., Orvos Hajnalka dr.

Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (Igazgató: Pál Attila dr., egyetemi tanár)

Összefoglaló

Célkitűzés: A terminusban lévő (terhességi hét ≥ 37 . hét), egyes, egyszerű, vagy tökéletesen kettőzött fartartásban elhelyezkedő újszülöttek rövidtávú neonatológiai adatait vizsgáltuk a különböző szülésvezetési módok összehasonlításával (hüvelyi szülés vs. császármetszés).

Betegek és módszer: A Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának beteganyagából öt év adatait dolgoztuk fel retrospektív vizsgálatunk során 1991 és 2006 között úgy, hogy az egyes mintavételi évek között öt éves intervallumok legyenek. A nevezett időszakban klinikánkon összesen 10296 szülés zajlott, amelyből 246 felelt meg vizsgálati kritériumainknak (2,4%).

Eredmények: A szülésvezetési mód tekintetében 57 (23,2%) újszülött született hüvelyi úton, 189 császármetszéssel (76,8%). A császármetszéses csoportban szignifikánsan jobb eredményeket kaptunk a köldökzsinór-vér pH $<7,2$ és az 5 perces Apgar-érték <7 viszonylatában, a hüvelyi úton született újszülöttekkel szemben (9,5% vs. 21% és 4,8% vs. 7%). Ugyan statisztikailag nem szignifikáns, de mégis magasabb volt azon újszülöttek aránya, akik intenzív osztályos ellátást igényeltek a hüvelyi úton születettek csoportjában.

Következtetések: Az egyes, terminusban lévő, egyszerű, vagy tökéletesen kettőzött fartartásban elhelyezkedő magzatok rövidtávú neonatológiai eredményei szignifikánsan jobbak azoknál az újszülötteknél, akik császármetszéssel születtek, szemben a hüvelyi úton születetteknél. A kapott adatok korrelálnak az általunk referenciaként használt 'Term Breech Trial Collaborative Group' 2001-ben közzétett eredményeivel és alátámasztják az ilyen esetekben végzendő császármetszés jobb rövid távú neonatológiai kimenetelét.

Kulcsszavak: medencevégű fekvés, császármetszés, neoatológiai kimenetel

Rénes L, Németh G, Gyurkovits Z, Bárkányi Z, Pál A, Orvos H: Perinatal outcome of breech presentation by different delivery modes

Introduction: We compared the short-term neonatal outcome of singleton, term (≥ 37 th weeks of gestation) neonates in complete or frank breech presentation according to the ways of delivery (vaginal delivery [VD] vs. caesarean section [CS]).

Patients and methods: During our retrospective study at the Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Szeged, we used data of five different years from 1991 to 2006, with five-year gaps between each year of sampling. In these years, 10296 deliveries occurred at the department, and out of these, 246 fulfilled our criteria (2.4%).

Results: There were 57 (23.2%) vaginal deliveries vs. 189 (76.8%) caesarean section. We had significantly better results in the CS than in the VD group in terms of cord blood pH <7.2 and 5-min Apgar-score <7 (21% vs. 9.5% and 7% vs. 4.8%).

The rate of admission to a neonatal intensive care unit (NICU) was higher in the VD group, but it did not reach the level of significance.

Conclusion: The short-term neonatal outcome of singleton neonates in frank or complete breech presentation is significantly better among CS vs. VD group. These results correlate with the ones of Term Breech Trial Collaborative Group and verify the high rate of CS in case of breech presentation.

Keywords: breech presentation, caesarean section, neonatal outcome

A medencevégű fekvésben elhelyezkedő magzatok százalékos aránya a teljes populációban a különböző országok, régiók és rasszok esetében megközelítőleg azonos. Ez az adat a terhességi kor előrehaladtával fokozatosan csökken, majd terminusban éri el a végső 4-5%-ot [1].

