



'ACOG diyor ki!'

MÜDAHALELİ VAJİNAL DOĞUM

Özeti Yapan: Dr. Esra Esim Büyükbayrak

Son birkaç yılda gelişen doğum eylemi yönetimindeki yeniliklere rağmen müdahaleli vajinal doğum, modern doğum eylemi yönetimindeki önemini halen korumaktadır.(2013 yılındaki tüm doğumların %3.30u) Obstetrisyenler uygun şartlarda olan enstrüman kullanımını halen aktif gerçekleştirmektedirler ve riskleri hakkında bilgi sahibidirler. Bu dökümanın amacı müdahalele vajinal doğumda yaygın olarak kullanılan yöntemler hakkında yarar ve riskler açısından bilgilerin derlenmesini sağlamaktır.

GİRİŞ

Müdahaleli vajinal doğum maternal ve fetal endikasyonlar varlığında doğum eylemini güvenli bir şekilde gerçekleştirmek veya hızlandırmak için kullanılan bir yöntemdir. Annenin tükenmesi ve etkin olarak ıkınamaması, yada tıbbi endikasyonlar (doğumun ikinci evresinde maternal kardiyak sorunlar nedeniyle maternal ıkınmanın kontraendike olduğu durumlar), doğumun ikinci evresinin uzaması, fetal başın ilerleyişinin ve rotasyonunun durması ve yine doğumun ikinci evresinde güven vermeyen fetal kalp atımları gibi durumlarda uygulanır. Müdahaleli vajinal doğum sezaryende gerçekleşebilecek komplikasyonları önleme açısından da yararlı bir yöntemdir. Sezaryen sonrası kısa süreli komplikasyonlar hemoraji, infeksiyon, uzamış iyileşme dönemi, artmış maliyeti içermektedir. Sezaryenin uzun süreli komplikasyonları ise tekrarlayan sezaryen olasılığının artması, geçirilen sezaryen sonrası vajinal doğum denemelerindeki artmış morbidite oranı ve plasenta akreata gibi plasental anomalilerdir. Müdahaleli vajinal doğum, muhtemel sıkıntı bulgusu gösteren fetüslerde, doğumlarda travay süresinin kısaltılması ve doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonları azaltmak veya tamamen engellemeye de yardımcıdır. Müdahaleli vajinal doğum sıklıkla doğum eyleminin sezaryene oranla daha çabuk ve komplikasyonsuz bir şekilde tamamlanmasına da olanak sağlar.

Son yıllarda A.B.D'de müdahaleli vajinal doğum, sezaryene oranla sıklığı azalan bir uygulama olmuştur. Sezaryen oranındaki bu artışla beraber A.B.D'de uygulanan müdahaleli vajinal doğumun oranı 1992-2013 yılları arasında %9.01 den %3.30'a düşmüştür. Bununla birlikte halen müdahaleli vajinal doğum modern doğum eyleminin güvenilir bir parçasıdır ve uygun şartlar sağlandığı takdirde sezaryene tercih edilebilen uygun bir yöntemdir. Müdahaleli vajinal doğum forsepsle fetal başın doğrudan çekilmesi ile veya fetal kafa derisine vakum ile traksiyon uygulanması ile gerçekleştirilir. Çeşitli forseps ve vakum aletleri bu amaçla geliştirilmiştir ve okuyucular bu aletler hakkında bilgi sahibi olabilirler. Hangi alet kullanılırsa kullanılsın müdahaleli vajinal doğum endikasyonları aynıdır (Tablo 1).



Müdahaleli vajinal doğum fetal başın seviyesi ve başın rotasyon durumuna göre sınıflandırılır (Tablo 2). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği'nin bir değerlendirmesine göre inmiş ve rotasyonunu hemen hemen tamamlamış fetal baş durumunda müdahaleli vajinal doğum uygulanması maternal ve fetal hasar verme açısından daha düşük riske sahiptir. Forceps veya vakum uygulamasından önce obstetrisyen başarıyı etkileyebilecek şartları (tahmini fetal ağırlık, maternal pelvisin uygunluğu, fetal başın pozisyonu ve seviyesi ve anesteziye uygunluk vb.) değerlendirmelidir. Müdahaleli vajinal doğum pelvis içerisinde angaje olmamış fetal baş ve vertex pozisyonunun değerlendirilemediği durumlarda kontraendikedir.

