

# Orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások a marosvásárhelyi 1. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1999-2008 között

Szabó Béla, Turós János-Levente, Pușcașiu Lucian, Kiss Szilárd-Leó,  
Bereczky Lujza-Katalin, Rozsnyai Francisc-Florin

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 1. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Kliniká

## Avorturile medicale în cazuistica Clinicii de Obstetrică - Ginecologie I. Târgu - Mureș între 1999-2008

S-a propus evaluarea intreruperilor de sarcină din primul și al doilea trimestru cu indicație medicală. S-au urmărit avorturile induse cu indicație medicală din cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie I. Tg-Mureș, între 1999 - 2008. Am constatat că frecvența avorturilor spontane nu s-a modificat semnificativ în cazuistica noastră. Frecvența terminării sarcinii prin indicație medicală este constantă, avorturile induse din cauza bolilor materne severe au o tendință de scădere, iar avorturile induse din cauza malformațiilor fetale au o tendință de creștere odată cu dezvoltarea explorărilor ecografice. Malformațiile cele mai frecvent decelate ecografic au fost anomalile sistemului nervos central, și sindroamele polimalformative severe.

Cuvinte cheie: avort medical, malformație fetală

## Medical abortions in the Hospital of Obstetrics and Gynaecology no. 1 Tg - Mures between 1999-2008

A survey was proposed to evaluate medical abortions from first and second trimesters of pregnancy. We followed up abortions with medical indications from the Hospital of Obstetrics and Gynaecology no. 1. Tg-Mureș between 1999 - 2008. Spontaneous abortions frequency doesn't show a significant decreasing tendency in our population. Medical abortions with maternal indications show a decreasing tendency, while medical abortions with fetal malformations show an ascending trend together with the developments in ultrasound explorations. The most frequently recognized malformations were the neural tube defects and polimalformative syndroms.

Keywords: medical abortion, fetal malformation

Orvostudományi Értesítő, 2009, 82 (3): 183-186

www.orvtudert.ro

A terhesség megszakadását a betöltött 24. terhességi hét előtt spontán vetélésnek nevezzük. Újabban a betöltött 24. terhességi hét utáni, 500 g feletti vagy >30 cm hosszúságú magzat világrajövetelét szülésnek anyakönyvezzük.

A vetélések feloszthatók spontán (külső beavatkozás nélkül bekövetkező) és művi (külső beavatkozás hatására történő) vetélésekre. Spontán vetélés történhet ha a petezsák leválik, valamint ha idő előtti burokpedés történik. Abbamaradt vetelésről beszélünk ha a pete, ébrény vagy magzat elhal méhen belül, a vetélés klinikai jelei nélkül. A művi vetélések történhetnek orvosi javallatra vagy kérésre (ez utóbbi a terhesség első harmadában).

Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások anyai vagy magzati javallatok alapján történnek. Ide tartoznak a súlyos pszichiátriai kórképek, súlyos ideggyógyászati kórképek, súlyos szívbántalmak, súlyos belgyógyászati kórképek, súlyos fertőzések, súlyos magzati anomáliák jelenléte (ultrahang és/vagy amniocentesis alapján kórismézve), súlyos magzati fertőzések (heveny *Toxoplasma gondii*/Rubeolavírus fertőzés), súlyos mérgezések, sugárártalom.

## Anyag és módszer

Megvizsgáltuk az orvosi javallatra végzett terhességmegszakításokat a Marosvásárhelyi I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1999 - 2008 között (198 eset).

Dr. Turós János Levente  
E-mail: jturos@yahoo.com

## Eredmények

Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások (medicalis Ab), a spontán vetélések és a 28. hét utáni méhen belüli (intrauterin- I.U.) elhalt magzatok gyakoriságát az **1. táblázat** foglalja össze.

A spontán vetélések gyakorisága (átlagban 185,77/ 1000 szülés), és az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások gyakorisága (átlagban 8,76/ 1000 szülés) nem változott szignifikánsan intézményünkben az elmúlt évtizedben.

Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások eloszlását 1999 - 2008 között az **2. táblázat** foglalja össze.

A súlyos anyai betegségek miatt végzett terhességmegszakítások gyakorisága csökkent (88% 1999-ben, 20% 2008-ban), míg a magzati anomália miatt végzett terhességmegszakítások növekvő tendenciát mutatnak az utóbbi évtizedben (8% 1999-ben, 75% 2008-ban). A súlyos anyai betegségek miatt végzett terhességmegszakítások eloszlását az **3. táblázat** tartalmazza.

Az anyai betegségek miatt végzett terhességmegszakítások leggyakoribb okai a szívbántalmak (46,16%) és az ideggyógyászati valamint elmeorvosászati kórképek voltak (37,1%).

Potenciálisan teratogén ártalmaknak kitett terhességek miatt végzett terhességmegszakítások eloszlását a **4. táblázat** tartalmazza.

Magzati anomália miatt végzett terhességmegszakítások eloszlását az **5. táblázat** tartalmazza.

A leggyakrabban kórismézett magzati anomáliák a központi idegrendszer elváltozásai voltak (40%), valamint a súlyos polimalformatív szindrómák (11,58%). A központi idegrendszer elváltozásai közül a leggyakoribbak a hátsó indukciós zavarok voltak (31,58%).

A méhen belül kórismézett súlyos magzati anomáliák és emiatt végzett terhességmegszakítások eloszlását korcso-

**1. táblázat.** Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások (Ab medicalis), a spontán vetélések és a 28. hét utáni méhen belüli (intrauterin- I.U.) elhalt magzatok gyakorisága

<i>Szám</i>	<i>medicalis Ab</i>	<i>medicalis Ab / 100 spontán Ab</i>	<i>medicalis Ab / 1000 szülés</i>	<i>spontán Ab</i>	<i>spontán Ab / 1000 szülés</i>	<i>28. hét utáni IU elhalt magzat</i>	<i>28. hét utáni IU elhalt magzat / 1000 szülés</i>	<i>szülés</i>
<i>Év</i>								
1999	25	6,52	13,87	414	212,74	23	11,18	1946
2000	17	5,19	10,81	462	208,1	24	10,81	2220
2001	23	9,66	17,44	362	180,45	28	13,95	2006
2002	14	4,84	9,73	413	200,97	14	6,81	2055
2003	20	5,38	9,52	409	177,05	17	7,35	2310
2004	21	6,97	12,76	430	182,97	21	8,93	2350
2005	23	6,19	10,91	436	176,23	24	9,7	2474
2006	21	7,65	13,63	431	178,09	27	11,15	2420
2007	14	6,7	10,15	373	151,5	23	9,43	2462
2008	20	4,25	8,45	470	198,73	18	7,61	2365
Összesen	198	4,71	8,76	4200	185,77	201	8,89	22608

portok szerint a következő táblázat tartalmazza (**6. táblázat**).

A magzati anomáliás esetek gyakrabban fordultak elő a 40 feletti (16,67/1000 szülés) és a 20 év alatti (7,28/1000 szülés) korosztálynál.

## Megbeszélés

Közismert, hogy hazánkban a 90-es évek előtt, a művi abortus törvénytelen volt. Ezért sok esetben a nemkívánt terhesség megszakítását „orvosi javallatra végzett terhességmegszakítás”-ként végezték. Napjainkban a medicalis abortusnak főleg ovularis/magzati javallata van (ultrahanggal kórismézett magzati anomália, amniocentesis során kórismézett genetikai betegség). A szülők nehéz döntés előtt állnak egy ilyen kórisme esetén [21,22].

Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítást napjainkban biztonságos körülmények közt lehet elvégezni (gyógyszeresen beindított vetélés, méhnyak tágítás

lamináriákkal, hiperozmoláris oldatok intraamniális befecskendezése, műszeres terhességmegszakítás) [14,15].