Számos tényező befolyásolja a medencevégű fekvés kialakulását, mint például a méh, ill. a magzat fejlődési rendellenességei, az anyai medencét érintő anatómiai eltérések és a terhességi kor. Míg a 24. gesztációs héten előfordulási aránya 33%, addig ez a 32. hétre 14%-ra, majd a 37. hetet követően 7%-ra csökken. Mivel a magzatok száma szintén jelentős hatással van azok méhen belüli elhelyezkedésre, ezért különbséget kell tennünk az egyes és többes terhességek között. Így a fenti százalékos értékek esetén meg kell jegyeznünk, hogy azok mind az egyes, mind a többes terhességeket magukba foglalják. Egy magzat esetén, terminusban a medencevégű fekvés gyakorisága kb. 3% [2].

Az ilyen esetekben választandó szülésvezetési mód régóta vitára ad okot a hüvelyi szülés és a császármetszés hívei között. Számos tanulmány és statisztikai elemzés született a témában, amelyek közül az általunk is irányadónak tekintett, 2000-ben publikált 'Term Breech Trial Collaborative Group (TBTCG)' által végzett kutatás a legjelentősebb [3]. A kutatócsoport 26 különböző ország 121 centrumában született újszülött adatait gyűjtötte össze, majd összesen 2088 egyes, érett, medencevégű fekvéssel szövődött várandósság neonatológiai és anyai kimenetelét vizsgálta meghatározott szempontok szerint.

Elemeztük a klinikánkon öt különböző évben a medencevégű hosszfekvésből született egyes, érett újszülöttek neonatológiai adatait, vizsgálva, hogy ezeket az eredményeket a szülés módja hogyan befolyásolja és az adatok egyeznek-e a nemzetközi statisztikákkal.

Betegek és módszer

Vizsgálatunkban a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján szült asszonyok adatait elemeztük 1991 és 2006 között úgy, hogy az egyes mintagyűjtési évek között 5 éves intervallumok legyenek. Retrospektív kutatásunk során kizárólag az egyes, terminusban lévő várandósságok adatait használtuk fel, ahol a magzatok egyszerű, vagy tökéletesen kettőzött farfek-

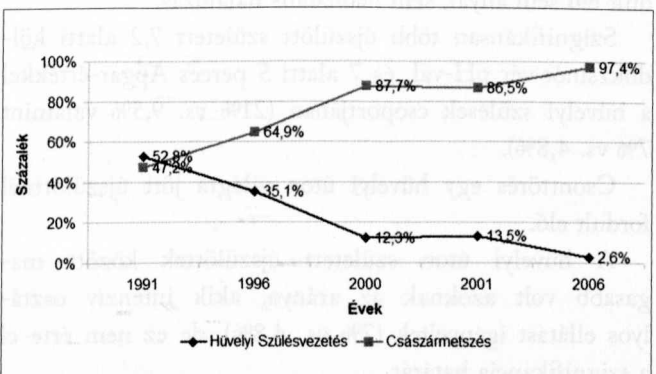
vésben helyezkedtek el. Így az 1991., 1996., 2000., 2001. és 2006. évben összesen lezajlott 10296 szülésből 246 maradt a vizsgált csoportban. A 2000. évet azért vettük be a vizsgálatba, mert ekkor jelentek meg a TBTCG eredményei, amelyek egyes országokban azonnali változásokat hoztak, drasztikusan megemelve a császármetszés frekvenciáját [3-9].

Elemeztük az átlagos terhességi kort, az újszülöttek átlagos születési súlyát, az 5 perces Apgar-értéket, a köldökzsinór-vér pH-ját (<7,2) és az újszülött intenzív osztályos ellátás szükségességét.

Az adatok statisztikai elemzéséhez a χ^2 -próbát, a Fisher-féle egzakt tesztet és a Student-féle t-próbát alkalmaztunk. Szignifikánsnak ítéltük a különbséget azokban az esetekben, amikor $p < 0,05$ volt.

