

76 Aşağı Forsepsli Doğumdan Elde Edilen Maternal ve Fetal Sonuçlar

THE MATERNAL AND FETAL OUTCOMES OF 76 LOW FORCEPS DELIVERIES

Yrd.Doç.Dr.Necip KEPKEP*, Prof.Dr.Akın ÇANGA*, Dr.İlkan DÜNDAR*

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, GA7.İANTFP

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ANKARA

ÖZET

Travayın 2. evresinde bazen fetus başının fraksiyonu gereklidir. Bu amaçla klasik forsepsler ve vakum ekstraktör kullanılabilir.

Genellikle nullipar gebelerde perine direncine bağlı olan ve rölatifbaş pelvis uyumsuzluklarında da görülen uzamış travay enstrüman kullanmayı gerektirir. Bunların yanında fetal distresle, maternal solunum sistemi ve kalp hastalıkları da travayın kısaltılmasına ihtiyaç gösterir. 76 'sını Naegele forsepsi ile doğurduğumuz, birini Sezaryenle doğurtmak zorunda kaldığımız, 83'ü de spontan doğuran 160gebede maternal ve fetal sonuçları karşılaştırdık.

Anahtar Kelimeler: Aşağı ve çıkım forsepsli doğumlar

T Klin JinekoloHst 1992,2:17-20

Obstetrikte forsepsli doğumların çoğunu aşağı ve çıkım forsepsi uygulanan vakalar teşkil eder.

Çıkım forsepsi tatbikinde fetus başının pelvis tabanına ulaşması ve sajital süturun ön-arka ekseninde bulunması gerekir. Aşağı forseps tatbikinde ise fetus başı çıkımla +3 Hodge düzlemi arasındadır. Sütur sajital de ön-arka eksene yakın oblik konumdadır. Forseps takılması düşünülüyorsa her iki

Geliş Tarihi: 12.6.1991

Kabul Tarihi: 31.8.1991

**Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr.Necip KEPKEP
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın
Hastalıkları ve Doğum ABD-GAZİANTFP**

SUMMARY

The extraction of the fetal head is sometimes necessary during the second stage of labor. Classical forceps and vacuum extractor may be used for this purpose.

Prolonged labor due to perineal resistance encountered generally at nulliparous pregnant women and relative cephalopelvic disproportion need using the instruments. Besides the fetal distress, maternal cardiac or respiratory diseases require shortening the travail. We compared the maternal and fetal outcomes of the 160 patients 76 of whom were delivered by Naegele's Forceps but one of whom underwent Cesarean sectio, other 83 patients gave birth spontaneous.

Key Word: Low (outlet) forceps delivery

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:17-20

durumda da pelvik ve sefalik eğriliği olan traksiyon forsepsleri kullanılır (1-7).

Amerika Birleşik Devletlerinde bir çok klinikte profliktik amaçlı çıkım forsepsi doğumun normal bir komponenti haline gelmiştir. Bu uygulamayla doğumun kontrollü yapıldığı ve epizyotomi ile birlikte perineal travmanın azaldığı vurgulanmaktadır. Ayrıca başın perineye uzun süre basısıyla ortaya çıkan fetal beyin hasarının önleneyeceği de belirtilmektedir (4,5). Bazı yayınlarda ise endikasyonsuz forseps kullanılmasıyla morbiditenin artacağı söylenmektedir.

Yaptığımız bu klinik çalışmada çeşitli endikasyonlarla 77'sine aşağı ve çıkım forsepsi uyguladığımız, kalan 83'üne de sadece median ve medio-lateral

epizyotomi yaparak gebeliklerini sonlandırdığımız 160 vaka da forsepsii ve enstriimansız doğumlar arasında elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır.

MATERYEL VE METOD

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı doğum kliniğinde 1985-1989 yılları arasında intrapartum fetal kardiyografi ile izlenerek doğurtulan 160 term gebeden elde edilen verilerle yapılmıştır.

Bronşiyal astım, kalp yetmezliği, anemi, hemoglobinopati, gebelik toksemisi, geçirilmiş Sezaryen ve uzayan travay gibi maternal endikasyonlarla 55, fetal distres nedeni ile 22 olmak üzere toplam 77 vakaya aşağı ve çıkım forsepsii uygulanmıştır (Tablo 1). Geri kalan 83 gebe enstriimansız olarak doğurtulmuştur. Naegele forsepsii kullanılan gebelerin 47'si nullipar, 15'i primipar, 15'i de multipar idi. Fetal distresli bir nullipar gebenin doğumu fraksiyondaki başarısızlık nedeniyle abdominal yolla gerçekleştirilmiştir.