Az utóbbi években egyre gyakrabban használnak terheseknél biokémiai szűrővizsgálatokat (anyai vérből) egyes genetikai anomáliák prenatalis szűrésére. Ezek jelentősége még mindig vita tárgyát képezi főleg a Down-kór szűrése esetében (dupla teszt, hármas teszt, négyes teszt). Nagy jelentőséget kapott a nyaki redő (nuchal translucency) ultrahangvizsgálattal történő mérése [9]. Ennek következtében egyes centrumokban már csökkent a Down-kóros újszülöttek aránya az utóbbi években [5]. Az amniocentesis is egyre kiterjedtebben használják.

Igen fontos hogy a prenatalis szűrés esetében minden új kivizsgálási módszer bevezetésekor a kivizsgálást végző személy megfelelő képzéssel, gyakorlattal rendelkezzen. Így elkerülhetők az álpozitív és álnegatív eredmények [2].

Beteganyagunkban a leggyakrabban kórismézett magzati anomáliák a központi idegrendszer elváltozásai voltak. Az utóbbi években a prenatalis ultrahangvizsgálat elterjedésével

**2. táblázat.** Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások eloszlása 1999 – 2008 között

<i>Év</i>	<i>Súlyos anyai betegségek</i>	<i>%</i>	<i>Potenciálisan teratogén ágens expozíció</i>	<i>%</i>	<i>Súlyos magzati anomáliák jelenléte (ultrahang és/vagy amniocentesis)</i>	<i>%</i>	<i>Összesen</i>	<i>%</i>
1999	22	88	1	4	2	8	25	100
2000	12	70	2	12	3	18	17	100
2001	11	47,3	2	8,7	10	44	23	100
2002	6	42,85	3	21,43	5	35,72	14	100
2003	8	40	6	30	6	30	20	100
2004	2	9,54	1	4,76	18	85,70	21	100
2005	5	21,74	4	17,40	14	60,86	23	100
2006	4	19	5	23,81	12	57,19	21	100
2007	4	28,57	0	0	10	71,43	14	100
2008	4	20	1	5	15	75	20	100
Összesen	78	39,4	25	12,62	95	47,98	198	100

**3. táblázat.** Súlyos anyai betegségek miatt végzett terhességmegszakítások eloszlása

Javallat	Esetszám	%
Súlyos szívbántalmak/ belgyógyászati kórképek	28	46,16
Súlyos ideggyógyászati/ elmeorvosászati kórképek	23	37,1
Súlyos fertőzések	8	12,9
Egyéb	3	4,84
Összesen	58	100

**4. táblázat.** Potenciálisan teratogén ártalmaknak kitett terhességek miatt végzett terhességmegszakítások eloszlása

Javallat	Esetszám	%
Heveny <i>Toxoplasma gondii</i> fertőzés	9	36
Rubeola fertőzés	6	24
Embriotoxikus anyag mérgezés	4	16
Röntgensugárzás	3	12
Egyéb	3	12
Összesen	25	100

**5. táblázat.** Magzati anomália miatt végzett terhességmegszakítások eloszlása

Javallat	Esetszám	%
Polimalformatio	11	11,58
Központi idegrendszeri anomália	38	40
<i>Hátsó (dorsalis) indukciós zavarok</i> (anencephalia, encephalokele, spina bifida)	30	31,58
<i>Elülső (ventralis) indukciós zavarok</i> (holoprosencephalia, Dandy - Walker anomália)	4	4,22
<i>Izolált hydrocephalia</i>	3	3,15
<i>Neuron migrációs zavar</i> (corpus callosum agenésia)	1	1,05
Hygroma colli	5	5,26
Hasfali anomália	5	5,26
Hydrops fetalis	4	4,21
21 Trisomia (amniocentesis)	3	3,15
Egyéb	29	30,54
Összesen	95	100

csökkent az újszülötteknél a súlyos központi idegrendszeri anomáliák gyakorisága [3,16,17,25]. Fontos az ilyen anomáliák (anencephalia, spina bifida) kockázatának csökkentése a fogamzás előtt és prenatalisan adagolt folsavval [6,19].

