

A magzati nem hatása a szülés kimenetelére

Turós János, Szabó Béla, Kiss Szilárd
1. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Marosvásárhely

Asocierea între sexul fetal și unele aspecte patologice legate de sarcină și naștere

Objective: Scopul lucrării a fost evaluarea asocierii între sexul fetal și unele aspecte patologice legate de sarcină și naștere. Metodă: Au fost studiate nașterile vii (2493) din Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș (Obstetrică - Ginecologie I.) din anul 2005. Rezultate: Sarcinile cu făt de sex masculin au fost asociate cu placenta previa, dezlipire prematură de placenta normal inserată, preeclampsie, greutate mai mare la naștere, disproporție cefalo-pelvină și cu o incidență mai mare de sindrom de suferință fetală. Sarcinile cu făt de sex feminin au fost asociate cu complicații din perioada a treia a nașterii (incidență mai mare de dezlipire și extracție manuală a placentei și de chiuretaj uterin postpartum pentru resturi cotiledonare). Concluzii: Feții de sex masculin au o mai mare șansă de a se naște prin operație cezariană.

The effect of the fetal sex to the outgoing of labour

Objective: The aim of the present study was to evaluate the association of fetal gender with pregnancy and labour related pathology. Methods: Live births (2493) in the Hospital of Târgu-Mureș (Obstetrics and Gynecology I.) were studied in 2005. Results: Male-bearing pregnancies were associated with placenta praevia, abruption placenta, preeclampsia, higher birthweight, feto-pelvic disproportion and fetal distress syndrome. Female-bearing pregnancies were associated with third stage complications (regarding the separation and expulsion of the placenta, retained placental fragments). Conclusion: Male fetal gender is associated with higher incidence of delivery by caesarean section.

Orvostudományi Értesítő, 2007, 80 (1): 25-27

www.emeogysz.ro

A dolgozatunk célja az volt, hogy felbecsüljük, hogy létezik-e összefüggés a magzat neme és a szülés kimenetele között.

Anyag és módszer

- Kövéttük a 2005-ben lezajlott szüléseket a Marosvásárhelyi 1-es számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán (2493 szülés).
- Megvizsgáltuk a 2005-ben végzett császármetszéseket.
- Megvizsgáltuk az egyes műtétek javallatait.
- Kövéttük a császármetszéssel született újszülöttek nemi eloszlását, testsúlyát, Apgar-értékeit.

Eredmények

2005-ben a Marosvásárhelyi 1.sz.Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 474 esetben végeztek császármetszést (19,013%).

Az egyes császármetszés javallatok eloszlását az 1. táblázat ábrázolja.

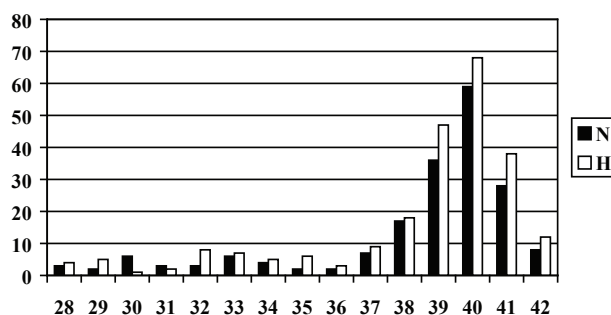
A császármetszéssel születettek nemi eloszlását a terhességi hetek szerint az 1. ábra szemlélteti.

A császármetszéssel született gyerekek Apgar-értékeinek átlagait magasabbnak találtuk nőnemű újszülötteknél mint hímneműeknél, ez a különbség azonban nem volt szignifikáns (első percben: 8,387 vs 8,298).

A császármetszéssel született gyerekek nemi eloszlása 2005-ben következő volt: hímnemű 264 (55,6%), nőnemű 210 (44,4%), sex ratio: 1,2527.

Az egyes császármetszés javallatok nemek szerinti eloszlását a 2. táblázat mutatja.

Az újszülöttek súlyát térránytalanság és magzati distressz-szindróma esetén a 3. táblázatban tüntettük fel.



1. ábra. A császármetszéssel születettek nemi eloszlása a terhességi hetek szerint (H – hímnemű, N – nőnemű)

1. táblázat. A császármetszés javallatok százalékos eloszlása

Császármetszés javallatok	%
T	13,5
T+D	3,58
D	8,01
AP	5,27
PE	7,38
PP+V	5,06
Fartartás	15,19
Egyébb	41,98

AP – abruptio placentae, D – magzati distressz szindróma, MVC/B – méhürben visszamaradt cotyledon/burok, PA – placenta adhaerens, PE – preeclampsia, PP+V – vérző placenta praevia, T+D – térránytalanság és magzati distressz-szindróma, T – térránytalanság

2. táblázat. Az egyes császármetszés javallatok nemek szerinti eloszlása

	Hímnemű	Nőnemű	Sex ratio (H/N)
T	12	5	2,4
T+D	38	26	1,46
D	25	21	1,19
PP+V	19	4	4,75
PE	20	11	1,81
AP	14	12	1,16

3. táblázat. Az újszülöttek súlya téraránytalanság és magzati distressz-szindróma esetén

	Hímnemű súlya	Nőnemű súlya
T	3437,5	3210
T+D	3915,79	3703,84
D	3473,33	3296,87

Méhlepényhez kapcsolódó szülés utáni szövödmények nemek szerinti eloszlását a **4. táblázat** mutatja.