Tablo 1: Operatif Vajinal Doğum Endikasyonları

- 1- Doğumun ikinci evresinin uzaması
- 2- Fetal sıkıntı potansiyeli veya fetal sıkıntı olması
- 3- Maternal yarar amaçlı doğumun ikinci evresini kısaltma

KLİNİK DURUMLAR

Alet Seçimi

Forceps ve vakum az da olsa komplikasyon riski içerirler ancak müdahaleli vajinal doğumda kullanılabilir enstrümanlardır. Hangi enstrümanın kullanılacağına, obstetrisyenin klinik bilgi ve tecrübesine, kliniğin uygunluğuna bakılarak karar verilir. Her ikisi de fetusu doğurtmada ve doğum eyleminin süresini kısaltmada yardımcıdır. Vakum uygulamasının öğrenilmesinin daha kolay olduğuna inanılmaktadır ve forcepsin uygun şekilde yerleştirilmesini önleyen asinklitismus gibi durumlarda da kullanım olanağı vardır. Forceps kullanımı daha güvenli bir uygulama sunar ve fetal başın oksiput posterior veya oksiput anterior pozisyona rotasyonunda uygundur.

Forceps ile vajinal doğumun başarılması, vakuma oranla daha muhtemeldir; ancak forceps ile vajinal doğum daha çok üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarına neden olmaktadır. Forceps ve vakumun karşılaştırıldığı randomize klinik çalışmaların değerlendirildiği bir derlemede, tüm doğumlar göz önüne alındığında, vakum uygulamasının forcepsle oranla başarısızlıkla sonuçlanma olasılığı daha yüksektir (RR: 0.65 ; %95 CI 0.45-0.94). Forceps, neonatal sefalohematom oluşma sıklığını arttırmadan (RR 0.64 ;%95 CI 0.37-1.11) üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarına daha çok neden olmaktadır (RR 1.89 ;%95 CI 1.51-2.37). Bir başka çalışmada forceps ve vakum uygulama sonrasında uzun dönem sonuçları karşılaştırılmış ve 5 yıllık süre içerisinde maternal üriner inkontinans ve anal sfinkter disfonksiyon arasında belirgin bir fark izlenmemiştir. Vakum uygulamanın güvenli olduğu gestasyonel yaş belirtilmemesine rağmen 34 Hf. dan küçük gebeliklerde kullanılması uygun görülmemektedir.



Tablo 2: Forcepsle doğum türleri için kriterler

Çıkımda (outlet) forceps:

- 1- Labiumlar ayrılmadan skalpın intoitusta görünür hale gelmesi
- 2- Fetal başın pelvik tabana ulaşması
- 3- Fetal başın perinede olması
- 4- Sagittal sütür anteroposterior çap veya sağ yada sol occiput anterior ya da posterior pozisyonda olması
- 5- Baş rotasyonunun 45 dereceyi aşmamış olması

Aşağıda (low) forceps:

- 1- Başın önde gelen kısmının +2'de ya da daha yukarda olması ve pelvik tabana yerleşmemiş olması
- 2- Rotasyon olmadan: rotasyon 45 derece veya daha az (sağ ya da sol occiput anteriordan occiput anteriora veya sağ ya da sol occiput posteriodan occiput posteriora)
- 3- Rotasyon olunca: rotasyon 45 dereceden fazlaysa

Ortada (mid) forceps:

- 1- Baş +2'den yukarıda ancak angaje olduysa

Teknik

Müdahaleli vajinal doğum teknikleri sadece bazı açılardan değerlendirilmiştir. Bununla beraber, çoktan beri var olan geleneksel yöntemlere göre uygulama yapmak kabul görmektedir. Müdahaleli vajinal doğumun ön şartları Tablo 3'te yer almaktadır. Ek olarak, müdahaleli vajinal doğumun sebebi, alternatifleri ve riskleri hastalarla tartışılmalı ve onam alınmalıdır.

Forceps veya vakum uygulamadan önce enstrümanın uygun yere yerleştirildiğini teyid etmek önemlidir. Vakum çanı posterior fontanelin 2cm önüne ve sagittal sütürü ortalayacak şekilde yerleştirilmelidir ve maternal dokunun vakum çanı içine alınmadığı kontrol edilmelidir. Forceps için sagittal sütür'ün forsepsin sapı (kaşıklar ile tutacak yer arasındaki ara parça) ile aynı hizada olmasına dikkat edilmelidir, posterior fontanel sapın bir parmak yukarısında olmalı ve lamboid sütürler forsepsin kaşıklarından eşit uzaklıkta olmalıdır.