A prenatalis ultrahangvizsgálat elterjedésével jelentősen csökkent az újszülötteknél az osteochondrodysplasia gyakorisága [11,23]. Egyes magzati anomáliák kórisméje igen nehéz lehet (szív-ér rendszer anomáliái) [18]. Újabban egyre gyakrabban kórismézik méhen belül a rekeszsérvet [8,13].

**6. táblázat.** Méhen belül kórismézett súlyos magzati anomáliák és emiatt végzett terhességmegszakítások eloszlása korcsoportok szerint

Korcsoportok	Magzati anomáliás esetek	Szülések száma korcsoportok szerint 1999-2008 között	Magzati anomáliás esetek / 1000 szülés
<20	14	1921	7,28
21-25	27	3957	6,82
26-30	37	8400	4,40
31-35	9	3963	2,27
36-40	4	1320	3,03
>40	4	240	16,67
Összesen	95	19801	4,79

Tudva azt, hogy a rubeola vírus igen gyakran károsítja a magzatot súlyos fejlődési rendellenességeket okozva, heveny rózsahimlő fertőzésben javasolt a terhesség megszakítása. Ugyancsak javult a terhesség megszakítása heveny *Toxoplasma gondii* fertőzésben, ha a magzat kisebb 26 hétnél és ultrahangvizsgálattal észlelhetők a fertőzés jelei a magzatnál [1,7,10,24].

Véletlen ionizáló sugárzás esetén a terhesség megszakítását meg kell fontolni.

A kockázat függ a besugárzás dózisától és a magzati életkortól. A legérzékenyebb a magzat a központi idegrendszer anomáliák szempontjából a 8-15 terhességi hetek közt [4,12,20].

## Következtetések

A spontán vetélések gyakorisága nem változott szignifikánsan intézményünkben.

Az orvosi javallatra végzett terhességmegszakítások gyakorisága állandó.

A súlyos anyai betegségek miatt végzett terhességmegszakítások gyakorisága csökkenő tendenciát mutat, míg a magzati anomália miatt végzett terhességmegszakítások gyakorisága növekedik. Ebben nagy szerepe van az ultrahangos terhességkövetés elterjedésének az utóbbi években, valamint a jobb minőségű ultrahangkészülékek megjelenésének.

A leggyakrabban kórismézett magzati anomáliák a központi idegrendszer elváltozásai voltak, valamint a súlyos polimalformatív szindrómák.

Az utóbbi években az amniocentesis elterjedésével a medicalis abortus javallatai között megjelentek a chromosoma aberratio okozta rendellenességek is.

A magzati anomáliák gyakorisága hirtelen megnövekedik 40 év után.

Időben nem kórismézett terhesnél sajnos még sporadikusan előfordul röntgensugárzás expozíció.