4. táblázat. Méhlepényhez kapcsolódó szülés utáni szövödmények nemek szerinti eloszlása

	Hímnemű	Nőnemű	Sex ratio (H/N)
PA	23	26	0,884
MVC/B	45	57	0,857

Megbeszélés

A hímnemű és nőnemű magzatok aránya nem függ az anyai életkortól és attól, hogy az anya multipara vagy primipara [1].

A császármetszéssel született gyerekek Apgar-értékeinek átlagait magasabbnak találtuk nőnemű újszülötteknél mint hímneműeknél, ugyanakkor gyakrabban végeztünk császármetszést magzati distressz-szindróma miatt hímnemű magzatnál.

Hímnemű magzatoknál gyakoribb a koraszülés és az újszülöttkori elhalálozás mint nőneműeknél [4, 12, 30].

Gyakrabban végeztünk császármetszést téraránytalanság miatt hímnemű magzatoknál. A császármetszéssel született hímnemű újszülötteket nagyobbaknak találtuk mint a nőneműeket.

A hímnemű magzatok gyakrabban macrosomiások mint a nőneműek [3, 11, 24, 28, 29, 31, 33].

Megvizsgáltuk az újszülöttek nemének arányát egyes méhlepényhez kapcsolódó kóros elváltozásokban mint pl: abruptio placentae, placenta praevia, terhességi magasvérnyomás betegség. Próbáltunk betekintést nyerni ezen betegségek kóroktanába.

Ghidini és munkatársai (2005) a 32. terhességi hétnél kisebb koraszülötteknél olyan szövettani elváltozásokat írtak le a méhlepény tapadásának szintjén (a trofoblaszt inváziójánál az anyai deciduába valamint az anyai endovascularis remodeling szintjén), amelyeket idült gyulladásra emlékeztető limfocita beszűrődés jellemez. Ezek a léziók szignifikánsan gyakrabban jelentkeztek hímnemű magzatnál mint nőneműnél. Ugyanezek az elváltozások nem jellemezték a chorionbolyhokat valamint az amniochorion lemezt [8].

Anyagunkban gyakoribb volt a placenta praevia, a preeclampsia és enyhén több volt az abruptio placentae hímnemű magzatnál.

Hímnemű magzatokkal gyakrabban társul:

- placenta praevia [6, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 26, 32],
- preeclampsia [2, 10, 15, 17, 18, 19, 30],

- HELLP szindróma [10],
- terhességi májsteatosis [15, 17],
- abruptio placentae [14, 15, 17, 26].

Nőnemű magzatoknál gyakoribbnak találtuk a placenta adhaerent, gyakrabban végeztünk szülés utáni lepényleválasztást és méhűri műszeres letapintást.

Nőnemű magzatokkal gyakrabban társul:

- kóros terhességi hányás [2, 5, 25]. Minnél súlyosabb ez a betegség annál nagyobb a valószínűsége a lánymagzatnak [25]. Az anyai vér és a köldökszinór vér hCG szintjét magasabbnak találták nőnemű magzatoknál mint hímneműeknél [9],
- méhen kívüli terhesség [15, 17],
- placenta adhaerens [15, 17, 19].

Következtetések

- Gyakrabban végeztünk császármetszést hímnemű magzatnál.
- A császármetszéssel született hímnemű újszülötteket nagyobbaknak találtuk mint a nőneműeket.
- Több császármetszést végeztek téraránytalanság esetén hímnemű magzatnál mint nőneműnél.
- A hímnemű újszülöttek Apgar-értékeit kisebbeknek találtuk.
- Gyakrabban végeztek császármetszést magzati distressz-szindróma miatt hímnemű magzatoknál.
- Anyagunkban gyakoribb volt az placenta praevia, a preeclampsia és enyhén több volt az abruptio placentae hímnemű magzatnál.
- Nőnemű magzatoknál gyakoribbnak találtuk a placenta adhaerent, gyakrabban végeztek szülés utáni lepényleválasztást és méhűri műszeres letapintást.

