

Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliliği Üzerine Bir Prospektif Randomize Çalışma

A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY ON ROUTINE USE OF EPISIOTOMY IN VAGINAL DELIVERIES

E. Hakan DURAN*, Derya EROĞLU**, Naciye SANDIKÇI**, Arda LEMBET*, Tayfun BAĞIŞ*, Hulusi B. ZEYNELOĞLU***

* Yrd.Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

*** Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

Özet

Amaç: Vajinal doğumlarda rutin orta hat epizyotomi uygulamasının değerlendirilmesi

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Üniversite hastanesi doğum kliniği

Materyel ve Metod: Önceden bir kez vajinal doğum yapmış, baş gelişiyile başvuran hastalar, Mart 1999 – Mart 2000 tarihleri arasında ileriye dönük, rastgele (randomize edilerek) iki gruba ayrılarak, doğum sırasında rutin orta hat epizyotomi uygulanarak ya da uygulanmadan doğurtuldu. Her iki grubun çeşitli obstetrik ve neonatal parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grubun demografik ve eylemin başlangıcındaki pelvik muayene bulguları farklılık göstermedi. Doğum sırasında, epizyotomi uygulanmayan grupta periüretal laserasyonlar daha sık gözlenirken, servikal, vajinal, derin perineal (≥ 3 .derece) laserasyonlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Epizyotomi grubu, doğum salonunda, diğer gruba oranla daha uzun süre kaldı. Her iki grubun bebeklerinin doğum ağırlıkları, boyları ve Apgar skorları arasında fark saptanmadı.

Sonuç: Orta hat epizyotominin, anneyi ön perine travmasından koruyan bir girişim olmakla birlikte, bir kez doğum yapmış ve baş gelişiyile başvuran kadınlarda rutin uygulanması gerekli bir girişim olmadığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Orta hat epizyotomi, Rutin, Prospektif randomize, İleriye dönük rastgele

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:16-19

Summary

Objective: To evaluate the routine use of midline episiotomy in vaginal deliveries

Setting: University hospital department of obstetrics

Materials and Methods: Primiparous patients with cephalic presentation were randomized prospectively into two groups and delivered with or without routine use of midline episiotomy, between March 1999 and March 2000. Several obstetrical and neonatal parameters of each group were compared.

Results: Two groups had similar demographic properties and findings at initial pelvic examination. During labor, periurethral lacerations were more common in the group where routine use of episiotomy was withheld; whereas there were no differences in frequency of cervical, vaginal and deep perineal (≥ 3 rd degree) lacerations. The episiotomy group stayed longer in delivery room. Two groups had babies with similar birthweight, height and Apgar scores.

Conclusion: It is concluded that midline episiotomy, although protective against anterior perineal trauma, does not need to be used routinely in primiparous patients with cephalic presentation.

Key Words: Midline episiotomy, Routine, Prospective randomized trial

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:16-19

Epizyotomi, bir doğum kliniğinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri, belki de birincisidir. Vajinal açıklığı arttırmak üzere pudendanın insizyonu olarak adlandırılabilir bu girişim sıklıkla, fetal hipoksiyi önlemek, operatif doğumlar ya da makat prezentasyonlarında ikinci evrenin kısaltılması amacıyla uygulanır. Epizyotominin diğer uygulama endikasyonları arasında, kaçınılmaz spontan perine laserasyonunun önlenmesi, anal sfinkterin korunması, perine onarımının kolay olmasının sağlanması, doğum sonrası kısa ve uzun vadeli pelvis ve perine problemlerinin önlenmesi yer alır.