Epizyotomi

Müdahaleli vajinal doğumda epizyotomi rutin olarak uygulanmamalıdır. Epizyotomi uygulamasının oranı tüm doğumlar içinde azalmıştır (1979'da %60.9 2004'te %24.5) benzer şekilde müdahaleli vajinal doğumda da oranı azalmaktadır. Geçmişte rutin mediolateral epizyotomi perineal gerilmenin önlenmesi ve pelvik kasların



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

zedelenmesinin önlenmesi açısından önerilen bir uygulamaydı. Son günlerde randomize klinik çalışmalarda operatif vajinal doğumda rutin epizyotomi ile selektif epizyotomi karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada mediolateral ve midline epizyotomi arasında herhangi bir fark belirlenmemiştir ve anal sfinkter hasarı, neonatal travma, üriner ve fekal inkontinans açısından anlamlı bir fark göstermemiştir.

Tablo 3: Müdahaleli vajinal doğumun ön şartları

- 1- Serviks tamamen dilate ve silinmiş olmalı
- 2- Membranlar rüptüre olmuş olmalı
- 3- Fetal baş angaje olmuş olmalı
- 4- Fetal baş pozisyonunu almış olmalı
- 5- Tahmini fetal ağırlık biliniyor olmalı
- 6- Pelvis vajinal doğum için uygun olmalı
- 7- Anesteziye uygunluk olmalı
- 8- Maternal mesane boşaltılmış olmalı
- 9- Hasta riskleri ve işlemten görebileceği faydaları kabul etmiş olmalı
- 10- Hasta müdahaleli vajinal doğum denemesine istekli olmalı ve başarısızlık halinde ek yönteme geçiş hakkında gönüllü olmalı

Müdahaleli vajinal doğumda rutin epizyotomi gerekliliği hakkında yeterli veri yoktur. Müdahaleli vajinal doğumda rutin epizyotomi önerilmez çünkü; mediolateral epizyotomi sonrası iyileşme evresinde uzama ve rahatsızlık hissi bildirilmiştir ve midline epizyotomi sırasında anal sfinkter hasarı ve yırtığın rektuma uzaması riski artmaktadır. Bazı retrospektif çalışmalar midline epizyotomi ile yapılan müdahaleli vajinal doğumlarda anal sfinkter hasarı olduğunu tespit etmiştir ve mediolateral epizyotominin kullanıldığı forceps ve vakumda midline epizyotomiye kıyasla daha az anal sfinkter hasarı olduğunu göstermiştir. Forceps veya vakumun kullanıldığı ve epizyotomi gereken müdahaleli vajinal doğumlarda mediolateral epizyotominin midline epizyotomiye oranla daha az anal sfinkter hasarı yaptığı ancak uzun dönemde perineal ağrı ve dispareni sıklığının arttığı belirtilmiştir.

MÜDAHALELİ VAJİNAL DOĞUMUN MATERNAL KOMPLİKASYONLARI

Müdahaleli vajinal doğumların komplikasyonlarıyla ilgili yapılan araştırmalar, operatörlerin deneyimlerinin seviyesi, zamanla uygulamaların ve tanımlamaların değişmesi, benzer koşullar altında çalışılabilen az sayıda hasta olması ve bu konuyla alakalı soruları yanıtlamaktaki istatistiksel gücü başarmadaki yetersizlik gibi bir dizi kafa karıştıran ve potansiyel ön yargı oluşturan sebeplerle engellenmiştir. Müdahaleli vajinal doğumun sonuçları spontan vajinal doğum ile karşılaştırılmamalıdır daha ziyade doğumun ikinci evresinde sezeryan doğum ile karşılaştırılabilir.



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

Müdahaleli vajinal doğum anal sfinkter yaralanması için bir risk faktörü olarak görülmektedir fakat bu yaralanmalara operatif doğumun katkısını ilgili diğer klinik faktörlerden ayırmak zordur. Bu faktörler; doğumun uzamış 2. fazı, fetal büyüklük, maternal yaş, obesite, omuz distosisi ve epizyotomidir. Yapılan bir çalışmada bu saydığımız faktörler kontrol altına alındığında, **spontan normal doğuma göre 3-4. derece perine yırtığı riskini, forseps kullanımınının 6 kat , vakum uygulamasının ise 2 kat artırdığı saptanmıştır.** Ancak, doğumun 2. fazında duraklama olan 109 primipar kadını içeren bir başka çalışmada postpartum 1 yıl sonra semptomları sorgulayan anketle başarılı müdahaleli vajinal doğum yapan 53 kadın ile sezeryan doğum yapanlar arasında pelvik taban disfonksiyonu veya seksüel disfonksiyon semptomları açısından bir fark tanımlanmamıştır. Ek olarak, başka bir çalışma müdahaleli vajinal doğuma atfedilen morbiditelerin çoğunun benzer derecede antenatal dönemde de olduğu rapor edilmiştir. Özellikle müdahaleli vajinal doğum yapan 108 hasta arasında, bildirilen üriner inkontinans prevalansı gebeliğin 3. trimesteri ile postpartum 6. hafta ve 1. yılda farklı bulunmamıştır. Gaz ve sıvı inkontinans oranları da 3. trimester ile postpartum 1. yılda farklı bulunmamıştır. Sadece katı anal inkontinans oranları doğum öncesine göre postpartum 6. haftada daha yüksek bildirilmiştir (%5 vs %1 p:0.02), fakat bu oranlar postpartum 1. yılda gerileyerek doğum öncesi ile aynı düzeye gelmiştir. Müdahaleli vajinal doğum esnasında anal sfinkter hasarı gerçekleşmeyen hastalar ile normal spontan vajinal doğum yapan hastaların doğumdan 5-10 yıl sonraki anal inkontinans oranları aynı rapor edilmiştir. Bir anal sfinkter yırtığından sonra tekrar sfinkter yırtığı olma ihtimali düşüktür (%3.2) fakat sonraki doğumlar operatif vajinal doğum olur ise bu ihtimal önemli ölçüde artar.