Gerekli asepsi antisepsi şartları sağlandıktan sonra, bronşiyal astımlı 9'u dışında geri kalan 67 vakaya traksiyona başlandığı andan itibaren 10 mg intravenöz diazepam yapılarak sedasyon sağlanmıştır. Ayrıca tüm vakalara lokal perineal anestezi ile sağ medio-lateral epizyotomi uygulanmıştır. Forsepsli doğumlardan sonra steril şartlarda, elle uterin kavite kontrolü yapılarak tüptür olasılığı ekarte edilmiştir.

Tablo 1. Forseps takılmasını gerektiren maternal ve fetal endikasyonlar

Maternal Endikasyonlar	Vaka Sayılan
Bronşiyal Astım	9
2-3. Derece Kalp Yetmezliği	11
Uzayan Travay	12
Anemi-Oebelik	6
Hemoglobinopati-Gebelik	2
Preeklampitik Toksemi	12
Geçirilmiş Sezaryen	3
Toplam	55

Fetal Endikasyonlar	Vaka Sayılan
Fetal Bradikardi-Geçirilmiş Deslasyon	17
Fetal Persisten Taşikardi	5
Toplam	22

BULGULAR

Gebeliği abdominal yolla sonlandırılan tek başarısız forseps vakasında birinci dakika Apgar skoru 7 olan kız bebek Sezaryen seksiyi ile doğurtulmuştur. Bu gebe forsepsli gruptan çıkarılmıştır.

Epizyotomi uzaması ve perine yırtığı şeklindeki komplikasyon forsepsli doğumların 16'sında görülmüşken spontan doğuran annelerin 3'ünde ortaya çıkmıştır.

Serviko-vajinal laserasyon ise forsepsli vakaların 19'unda spontan doğuranların da 4'ünde görülmüştür.

Sfinkter yırtığı forsepsli grupta 7 vakada, enstriimansız doğum yapan grupta ise 2 vakada tesbit edilmiştir.

Forsepsle doğumları yaptırılan gebelerin 12'sinde postpartum anemi saptanırken, forsepsiz grupta tesbit edilen anemik hasta sayısı 8'dir. Doğum sonrası kanama ve anemiye bağlı kan transfüzyonu yapılan hasta sayısı forsepsli grupta 7 forsepsiz grupta ise 2 olarak bulunmuştur. Yine forsepsli doğumlardan sonra puerperal enfeksiyon saptanan hasta sayısı 10 iken spontan doğuran grupta 5 vakada puerperal enfeksiyon gözlenmiştir. Epizyotomi enfeksiyonu ise forsepsle doğuran 8 vakaya karşın, spontan doğuran 4 vakada ortaya çıkmıştır.

Fetal komplikasyonlardan sefal hematoma forsepsle doğan bebeklerin 14'ünde spontan doğan bebeklerin de 6'sında görülmüştür. Hiperbilirubinemi forsepsle doğan bebeklerin 9'unda enstriimansız doğanların da 4'ünde ortaya çıkmıştır. Birinci dakikada 5'ten düşük Apgar skoru forsepsle doğan bebeklerin 8'inde spontan doğanların 2'sinde saptanmıştır. Ayrıca forsepsli bebeklerin 12'sinde post partum 2-3. günlerde kendiliğinden kaybolan temporo-zigomatik kaşık izi görülürken, neonatal yoğun bakıma ihtiyaç gösteren bebek sayısı forsepsli grupta 10, spontan doğanlarda 3 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Forseps uygulanacak vakalarda kondisyonlar yeterli olmalı, başın pozisyon ve seviyesi iyi saptanmalıdır. Skalp ödemi gelişirse pozisyon ve seviyede yanılabilir. Bu durumda uygulanacak forseps anne ve bebek için çok travmatik sonuçlar doğurur. Mesane ve rektum boş iken, oryantasyon sağlandıktan sonra forseps tatbik edilir. Aşağı forseps takıl-

Tablo 2. Forsepsli ve spontan doğumlardan sonra görülen maternal ve fetal komplikasyonlarla oranları (t<0.05 gruplar arası yüzde farkı önemsizdir)

