Tam Açıklıktan Sonra

İlerlemeyen Eylem ya da Fetal Distres Şüphesiyle

Yapılan Operatif Doğumlar:

Doğum Yöntemini Etkileyen Faktörler

ve Sonuçları

Uzm. Tuncay YÜCE

Dr. Erkan KALAFAT

Dr. Ali GÖKÇE

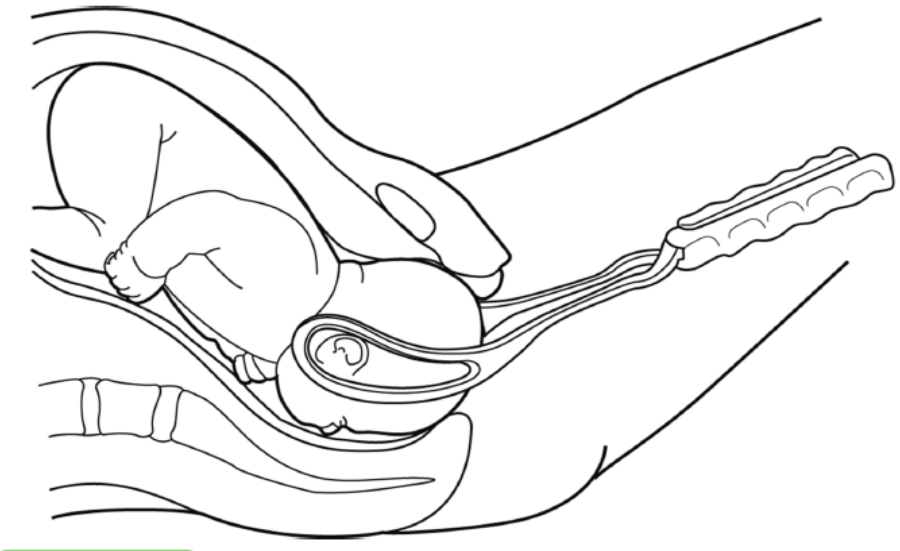
Prof. Dr. Acar KOÇ

Prof. Dr. Feride SÖYLEMEZ

Amaç

Doğumun 2.evresinde ki anormal durumlarda;

- Enstrümantal doğum ve sezaryen doğumun sonuçlarının karşılaştırılması.



Materyal metod

- Retrospektif kohort çalışması.
- Doğumun 2.evresine geçmiş ve fetal baş seviyesi +2 ve altında olan gebeler.
- NICE kriterlerine göre kategori III kardiyotokografi trasesi veya 2. evrede 3 saat ilerleme kaydedilememesi durumunda operatif doğum kararı alınması.
- Operatif doğum için TEK yöntem denenmiş olması.

Materyal metod

- Grup karşılaştırılması için parametrik ve non-parametrik methodlar kullanıldı.
- Sezaryen veya enstrümental doğum gerçekleşmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için tek faktör regresyon analizi ve takiben çok faktörlü regresyon analizi yapıldı.

Sonuçlar

	Sezaryen (n=43)	Forseps doğum (n=77)	p
Yaş	29	27	0,324
Parite	11 (%25,5)	27 (%35)	0,312
Gebelik haftası	40	39	<0,001
Preop.Hb	12,5	12,3	0,135
Postop.Hb	11,7	11,5	0,702
Delta Hb	-1	-0,6	0,049
Aktif doğum süresi	480	300	0,021
İndüksiyon	28 (%65,1)	24 (%31,1)	<0,001
Fetal ağırlık	3450	3340	0,117
APGAR 5	9 (%20,9)	9 (%11,6)	0,212
Kord pH	7,3	7,24	0,383
Kord Laktat	3,5	4,05	0,217
Kord BE	-6,75	-5,2	0,191
Perineal travma (3.derece)	NA	10 (%12,9)	NA
YDYB yatış (>48 saat)	5 (%11,6)	3 (%3,8)	0,138

Sonuçlar

- Univaryant analizde doğum süresi, doğum indüksiyonu sezaryen doğumu arttıran faktörler olarak belirlendi.

- Multivaryant analizde ise sadece doğum indüksiyonu bağımsız olarak sezaryen doğum İle ilişkili saptandı (odds ratio 3.71, 95% CI: 1.62 - 8.77).

Sonuçlar

- Operatif doğumun neonatal sonuçları önemli bir şekilde etkilemediği görüldü.

- Sezaryen doğum kan kaybında minör bir artışa neden olmaktadır (-1 mg/dL, IQR:-0.4 ile -1.9 vs. -0.6 mg/dL, IQR: 2.1 ile -1.7) .

- İstatistiksel anlam seviyesine ulaşmasada sezaryen grubunda yenidoğan yatışları açısından bir artış trendi gözlenmektedir (11.6% vs. 3.8%, P=0.138).

Tartışma

Doğumun 2. evresinde sezaryenin öncelikli kullanılması;

Doğru bir yaklaşım mı?

Operatif doğum becerisinin azalmasından mı kaynaklanıyor?

Operatif doğum komplikasyonlarından dolayı mı?