Forseps uygulaması ile doğumda anal sfinkter hasarı riski vakum ile doğuma göre daha yüksektir. Vakum ve forseps ile vajinal doğumu karşılaştıran 3338 kadını içeren 13 tane randomize çalışmanın dahil edildiği yeniden değerlendirmede forseps kullanımında 3.- 4. derece yırtık olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Diğer bir randomize çalışmada ise postpartum ilk 3 aydaki fekal inkontinans oranı forseps ile vajinal doğumda daha sık rapor edilmiştir (%59 vs %33 p=006). İki grup arasında anal manometri ölçümlerinde ve anal sfinkter ultrason bulgularında farklılık bulunmamıştır. Forsepsle doğum ile vakumla doğumun karşılaştırıldığı randomize çalışmada doğum sonrası 5 yıllık süre içerisinde bağırsak ya da mesane disfonksiyonu arasında fark görülmemiştir.



OPERATİF VAJİNAL DOĞUMDA YENİDOĞAN KOMPLİKASYONLARI

Her ne kadar müdahaleli vajinal doğum risksiz bir yöntem olmasa da forseps ve vakum kullanımında yenidoğan komplikasyon riski düşüktür. **Geniş kohort araştırmalar göstermiştir ki vakum yada forseps kullanılan her 650-850 müdahaleli vajinal doğumda bir intrakraniyal hemoroji ve her 220-385 müdahaleli vajinal doğumda bir nörolojik komplikasyonlar oluşmaktadır.** Üstelik bazı komplikasyonlar(intrakraniyal hemoroji gibi) müdahaleli vajinal doğuma atfedilir ancak doğum endikasyonu ile ilgilidir ve sezaryenle doğumda da bu riskler azalmamaktadır. Aynı zamanda müdahaleli vajinal doğumla sezaryenden daha çabuk doğum gerçekleştirilebildiği için, fetusta güven vermeyen kalp atımı olan durumlarda, fetusun nörolojik hasarının doğumu daha çabuk gerçekleştirme yöntemi olarak müdahaleli doğumla sezaryene oranla azaltılabileceği düşünülebilir.

Müdahaleli vaginal doğumla farklı neonatal yaralanmalar bildirilmiştir ve hasarın tipi, derecesi ve oranı kullanılan enstrümana göre farklılık göstermektedir. Vakum uygulamasında fetal skalpın çekilmesi laserasyonlara, sefalhematomlara, subgaleal veya intrakraniyal hemorajilere neden olabilmektedir. Retinal hemoroji ve hiperbilirubinemi seviyesinde artış da ayrıca bildirilmiştir. Forsepsle doğumda fasiyal laserasyonlar, fasiyal sinir felci, korneal abrazyonlar, eksternal okuler travma, kafatası kırıkları ve intrakraniyal hemorajiler bildirilmiştir. Bu bahsedilen komplikasyonların oranı azdır fakat yine de komplikasyon oranları hakkında geniş çalışmalara ihtiyaç vardır. Bir çalışmada Kaliforniya'da 1992'den 1994'e kadar olan tekil doğumlar değerlendirilmiş ve neonatal ölüm oranının spontan doğum, sezaryen doğum ve müdahaleli vajinal doğumda aynı olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda intrakraniyal hemorajinin de meydana gelme olasılığı sezaryen doğum, forseps ve vakumla doğumda benzerdir. Bir başka çalışmada Newyork'da 1995'ten 2003 yılına kadar olan nullipar doğum verileri incelenmiştir. Sezaryenle doğumlara göre forsepsle doğumlarda daha fazla kırık, fasiyal sinir paralizisi ve brakial sinir paralizisi oranı varken nörolojik komplikasyonlar, intraventriküler hemoraji veya subdural hemoraji oranı daha az bildirilmiştir.