Maternal Komplikasyonlar	Pohsepli Doğumlar		Spontan Doğumlar		sn	Bulunan t Değeri	%5 t	Tablo
	(n-77- 1-76)		(n-83)					
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde				
Epizyotomi Uzaması	16	%21	3	%36	17	1.17	2.11	K0.05
Serviko Vajinal İAserasyon	19	%25	4	%48	21	1.38	2.08	t<0.05
Sfinkter Yırtığı	7	%9.2	2	%2.4	7	0.44	2.36	K0.05
Post Partimi Anemi	12	%15.7	8	7.9.6	18	0.41	2.10	K0.05
Kan Transfüzyonn Oereği	7	%9.2	2	r,2.4	7	0.44	2.36	K0.05
Pnerperal Enfeksiyon	10	%13	5	%6	13	0.47	2.16	t<0.05
F.pizyolomi Enfeksiyonu	8	%10.5	4	Şİ4.8	10	0.37	2.23	t<0.05
Fetal Komplikasyonlar								
Sefal İematom	14	% 18.4	6	%7.2	18	0.76	2.10	K0.05
Hiperbilinbinemi	9	%11.8	4	%4.8	11	0.46	2.20	K0.05
<5 Apgar Skoru (1. dakika)	X	%10.5	2	%2.4	8	0.53	2.31	t<0.05
Temporo Zigomatik Kaşık İzi	12	% 15.7	0	—	—	—	—	—

masında önce sol, sonra da sağ pariyetal kemiklenr üzerine kaşıklar biparyetal eksene dik olarak uygulanır. Pajot usulü fraksiyonla baş 90 dereceden daha az bir rotasyon yaparak sütür sajital çıkım ön-arka eksenini üzerine gelir. Perine taçlanması başladığında epizyotomi yapılmalı, başın defleksiyonu ile beraber kaşıklar bir elle çıkarılırken, diğer elle Ritgen manevrası yapılarak perine korunmalıdır (1-7). Kaşıkların çıkarılmasında dirençle karşılaşıyorsa baş forsepsle birlikte doğurtulabilir (4-7). Bazı hastalar enstrümanlı doğum yapmakta ısrarlı davranabilirler. Travmayı izlenen gebede risk söz konusu olduğunda alet kullanma insiyatifı doğum hekiminde olmalıdır (4).

Başarısız forseps oranı literatürde %0.08 ile %7 arasında belirtilmiştir (8). Biz bir vakada başarısız forseps uygulaması ile karşılaştık. Dell (8) ve Vacca (9) başarısız forseps, vakum uygulamalarında morbiditede minimal artış olacağı kanısındadırlar. Morbidite de görülecek aşırı artışın fraksiyon şiddeti ve süresine bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Maternal travmaların başında gelen serviko-vajinal laserasyonların literatürdeki oranları %10 ile %34 arasında değişmektedir (8,9). Çalışmamızda bu oran

%25 bulunmuş, 16 vakada ise epizyotomi uzaması ve perineal laserasyon görülmüştür %21. Sfinkter yırtığının kaynaklardaki oranı forsepsli doğumlar için %6 ile %40 arasında verilmektedir (8,9). Bizim vakalarda bu oran forsepsli doğumlarda %9.2, spontan doğumlarda ise %2.4 bulunmuştur.

Post partum anemi forseps kullanılan gebelerin %15.7'sinde, spontan doğuranların da %9.6'sında tesbit edilmiştir. Forsepsli doğumlar için literatürlerde verilen anemi oranı %18'dir (10,11). Kan transfüzyonu gereği forsepsli doğumlar için %5 ile %13, spontan doğumlar için de %2 olarak bildirilmiştir (10,11,12,13). Çalışmamız kapsamındaki forsepsli vakaların %9.2'sine, spontan doğuranların da %2.4'üne kan transfüzyonu yapılmıştır. Ayrıca forsepsli doğumların %13'ünde, spontan doğuranların %6'sında puerperal enfeksiyon ortaya çıkmıştır. Yine forsepsli doğumların %10.5'inde epizyotomi enfeksiyonu görülürken, bu oran spontan doğuran gebelerde % 4.8 olarak tesbit edilmiştir.

Fetal komplikasyonlardan sefal hematoma forsepsle doğurtulan bebeklerin %18.4'ünde, spontan doğuranların %7.2'sinde görülmüştür. Kaynakların ve-