Eredmények

Az öt, általunk vizsgált évben Klinikánkon összesen 10296 élveszülés zajlott, amelyből 246 felelt meg a kritériumoknak; medencevégű, terminusban lévő, egyes élveszülés, ahol a magzat egyszerű, vagy tökéletesen kettőzött farfekvésben helyezkedtek el. Ez a szám, százalékos arányát tekintve az összes szülés 2,4%-a volt. A 246 esetben 57 alkalommal zajlott hüvelyi szülés (23,2%) és 189 alkalommal pedig császármetszést végeztünk (76,8%).



1. ábra. A szülésvezetési mód változása medencevégű hosszfekvés esetén

Megfigyelhető (1. ábra) a két különböző szülésvezetési mód egymáshoz viszonyított arányának változása az operatív módszer javára az egymást követő években, amely a 2000. és 2001. évek viszonyát kivéve minden esetben szignifikáns emelkedést mutatott:

1991-ben 53 medencevégű szülésből 28 alkalommal történt hüvelyi szülésvezetés (52,8%) szemben a 25 császármetszéssel (47,2%). 1996-ban 37 szülésből 13 hüvelyi (35,1%) vs. 24 császármetszés (64,9%), 2000-ben 65-ből 8 (12,3%) vs. 57 (87,7%), 2001-ben 7 (13,5) vs. 45 (86,5%), 2006-ben pedig 39-ből 1 (2,6%) vs. 38 (97,4%). Az adatokat összesítve, a vizsgálati években összesen 246 medencevégű fekvéssel szövődött várandósság kapcsán 57 esetben zajlott hüvelyi szülés (23,2%), 189 esetben pedig császármetszést végeztünk (76,8%).

Az 1991-es és 1996-os, 1996-os és 2001-es, illetve a 2001. és 2006. évi arányok között χ^2 -próbaival szignifikáns különbséget igazoltunk.

Kutatásunk során megvizsgáltuk az egyes csoportokban az átlagos születési súlyt és az átlagos terhességi kort is (I. táblázat).

	medencevégű fekvés (n=246)	
	hüvelyi szülésvezetés (n=57)	császármetszés (n=189)
átlag születési súly (g)	2911,6 ± 564,2	3211,1 ± 586,1 *
átlag terhességi hét	37,9 ± 0,6	38,5 ± 1 *

* p<0,05

I. táblázat: Medencevégű hosszfekvésből született újszülöttek átlagos születési súlya és terhességi hete a szülésvezetési módok összehasonlításában

Szignifikánsan alacsonyabb volt az átlagos születési súly (2911,6g vs. 3211,1g) és az átlagos terhességi hét (37,9 hét vs. 38,5 hét) a hüvelyi úton született, medencevégű hosszfekvésű újszülötteknél.

Vizsgáltuk továbbá a neonatális adatokat, valamint a perinatális, ill. anyai halálozást is. Ezen utóbbi két kategóriában, köszönhetően a kis mintaszámnak (n=246) és az alacsony országos mortalitási frekvenciáknak, nem fordult elő sem anyai, sem neonatális halálozás.

Szignifikánsan több újszülött született 7,2 alatti köldökzsinór-vér pH-val, és 7 alatti 5 perces Apgar-értékkel a hüvelyi születek csoportjában (21% vs. 9,5% valamint 7% vs. 4,8%).

Csonttörés egy hüvelyi úton világra jött újszülöttnél fordult elő.

A hüvelyi úton született újszülöttek között magasabb volt azoknak az aránya, akik intenzív osztályos ellátást igényeltek (7% vs. 4,8%), de ez nem érte el a szignifikancia határát.

Következtetések

Az elmúlt tizenöt év során a klinikánkon is hasonló tendenciák érvényesültek medencevégű születek esetén, mint Észak-Amerikában és Európa több országában [5-9] (valamint egyéb magyarországi intézetekben [11]).

A császármetszés gyakorisága szignifikánsan nőtt, amelynek eredményeként 2001-ben, az új ajánlás bevezetésekor már csak minden tizedik medencevégű magzatnál választották a hüvelyi szülésvezetést.

Az új ajánlás bevezetése és a *TBTCG* eredményeinek 2000-es publikálása között rövid idő telt el, így hosszútávú eredmények egyelőre még nem állnak rendelkezésünkre.