Sezaryenle doğuma kıyasla vakumla doğum daha çok sefalhematom, skalp zedelenmesi, kırıklar ve brachial plexus hasarı ile ilişkili bulunurken, merkezi sinir sistemi komplikasyonlarına neden olmamaktadır. Araştırmacılar tek bir merkezin 2000-2009 yılları arasındaki doğum verilerini incelediğinde, doğumun ikinci evresinde sezaryene alınan vakalarla forseps ve vakum uygulanan vakalar arasında neonatal ölüm ve neonatal ensefalopati yönünden fark bulunmadığını bildirmiştir. Müdahaleli vajinal doğum, 1000 term doğumda 4.2 oranında ensefalopatiye neden olmaktadır (bu oran sezaryen doğumlarda 1000'de 3.9'dur). Müdahaleli vajinal doğumda intrakraniyal hemoraji nedeniyle olan ölümlerin oranı 10,000 doğumda 3-4 tür. 13 randomize çalışmanın yeniden değerlendirmesinde ise vakumla forseps kıyaslandığında umbilikal pH, morbidite ve ölüm oranında ciddi bir fark görülmemiştir.



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

Özetle, forceps ve vakum kullanılan müdahaleli vajinal doğumlarda komplikasyon oranı farklı olabilmektedir. Hangi enstrüman kullanılırsa kullanılsın doğumun ikinci evresinde yapılan sezaryenle komplikasyon oranları karşılaştırıldığında major mortalite ve morbidite riski azdır.

Doğumun ikinci evresinde fetal sıkıntı belirtileri olan durumlarda fetal hareketler ve pozisyon enstrüman kullanımı için uygun olduğunda, zamanında ve yetenekli obstetrisyenler tarafından yapılan müdahaleler intrauterin kötü sonuçların ve neonatal ensefalopatiye ve hipoksik ensefalopatiye neden olabilecek intrapartum faktörlerin azalmasına katkı sağlamaktadır. Yenidoğan uzmanları müdahaleli vajinal doğumla ilgili olabilecek potansiyel riskleri gözlemlemeli ve bu konuda uyanık olmalıdırlar.

UZUN DÖNEM BEBEK MORBİDİTESİ

Müdahaleli vajinal doğum ile doğan bebeklerde meydana gelebilecek uzun dönem etkiler hakkında az sayıda çalışma bulunmaktadır, ancak mevcut sonuçlar müdahaleli vajinal doğum ile spontan vajinal doğum sonuçlarının uzun dönemde benzer olduğu yönündedir. Bir kohort çalışması forsepsle doğmuş 3413 çocuğu 5 yaşında iken kognitif fonksiyon açısından değerlendirmiştir. Bu çalışmada 1192 adet forsepsle doğan çocukla 1499 adet spontan vajinal yolla doğan çocuk arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bir başka çalışmada aynı yılda aynı hastanede vakumla doğmuş 295 adet 10 yaşında çocukla spontan vajinal yolla doğmuş yine aynı yaşta olan 302 çocuk karşılaştırılmış ve öğrenme performansı, konuşma yaşı ve nörolojik anormallik açısından bir fark görülmemiştir.

FETAL MAKROZOMİ İLE MÜDAHALELİ VAJİNAL DOĞUM

Müdahaleli vajinal doğum ile fetal makrozomi ilişkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada doğum ağırlığı 4000 gram üzerinde olan ve doğum ağırlığı 3000 ile 3999 gram olan 2924 adet yenidoğan karşılaştırılmıştır. Doğum ağırlığı 4000 gramdan fazla olan yenidoğanlarda toplam yaralanma oranı %1,6 iken doğum ağırlığı 3000 ile 3999 arasında olanlarda ise bu oran %0,4 olarak bulunmuştur. 4000 gramdan ağır bebeklerde uygulanan forseps ile daha küçük bebeklerde uygulanan forseps kıyaslandığında 6 ay sonra persistan yaralanma oranı makrozomik bebeklerde 7,3 kat artmaktadır (%95 CI 6,5-8,2). Bununla beraber persistan yaralanma riski 4000 gr üzerinde olan spontan vajinal doğumla farklı değildir (RR:7,7 %95 CI 7,4-8,1).

Çalışmacılar bir persistan yaralanmayı önlemek için 258 adet makrozomik bebeğe sezaryen yapılması gerektiğini hesaplamıştır.