filerinde ise forsepsli doğumlar için sefa! hematom oran! %2 ile % 10 arasında bildirilmektedir (8,9,11). Hiperbilirubinemi ise literatür sonuçlarına göre enstrümanla doğan bebeklerin %14'ünde görülürken (8,9), bizde bu oran forsepsli grupta % 11.8 spontan doğan grupta da %4.8 bulunmuştur. Birinci dakikada 5'ten düşük Apgar skoru forsepsle doğan 8 bebekte (% 10.5), spontan doğan 2 bebekte (%2.4) görülmüştür. Kaynaklarda ise bu oranın %4 ile %30 arasında değiştiği söylenmektedir (8,9,13). Bashore R.A. (14) 358 vakalık serisinde asideminin daha çok fetal distresli grupta ortaya çıktığını düşük Apgar skorunun doğum şekline bağlı olmadığını bildirmiş, %50 vakada neonatal yoğun bakım gerektiğini vurgulamıştır. Bizde ise 10 bebekte (9/ 13) yoğun bakıma ihtiyaç duyulmuştur. Yeni doğanlara ait diğer yumuşak doku travmalarının görülme sıklığı literatürlerde %9 ile %51 arasında verilmiştir (8,9). Nitekim forsepsle doğurduğumuz 12 bebekte (\$15.7) tempo-ro-zigoinatik kaşık izi saptanmış ama bunlar post partum 2-3. günlerde kendiliğinden kaybolmuştur. Forsepsli ve spontan doğum yapan vakalarda görülen maternal ve fetal komplikasyon yüzdeleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

SONUÇ

Yaptığımız çalışmada bulunan komplikasyon oranları kaynaklardakilere yakın değerdedir. Literatürlerde son derece düşük olasılıkla görüldüğü belirtilen majör ve kalıcı bir komplikasyonla da karşılaşmamıştır. Forsepsli doğumlarda küçük maternal ve fetal morbiditelerin spontan doğumlara göre 2 ile 4 kat fazla ortaya çıktığı ancak bunun istatistiksel bir anlam taşımadığı tesbit edilmiştir. Bu nedenle endikasyon bulunduğu taktirde çıkımda forseps kullanılabilir. Fakat her vakada profilaktik amaçla forseps tatbik edilmesi yine de gereği olmadan maternal ve fetal küçük morbiditelerin artmasına neden olabilecek gibi görülmektedir. Ayrıca vakalara enstrüman uygulanırken acil Sezaryen sek siyoya ihtiyaç duyulabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Danforth ND. Dystocia Due to Abnormal Fetal Pelvic Relations in Obstetrics and Gynecology (5 ib. ed.) Danforth ND, Scott JR. (ed.) JH Lippincott Company Philadelphia: 1986; 690.
2. Oulligan EJ, Zuspan PF. Forceps in Operative Obstetrics Douglas Strommc (4 th ed.) Oulligan F.J, Zuspan PF. (ed.) Appleton-Century-Crofts New York 1982; 437.
3. Pritchard JA, Nac Donald CP. Forceps Delivery and Related Technics in Williams Obstetrics (16 th ed.) Pritchard JA, Nac Donald CP. (ed.) Appleton-Century-Crofts New York 1980; 1041.
4. Danforth ND. Operative Delivery in Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment (4 th ed.) Benson RC. (ed.) Lange medical publications Los Altos California 1982; 909.
5. Leonard EL. Obstetric Forceps in Sciarra Gynecology and Obstetrics (Rewised ed.) Sciarra JJ. (ed.) Vol: 2 Harper, Row Publishers Philadelphia 1986; Chapter 72.
6. Gürgüç A. Doğum Operasyonları: Forseps (2.Baskı) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlan 1984; 285.
7. Dennen EH. Technique of application of low forceps Clin Obstet Gynecol 1965; 8:834.
8. Dell DL, Sighter SE. Soft cup vacuum extraction, a comparison of outlet delivery. Obstet Gynecol 1985; 66:624.
9. Vacca A, Grant A. Postmouth operative delivery trial:-a comparison of vacuum extraction and forceps delivery. Br J Obstet Gynaecol 1983; 90:1107.
10. Oilstrap LC, Hanth JC. Neonatal acidosis and method of delivery Obslcl Gynecol 1984; 63:681.
11. Berkus MD, Raniaiurthy RS et al. Cohort study of silastic obstetric vacuum cup deliveries I. safety of the instntment Obstet Gynecol 1985; 66:503.
12. Baerthlein CW, Moodley S. Comparison of maternal and neonatal morbidity in midforceps delivery and midpelvic vacuum extraction. Obstet Gynecol 1986; 67:594.
13. Nyirjesyl, Hawks BL. A comperative clinical study of the vacuum extractor and forceps Part I preliminary observations. Am J Obstet Gynecol 1990; 162:1428.
14. Bashore AR, Phillips WII, Jr Brikman RC III. A comparison of the Morbidity of Midforceps and Cesarean Delivery Am J Obstet Gynecol 1990; 162:1428.