Irodalom

1. Almagor M., Schwed P., Yaffe H. - *Male to female ratio in newborns of grand grand multiparous women*. Hum Reprod. 1998, 2323-4.
2. Basso O., Olsen J. - *Sex ratio and twinning in women with hyperemesis or pre-eclampsia*. Epidemiology. 2001, 12:747-9.
3. Brunskill A.J., Rossing M.A., Connell F.A. et al. - *Antecedents of macrosomia*. Paediatr Perinat Epidemiol. 1991, 392-401.
4. Cooperstock M., Campbell J. - *Excess males in preterm birth: interactions with gestational age, race, and multiple birth*. Obstetrics & Gynecology 1996, 88:189-193.
5. del Mar Melero-Montes M., Jick H. - *Hyperemesis gravidarum and the sex of the offspring*. Epidemiology. 2001, 12:123-4.
6. Demissie K., Breckenridge M. B., Joseph L. et al. - *Placenta praevia: preponderance of male sex at birth*. Am J Epidemiol. 1999, 149:824-30.
7. D'Souza D. - *Fetal growth and sex related to placenta praevia*. J Obstet Gynaecol. 2000, 20:382-4.
8. Ghidini A., Salafia C. M. - *Gender differences of placental dysfunction in severe prematurity*, BJOG. 2005, 112:140-4.
9. Gol M., Altunyurt S., Cimrin D. et al. - *Different maternal serum hCG levels in pregnant women with female and male*

- fetuses: does fetal hypophyseal--adrenal--gonadal axis play a role?* J Perinat Med. 2004, 32:342-5.
10. Hall D. R. - *Early onset, severe pre-eclampsia and HELLP syndrome: sex ratio of infants.* J Obstet Gynaecol. 2002, 22:63.
 11. Heiskanen N., Raatikainen K., Heinonen S. - *Fetal Macrosomia - A Continuing Obstetric Challenge.* Biol Neonate. 2006, 90:98-103.
 12. Ingemarsson I. - *Gender aspects of preterm birth BJOG.* 2003, 20:34-8.
 13. Jakobovits A. A., Zubek L. - *Abruptio placentae and fetal sex ratio.* Acta Med Hung. 1988, 45:191-5.
 14. Jakobovits A. A., Zubek L. - *Sex ratio and placenta praevia.* Acta Obstet Gynecol Scand. 1989, 68:503-5.
 15. James W. H. - *Sex ratios of offspring and the causes of placental pathology.* Hum Reprod. 1995, 10:1403-6.
 16. James W. H. - *Offspring sex ratios and the causes of placental pathology: the case of placental abruption.* Hum Reprod. 2001, 16:2031.
 17. James W. H. - *Re: „Placenta previa: preponderance of male sex at birth”.* Am J Epidemiol. 2000, 152:195-6.
 18. Jongbloet P. H. - *Offspring sex ratio at population level versus early and late onset preeclampsia.* Early Hum Dev. 2004, 79:159-63.
 19. Khong T. Y., Staples A., Chan A. S. et al. - *Pregnancies complicated by retained placenta: sex ratio and relation to pre-eclampsia.* Placenta. 1998, 19:577-80.
 20. MacGillivray I., Davey D., Isaacs S. - *Placenta praevia and sex ratio at birth.* Br Med J (Clin Res Ed). 1986, 292:371-2.
 21. Mills J. L., Graubard B. I., Klebanoff M. A. - *Association of placenta praevia and sex ratio at birth.* Br Med J (Clin Res Ed). 1987, 294:544.
 22. Milham S. Jr. - *Increased male births associated with placenta praevia.* Lancet. 1989, 2:863.
 23. Mortensen J. T., Thulstrup A. M., Larsen H. et al. - *Smoking, sex of the offspring, and risk of placental abruption, placenta previa, and preeclampsia: a population-based cohort study.* Acta Obstet Gynecol Scand. 2001, 80:894-8.
 24. Parks D. G., Ziel H. K. - *Macrosomia. A proposed indication for primary cesarean section.* Obstet Gynecol. 1978, 52:407-9.
 25. Schiff M. A., Reed S. D., Daling J. R. - *The sex ratio of pregnancies complicated by hospitalisation for hyperemesis gravidarum.* BJOG. 2004, 111:27-30.
 26. Sastrawinata S., Bernard R. P. - *Placentae abruptio & previa, by infant outcome, birth-weight & gender: male excess abruption?* Soz Praventivmed. 1987, 32:235-6.
 27. Steier J. A., Ulstein M., Myking O. L. - *Human chorionic gonadotropin and testosterone in normal and preeclamptic pregnancies in relation to fetal sex.* Obstet Gynecol. 2002, 100:552-6.
 28. Stotland N. E., Caughey A. B., Breed E. M. et al. - *Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia.* Int J Gynaecol Obstet. 2004, 87:220-6.
 29. Tamarova S., Popov I., Khristova I. - *Risk factors for fetal macrosomia.* Akush Ginekol (Sofia). 2005, 44:3-9.
 30. Vatten L. J., Skjaerven R. - *Offspring sex and pregnancy outcome by length of gestation.* Early Hum Dev. 2004, 76:47-54.
 31. Vetr M. - *Risk factors associated with high birthweight deliveries.* Ceska Gynecol. 2005, 70:347-54.
 32. Wen S. W., Demissie K., Liu S. et al. - *Placenta praevia and male sex at birth: results from a population-based study.* Paediatr Perinat Epidemiol. 2000, 14:300-4.
 33. Wollschlaeger K., Nieder J., Koppe I. et al. - *A study of fetal macrosomia.* Arch Gynecol Obstet. 1999, 263:51-5.