Tahmini fetal ağırlığa dayalı müdahaleli vajinal doğum komplikasyonlarıyla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Uygun müdahaleli vajinal doğumun iri olma ihtimali olan bebeklerde kullanılması kontraendike bir durum değildir. Tahmini fetal ağırlığın yanlış hesap edilebilmesi ihtimali nedeniyle diğer değişkenlerin, maternal pelvis uygunluğunun ve özellikle ikinci evrede doğumun ilerlemesinin, düzgün değerlendirilmesi gerekmektedir. İhtimali artmış olan omuz takılması durumu için

gerekli hazırlıkların yapılması ve dikkatli olunması gerekmektedir.

KLİNİK DÜŞÜNCE VE ÖNERİLER

► Operatif Vajinal Doğum Kontrendikasyonları Nelerdir?

Bazı durumlarda, maternal ve fetal riskler nedeniyle müdahaleli vajinal doğumdan sakınmalı veya en azından dikkatlice düşünülerek karar verilmelidir. Müdahaleli vajinal doğum başın angaje olmadığı durumlarda, başın pozisyonunun bilinmediği durumlarda ya da canlı fetusta bilinen veya kuvvetle muhtemel olabilecek bir demineralizasyon durumunda (osteogenesis imperfecta) ya da kanama bozukluklarında (alloimmün trombositopeni, hemofili, Von Willebrand hastalığı) kontrendikedir.

Müdahaleli vajinal doğum sadece bu müdahalelere yetkisi olan, tecrübeli ve işlem başarısızlığında acil sezaryen yapabilecek şartları olan obstetrisyenler tarafından uygulanmalıdır. Şüpheli fetal kalp atımı müdahaleli vajinal doğum için bir kontrendikasyon değildir ve böyle bir durumda hızlı bir şekilde yaptırılan vajinal doğum sezaryene oranla fetus için daha yararlı olabilir.

► Müdahaleli Vajinal Doğum Denemesinin Rolü Var mıdır?

Müdahaleli vaginal doğum denemesi, tehlikeli bir durum veya zorlukla karşılaşıldığında vazgeçmeyi gerektiren bir girişimdir. Başarısız müdahaleli vajinal doğum oranı %2,9-6,5 olarak belirtilmiştir. 3798 müdahaleli vajinal doğumun analizinde obstetrisyenin tecrübesi kontrol edildikten sonra sadece doğum ağırlığı ve doğumun ikinci evresinin süresinin başarısızlıkla ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

Yapılan az sayıdaki araştırmalarda başarısız müdahaleli vajinal doğumdan sonra elde edilen maternal ve neonatal sonuçlar pek çok çelişkili sonuca işaret etmektedir. Her ne kadar Kaliforniya'da 1992'den 1994'e kadar olan doğumlarda yapılan analizler forseps, vakum ve travaydan alınan sezaryen arasında neonatal ölüm ve intrakraniyal hemoraji oranları arasında pek bir fark görmese de, başarısız forseps ve vakum uygulamasından sonra yapılan sezaryende subdural ve serebral hemoraji, mekanik ventilasyon ve nöbet geçirme oranları başarılı müdahaleli vajinal doğum veya sezaryenden daha yüksek bulunmuştur.

Buna karşılık, Eunice Kennedy Ulusal Çocuk Sağlığı ve Gelişimi Enstitüsünde yapılmış ikinci bir karşılaştırmada forseps uygulandıktan sonra yapılan sezaryenlerde forseps uygulanmadan yapılan sezaryenlere göre neonatal morbidite oranı daha fazla bulunmuştur. Ancak, bu sonuç sadece non-reaktif fetal kalp atımı nedeniyle yapılan sezaryenlerde gösterilmiştir, diğer endikasyonlarla yapılan sezaryenlerde fark görülmemiştir. Her iki yayında da forseps denemesinden sonra olan neonatal komplikasyon oranı düşüktür. Obstetrisyenin başarılı olma şansının yüksek olduğu



düşünüldüğünde müdahaleli vajinal doğum denemesi uygun bir seçimdir fakat fetal başın inişinde bir problem gelişirse bu eylemden hızlıca vazgeçmek için de gerekli hazırlıkların yapılmış olması gerekmektedir. Bazı araştırmacılara göre müdahaleli vajinal doğum denemesi için bazı sınırlar olmalıdır fakat uygulamayı bırakmak için kaç kere forsepsle ya da vakumla çekmek konusunda kanıta dayalı tıpta yeterli veri yoktur. Genel olarak, çekme ile fetal iniş beklenir ve ilk birkaç çekmeye rağmen iniş olmuyorsa durumu yeniden değerlendirmek gereklidir.

► Başarısız Bir Müdahaleden Sonra Alternatif Enstrüman Kullanımın Bir Rolü Var mıdır?