## Irodalom

1. Berrebi A., Kobuch W.E., Bessieres M.H. et al. - *Termination of pregnancy for maternal toxoplasmosis*, Lancet, 1994, 344(8914):36-39.
2. Borruto F., Comparetto C., Acanfora L. et al. - *Role of ultrasound evaluation of nuchal translucency in prenatal diagnosis*, Clin Exp Obstet Gynecol, 2002, 29(4):235-241.
3. Bower C., Raymond M., Lumley J. et al. - *Trends in neural tube defects 1980-1989*, Med J Aust, 1993, 158(3):152-154.
4. Brent R.L. - *Counseling patients exposed to ionizing radiation during pregnancy*, Rev Panam Salud Publica, 2006, 20(2-3):198-204.
5. Caruso T.M., Westgate M.N., Holmes L.B. et al. - *Impact of prenatal screening on the birth status of fetuses with Down syndrome at an urban hospital, 1972-1994*, Genet Med, 1998, 1(1):22-28.
6. Cragan J.D., Roberts H.E., Edmonds L.D. et al. - *Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis, United States, 1985-1994*, MMWR CDC Surveill Summ., 1995, 44(4):1-13.
7. Daffos F., Forestier F., Capella-Pavlovsky M. et al. - *Prenatal management of 746 pregnancies at risk for congenital toxoplasmosis*, N Engl J Med., 1988, 318(5):271-275.
8. Dillon E., Renwick M., Wright C. et al. - *Congenital diaphragmatic herniation: antenatal detection and outcome*, Br J Radiol., 2000, 73(868):360-365.
9. Dimitrova V., Markov D., Chernev T. et al. - *Ultrasound screening for Down syndrome and other chromosomal abnormalities by fetal nuchal translucency measurement between 11-14 weeks of gestation*, Akush Ginekol (Sofia), 2005, 44(1):32-37.
10. Dontigny L., Arsenault M.Y., Martel M.J. et al. - *Rubella in pregnancy*, J Obstet Gynaecol Can, 2008 Feb, 30(2):152-168.
11. Doray B., Favre R., Viville B. et al. - *Prenatal sonographic diagnosis of skeletal dysplasias. A report of 47 cases*, Ann Genet, 2000, 43(3-4):163-169.
12. Fattibene P., Mazzei F., Nuccetelli C. et al. - *Prenatal exposure to ionizing radiation: sources, effects and regulatory aspects*, Acta Paediatr, 1999, 88(7):693-702.
13. Gallot D., Boda C., Ughetto S. et al. - *Prenatal detection and outcome of congenital diaphragmatic hernia: a French registry-based study*, Ultrasound Obstet Gynecol, 2007, 29(3):276-283.
14. Hagar D.L., Valley M.T., Rayburn W.F. et al. - *Midtrimester pregnancy termination for fetal malformations. Use of intravaginal prostaglandin E2*, J Reprod Med, 1997, 42(8):497-500.
15. Hern W.M., Zen C., Ferguson K.A. et al. - *Outpatient abortion for fetal anomaly and fetal death from 15-34 menstrual weeks' gestation: techniques and clinical management*, Obstet Gynecol, 1993, 81(2):301-306.
16. Lary J.M., Edmonds L.D. - *Prevalence of spina bifida at birth--United States, 1983-1990: a comparison of two surveillance systems*, MMWR CDC Surveill Summ, 1996, 45(2):15-26.
17. Limb C.J., Holmes L.B. - *Anencephaly: changes in prenatal detection and birth status, 1972 through 1990*, Am J Obstet Gynecol, 1994, 170(5 Pt 1):1333-1338.
18. Lin A.E., Herring A.H., Amstutz K.S. et al. - *Cardiovascular malformations: changes in prevalence and birth status, 1972-1990*, Am J Med Genet, 1999, 84(2):102-110.
19. Mathews T.J., Honein M.A., Erickson J.D. et al. - *Spina bifida and anencephaly prevalence--United States, 1991-2001*, MMWR Recomm Rep., 2002, 51(RR-13):9-11.
20. McCollough C.H., Schueler B.A., Atwell T.D. et al. - *Radiation exposure and pregnancy: when should we be concerned?*, Radiographics, 2007, 27(4):909-17, discussion 917-918.
21. Kramer R.L., Jarve R.K., Yaron Y. et al. - *Determinants of parental decisions after the prenatal diagnosis of Down syndrome*, Am J Med Genet, 1998, 79(3):172-174.
22. Perry S., Woodall A.L., Pressman E.K. et al. - *Association of ultrasound findings with decision to continue Down syndrome pregnancies*, Community Genet 2007, 10(4):227-230.
23. Rasmussen S.A., Bieber F.R., Benacerraf B.R. et al. - *Epidemiology of osteochondrodysplasias: changing trends due to advances in prenatal diagnosis*, Am J Med Genet, 1996, 61(1):49-58.
24. Wallon M., Gaucherand P., Al Kurdi M. et al. - *Toxoplasma infections in early pregnancy: consequences and management*, J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2002, 31(5):478-484.
25. Yen I.H., Khoury M.J., Erickson J.D. et al. - *The changing epidemiology of neural tube defects, United States, 1968-1989*, Am J Dis Child, 1992, 146(7):857-861.