Tartışma

	Successful vaginal delivery (n=184)	Immediate caesarean section (n=102)	Caesarean section after instrumental delivery (n=107)
BMI >30	13 (7%)	19 (19%)	12 (11%)
Birthweight >4·0 kg	27 (15%)	28 (28%)	28 (26%)
Labour second stage >3 h	18 (10%)	11 (11%)	9 (8%)
OP position	46 (25%)	46 (45%)	48 (45%)
Station at spines	79 (43%)	51 (50%)	72 (67%)
Ominous CTG	61 (33%)	40 (39%)	30 (28%)
Specialist registrar year			
1–3	93 (51%)	58 (57%)	63 (59%)
4–5+	42 (23%)	13 (13%)	20 (19%)
Extension of uterine incision	0	22 (22%)	28 (26%)
Blood loss >1 L	6 (3%)	9 (9%)	11 (10%)
Catheter >24 h	9 (5%)	14 (14%)	18 (17%)
Hospital stay ≥6 days	10 (5%)	17 (17%)	16 (15%)
SCBU admission	11 (6%)	11 (11%)	12 (11%)
Umbilical artery pH <7·10	9 (5%)	5 (5%)	11 (10%)
Neonatal trauma	40 (22%)	2 (2%)*	16 (15%)*
Serious neonatal trauma	8 (4%)	1 (1%)	2 (2%)
Neonatal sepsis	6 (3%)	7 (7%)	6 (6%)

Deirdre J Murphy. THE LANCET 2001

Tartışma

	Vaginal delivery (n=184)	Caesarean section (n=209)	Unadjusted odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio* (95% CI)
SCBU admission	11 (6%)	23 (11%)	2·15 (1·02–4·63)	2·64 (1·16–6·02)
Apgar score				
≤3 at 1 min	2 (1%)	5 (2%)	2·23 (0·43–11·6)	4·08 (0·73–22·80)
<7 at 5 min	2 (1%)	4 (2%)	1·18 (0·32–9·83)	2·81 (0·48–16·74)
Umbilical artery pH <7·10	9/161 (6%)†	16/180 (9%)†	1·65 (0·71–3·84)	1·78 (0·74–4·35)
Ventilation	1 (1%)	3 (1%)	2·67 (0·27–25·81)	1·98 (0·17–22·50)
Trauma	40 (22%)	19 (9%)	0·36 (0·20–0·65)	0·37 (0·20–0·70)
Serious trauma	8 (4%)	3 (1%)	0·32 (0·08–1·23)	0·34 (0·08–1·42)
Jaundice‡	10 (5%)	12 (6%)	1·18 (0·49–2·88)	1·44 (0·56–3·73)
Sepsis§	6 (3%)	13 (6%)	1·65 (0·60–4·55)	2·31 (0·78–7·49)
Seizures‖	0	2 (1%)	..	..

Deirdre J Murphy. THE LANCET 2001

Tartışma

	Vaginal delivery (n=184)	Caesarean section (n=209)	Unadjusted odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio* (95% CI)
Blood loss >1 L	6 (3%)	20 (10%)	3·14 (1·24–8·01)	2·82 (1·10–7·62)
Transfusion	6 (3%)	16 (8%)	2·45 (0·94–6·41)	2·40 (0·82–6·47)
Opiates required	29 (16%)	139 (67%)	10·58 (6·54–17·31)	10·93 (6·44–18·61)
Urinary catheter >24 h	9 (5%)	33 (16%)	3·51 (1·63–6·76)	3·09 (1·39–6·88)
Wound infection	3 (2%)	2 (1%)	0·58 (0·10–3·53)	0·54 (0·09–3·38)
Hospital stay				
0–2 days	119 (65%)	8 (4%)	0·02 (0·01–0·05)	0·02 (0·01–0·04)
≥6 days	10 (5%)	33 (16%)	3·26 (1·64–6·82)	3·47 (1·58–7·62)
Breastfeeding				
Intended	142 (77%)	171 (82%)	1·01 (0·74–1·39)	1·07 (0·77–1·49)
At discharge	125/142 (88%)	148/171 (87%)	0·99 (0·76–1·29)	1·04 (0·80–1·40)
Third-degree tear	15 (8%)	0	..	..
Extension of uterine incision†	0	50 (24%)	..	..

Deirdre J Murphy. THE LANCET 2001

Tartışma

- BMI yüksek
- Fetal ağırlığın fazla olması durumlarında forseps başarısı düşmektedir.

  (>4000 gr %1,6- 3000-3999 arası %0,4)
- Oksiput posterior

Deirdre J Murphy. THE LANCET, 2001

Tartışma

Çıkımda forceps:

1- Labiumlar ayrılmadan skalpın intoitusta görünür hale gelmesi

2- Fetal başın pelvik tabana ulaşması

3- Fetal başın perinede olması

4- Sagital sütür anteroposterior çap veya sağ yada sol occiput anterior ya da posterior pozisyonda olması

5- Baş rotasyonunun 45 dereceyi aşmamış olması

Aşağıda 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 0 - +2 arasında ancak angaje olduysa

ACOG,2015

Tartışma

- Forceps uygulaması öncesinde başın pozisyonunun bilinmesi önemlidir
- Çünkü başarı ve komplikasyon durumunu ciddi şekilde etkilemektedir.
- Uygunsuz kullanımında ise ciddi zararlara yol açabilir

ACOG,2015

- Ancak klinik muayene ile başarı %30-70 arasında değişmektedir

Yuce ve ark. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015

- USG ile müdahale öncesinde fetal başın pozisyonu belirlenmelidir.
- Transperineal ultrasonografi ile fetal baş değerlendirilmesi enstrümental doğum başarısını etkileyebilir.

Kahrs ve ark. AJOG 2017

Tartışma

- Deneyimli operatör

- Angaje baş
- Membranlar rüptüre
- Baş gelişi
- Dilatasyon tam
- Fetal pozisyon tam olarak bilinmeli
- BPU olmamalı
- Fetal koagülopati ve kemik mineralizasyon bozukluğu olmamalı

Tartışma

- Forseps alternatifinin unutulmaması
- Her iki müdahale yönteminin de öğrenmeye devam edilmesini önermektedir.
- Simülasyon eğitimi

Ross W. McQuivey. ACOG 2017

Kanıt Düzey A;

- Forseps ve vakum uygulamaları <u>düşük risklidir.</u>
- 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.

ACOG 2015

Teşekkürler