Kaliforniya çalışmasından sonra forseps ve vakumun ardışık kullanımı ile ilgili endişeler ortaya çıkmıştır. Yalnızca vakum kullanımına oranla vakum ve forsepsin kombine kullanımında subdural veya serebral hemoraji, subaraknoid kanama, fasial sinir paralizisi, brakial sinir pleksusu zedelenme oranı daha fazladır. Washington yıllık veritabanı araştırmasına göre de enstrümanların ardışık kullanımı yalnız birinin kullanımına oranla daha çok intrakraniyel hemoraji ve perineal yırtıklara neden olmaktadır. Ancak, her iki çalışmada da enstrümanların ardışık kullanımı spontan vajinal doğumla karşılaştırılmıştır, başarısız müdahaleden sonra sezaryana alınan doğumlarla karşılaştırılmamıştır.

Yeni bir raporda 1360 nullipar hastada müdahaleli doğumda yapılan bir araştırmaya göre çoklu enstrüman kullanımı tekli kullanıma oranla anal sfinkter yırtıklarında ve düşük umbilikal arter pH'sına neden olmuştur. Çoklu enstrüman kullanımı neonatal komplikasyonların oranında artışa neden olduğu için rutin olarak kullanılmamalıdır. Neonatal komplikasyon oranı düşük olmasına rağmen müdahaleli vajinal doğumda çoklu enstrüman kullanımı mevcut delillerle önerilmemektedir.

► Vakum Kullanımıyla İlgili Özel Durumlar Nelerdir?

Modern vakum çanları orijinal metal vakum çanlarından farklıdır; materyali, büyüklüğü, şekli ve skalpa uygulanacak vakum uygulama metodu değişebilir. Esnek vakum kap uygulaması fetal skalp travma riskini azaltırken, vakum ayrılmasında artmış orana neden olmaktadır. Bunun yanı sıra yumuşak ve rijid çanlı vakum uygulaması arasında Apgar skoru, kord pH, nörolojik komplikasyon, retinal hemoraji, maternal travma ve kanama oranlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Sefalohematom vakum uygulama süresi uzadıkça meydana gelmektedir. Bir çalışmaya göre vakum uygulaması 5 dakikadan daha uzun sürerse yenidoğanların %28'inde sefalohematom klinik tanısı konulabilmektedir. Kontraksiyonlar arası vakum basıncının azaltılmasının fetal skalp hasarında bir azalmaya yol açmadığı gösterilmiştir. Bir randomize çalışmada 164 hastada kontraksiyon anında ve aralarında fetal başın pozisyonunu korumak amacıyla devamlı vakum uygulanması yapılmış, 158 hastada ise kontraksiyonlar arası vakum basıncı azaltılmış. tüm



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Türkiye

vakaların %93,5' inde uygulanan methodla doğum olmuş, sefalohematom oranı ise %11,5 olmuştur. Doğum zamanı, methodun başarısız olması, maternal laserasyonlar, epizyotominin uzaması, sefalohematom insidansı ve neonatal sonuçlar bu iki grupta benzerdir. Kontraksiyonlar arası vakum uygulamasının kesilmesinin sonuçları olumlu yönde etkilemediği görülmüştür.

Geleneksel öğrenime göre vakum uygulamasında traksiyonun yönü pelvik eksene uygun olmalı ve fetal başın rotasyonunu etkileyecek güç uygulamaktan kaçınılmalıdır. Sadece maternal itiş ve fetal inişle başın kendiğilinden rotasyonunu tamamlaması sırasında doğal hareketin güçlendirilmesi önerilir. Sefalohematom ve diğer komplikasyonların riski nedeniyle yenidoğan hekiminin vakum uygulaması konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Böylece yenidoğan enstrüman ilişkili komplikasyonlar açısından monitörize edilebilir.

► Güncel Uygulamada Midforceps Veya Rotasyonel Forcepsin Kullanımının Yeri Var Mı?

Midforceps ve rotasyonel forceps kullanımı ancak bazı seçilmiş durumlarda uygundur. Son çalışmalar göstermiştir ki eski çalışmalarda da olduğu gibi midforceps kullanımı ile sezaryenle doğum arasında neonatal sonuçlar arasında bir farklılık yoktur. Kielland forcepsin rotasyon amacıyla kullanıldığı 144 olguluk bir çalışmada hastaların %90'ı vaginal yolla doğurtulmuştur ve forcepsle ilişkili neonatal travmaya ve hipoksik iskemik ensefalopatiye hiç rastlanmamıştır. Başka bir çalışmada ise rotasyonel forceps kullanılan doğum sonuçları, nonrotasyonel forceps, vakum, spontan vajinal doğum ve acil sezaryen sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Neonatal ensefalopati açısından gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine olan ihtiyaç ise en çok acil sezaryende görülmüştür. Rotasyonel forcepsle yapılan vajinal doğumlarla ilgili en geniş seride (n:1,038) Kielland forcepsle olan doğum ve doğumun ikinci evresinde alınan acil sezaryen karşılaştırılmış ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı bakımından veya diğer morbiditeler açısından bir fark görülmemiştir.