Az újszülöttek születés utáni állapotát jellemző paraméterei között a 7,20 alatti köldökzsinór-vér pH-érték, illetve az ötödik percben mért 7 alatti Apgar-érték esetén a két szülésvezetési mód között szignifikáns eltérést találtunk. Az intenzív ellátást igényeltek száma között szignifikáns eltérés nincs, de így sem elhanyagolható a különbség. Klinikánkon is igazoltuk a *Term Breech Trial* eredményeit, miszerint a császármetszéssel született újszülöttek neonatológiai adatai jobbnak bizonyultak a hüvelyi úton születettekhez képest [3] [10].

Kapott eredményeink rövidtávú neonatológiai kimenetelt tükröznek és korrelálnak a *TBTCG* eredményeivel. Az említett kutatócsoport (*Dr. Hannah vezetésével*) a 2000-es publikációt követő jelentős szakmai visszhangok miatt elvégzett egy öt éves, követéses vizsgálatot, amelynek során nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport hosszútávú eredményei között. Ennek ellenére a kedvező rövid távú neonatológiai kimenetele miatt – megfelelő kritériumok mellett – a császármetszést javasolják.

	hüvelyi szülésvezetéssel született (n=57)	császármetszéssel született (n=189)
köldökzsinór-vér pH<7,2	12 (21%)	18 (9,5%)*
5 perces Apgar<7	4 (7%)	9 (4,8%)*
csonttörés	1 (1,8%)	0
NIC**	4 (7%)	9 (4,8%)

* p<0,05

** Neonatális Intenzív Centrum

II. táblázat: Medencevégű fekvésből született újszülöttek neonatológiai adatai

Irodalom

- [1] Papp Z.: A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó 2007; 297.
- [2] Pál A.: A Szülészet-Nőgyógyászat Egyetemi Tankönyve. Medicina Zrt. 2012; 106.
- [3] Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-1383.
- [4] Zsirai L, Csákány M Gy, Vargha P, Szepesi J, Egyed J, Török M, Tamás Gy. A terhességek befejezésének

trendje tíz év alatt, medencevégű fekvés esetén. Vajon jobb-e a császármetszés? Merre tovább a szülés módját illetően? *M Nőorv L.* 2013; 76/1; 11-19.

- [5] *Hahir MP, O'Connor HD, Kent EM, Fitzpatrick C, Boylan PC, Coulter-Smith S, Geary MP, Malone FD.* Changes in vaginal breech delivery rates in a single large metropolitan area. *AJOG.* 2012; 498:e1-e4.
- [6] *Hartnack Tharin JE, Rasmussen S, Krebs L.* Consequences of the Term Breech Trial in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90: 767-771.
- [7] *Tietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser G.* The effect of the term breech trial on medical intervention behavior and neonatal outcome in the Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *Br J Obstet Gynecol.* 2005; 112: 205-209.
- [8] *Lagrane E, Ab der Halden M, Ugetto S, Boda C, Accoceberry M, Neyrat C, Houlle C, Vendittelli F, Laurichesse-Delmas H, Jacquietin B, Lémerly D, Gallot D.* Breech presentation and vaginal delivery;

evolution of acceptability by obstetricians and patients. *Gynecol Obst Fert.* 2007; 35: 757-63.

- [9] *Lee HC, El-Sayed YY, Gould JB.* Population trends in caesarean delivery for breech presentation in the United States. 1997-2003. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: 59-8.
- [10] *Gilbert W M, Hicks S M, Boe NM.* Vaginal versus caesarean delivery for breech presentation in California, a population-based study. *Obstet Gynecol.* 2003; 102: 911-917.
- [11] *Nagy Gy R, Papp Z.* A szülészeti ellátás mennyiségi és minőségi mutatói a Baross utcai Női Klinikán 1990 és 2006 között. *Orv Hetil.* 2007, 148/50: 2355-2364.

Levelezés

Rénes Loránd dr.

SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

6725 Szeged, Semmelweis u. 1.

Email: renlor86@gmail.com