Doğum eyleminin ikinci evresinde oksiput posterior pozisyonda olmasından dolayı ilerlemediği durumlarda fetal başı oksiput anteriora çevirmek eylemin başarısı açısından faydalı olabilir. Forceps uygulanan doğumlarla ilgili yapılan retrospektif bir çalışmada oksiput posterior pozisyonda olup rotasyon için manual (n:64) ve forcepsle (n:35) rotasyon yapılmış hastalar, oksiput posterior pozisyonda olup rotasyon için hiç müdahale yapılmamış (n:57) hastalarla karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında neonatal sonuçlarda bir fark görülmemiş ama rotasyona yardım etmeden direk forcepsle yapılan doğumda perineal yırtıkların oranı önemli derecede artmıştır (OR: 3,67; %95 CI 1,42-9,47). Bu durum da göstermektedir ki forcepsle doğumdan önce bazı durumlarda fetal başı manual olarak ya da forcepsle çevirmek mantıklıdır.



ÖNERİLER VE SONUÇLARIN ÖZETİ

Tutarlı Bilimsel Kanıtlara Dayanan Öneriler ve Sonuçlar (Düzyey A).

- ▶ Forseps ve vakum ekstraksiyon uygulamaları düşük riske sahiptir ve müdahaleli vajinal doğumda kabul edilen uygulamalardır.
- ▶ Vajinal doğumun forseps ile gerçekleştirilebilme olasılığı vakum uygulamasına göre daha yüksektir ancak forseps uygulaması ile 3.-4. derece perine yırtıkları daha sık oluşur.
- ▶ Rutin epizyotomi operatif vajinal doğumlarda önerilmemektedir. Çünkü kötü iyileşme ve uzun süreli rahatsızlık mediolateral epizyotomi ile daha sık, artmış anal sfinkter yaralanması ve rektuma doğru uzama orta hat epizyotomi ile daha sık rapor edilmiştir.

Sınırlı ve Tutarsız Bilimsel Kanıtlara Dayanan Öneriler ve Sonuçlar (Düzyey B).

- ▶ Epizyotomi tüm müdahaleli vajinal doğumlarda rutin olarak yapılmamalıdır.
- ▶ Eğer fetal baş angaje olmadıysa, fetal başın pozisyonu bilinmiyorsa, fetusta kemik demineralizasyon hastalığı (örn; osteogenezis imperfecta) veya kanama bozukluğu (örn; alloimmün trombositopeni, hemofili, von willebrand hastalığı) var ise müdahaleli vajinal doğum kontraendikedir.
- ▶ Müdahaleli vajinal doğum denemesi, obstetrisyenin doğum başarısını yüksek gördüğü durumlarda uygun seçenektir, fakat uygun iniş gerçekleşmediği takdirde girişimden vazgeçmeye hazır olmalıdır.
- ▶ Vakum ve forseps uygulamasının ardışık kullanımı artmış yenidoğan komplikasyonları ile ilişkilendirilmiştir ve rutin olarak uygulanmamalıdır.
- ▶ Sefalhematom olasılığı vakum uygulama süresi uzadıkça artar.
- ▶ Midforseps ve rotasyonel forseps ile doğum seçilmiş klinik koşullarda uygun seçeneklerdir.

Uzman Görüşlerine ve Fikir Birliğine Dayanan Öneriler ve Sonuçlar (Düzyey C).

- ▶ Güvenli bir gestasyonel yaş alt limiti belirlenmemesine rağmen vakum ekstraksiyonu 34. gebelik haftasının altında önerilmez.
- ▶ Doğumun 2. evresinde fetal sıkıntı bulguları olan fetüsler için, zamanında ve ustalıkla yapılan müdahaleli vajinal doğum, intrauterin hasara maruz kalma oranını azaltma potansiyeline sahiptir ve yenidoğan ensefalopatisi ve hipoksik iskemik ensefalopatiye neden olan intrauterin faktörleri azaltabilir.
- ▶ Yenidoğan bakımında görevli olan kişiler müdahaleli vajinal doğum ile ilgili komplikasyonları gözlemlenmek açısından doğum şekline haberdar edilmelidir.

KAYNAK

1. Operative vaginal delivery. Practice Bulletin No. 154. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015; 126:56-6