Tarihçesi 18. yüzyıldan eski olmayan epizyotomi, özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren doğumların evlerden, cerrahi girişimler için gerekli asepsi, personel ve donanımın hazır bulunduğu hastanelere kayması ile popülerite kazanmıştır (1). Bu kaymayla birlikte, birden fazla doğumu aynı anda izlemek durumunda kalan hekimler için bebeğin sağlıklı ve en hızlı şekilde doğurtulması öncelikli duruma geçmiştir. Vajinal doğumlarda epizyotominin rutin kullanımı da bu yıllarda uygulanmaya başlanmıştır (2). Son yıllarda, özellikle kanıta dayalı tıbbın gelişmesiyle birlikte, gerekliliği bilimsel bir veriye dayanmaksızın

yürürlüğe girmiş olan rutin epizyotomi uygulaması, pek çok araştırmacı tarafından sorgulanmaya başlanmıştır (3-5).

Biz de, planladığımız bu ileriye dönük rastgele çalışmayla rutin epizyotomi uygulamasının intra ve erken postpartum etkilerini araştırmayı amaçladık.

Materyel ve Metod

Çalışma için olgular, Mart 1999 – Mart 2000 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda spontan vajinal doğum yapmış hastalar arasından seçildi. Olgular, daha önce bir kez doğum yapmış olan (parite=1), diabeti, iri bebek ya da travmatik doğum öyküsü olmayan, baş gelişiyile başvuran hastalardan oluşturuldu. Aynı boyut ve ağırlıktaki kağıtlara, 30'ar adet, aynı yazı tipi ve boyutuyla ya "Epizyotomi açılacak" ya da "Epizyotomi açılmayacak" ibaresi basıldı. Basılı kağıtlar daha sonra, birden 60'a dek sıralanmış zarflara, bilgisayar tabanlı rastgele (random) sayı oluşturucuyu elde edilen tabloya göre yerleştirilip zarf kapakları yapıştırıldı. Randomizasyon işlemi yapan hekim doğumlara girmedi. Çalışma kriterlerine uygun hastanın eylem odasından doğum salonuna alınmasıyla birlikte, sıradaki zarf açılarak içinden çıkan talimat uyarınca doğum gerçekleştirildi. Doğum sırasında operatif girişim (forseps, vakum) gerektiren hastalar çalışmaya alınmadı. Tüm epizyotomiler orta hat (midline) açıldı. Doğumun gerçekleşmesiyle birlikte hastaya ait veriler hemen çalışma dosyasına kaydedildi. Çalışma sırasında kaydedilen parametreler Tablo 1'de listelenmiştir. Çalışma, 52. hastada sonlandırıldı. Sonlandırılma esnasında kontrol grubunda 25, epizyotomi grubundaya 27 olgu kaydedilmiş durumdaydı.

İstatistik yöntemi için Student T testi ve ki-kare testi uygulandı. Anlamlılık için $p < 0.05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların genel demografik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir. Kısaca özetlenebileceği gibi, her iki gruptaki kadınların yaş, boy, vücut ağırlığı, önceki ve son doğumlarında dünyaya getirdikleri bebeklerin doğum ağırlıkları, önceki doğumdan bu yana geçen süre ve bebeklerin boyları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Annelerin obstetrik geçmişleri açısından gravidaları 1-5 (median:2) arasında, abortusları 0-2 (median:0) ve D&C'leri de 0-3 (median:2) arasında değişmektedir. Çalışma süresince 23 kız bebeğe karşılık 29 erkek bebek doğmuştur. Doğum ağırlıkları sırasıyla 4480 ve 4400 g olan iki bebekte çıkımda omuz distosisi gözlenmiş olup, bunlardan ilki epizyotomisiz, ikincisi epizyotomili doğurtulmuştur. İkinci bebeğin doğum anındaki Apgar skoru 2 olup, beşinci dakikada bu skor 6'ya yükselmiştir. Altı aylık izlemde, her iki bebekte de omuz distosisine bağlı

Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarında değerlendirmeye alınan parametreler

Değerlendirmeye Alınan Parametreler
Annenin boyu, vücut ağırlığı, yaşı
Önceki doğum tarihi, önceki bebeğin doğum ağırlığı
Doğum yaptığı tarih
Doğumhaneye ilk başvurduğu sıradaki servikal silinme ve dilatasyon değerleri
Eylemin birinci ve ikinci evrelerinde indüksiyon uygulanıp uygulanmadığı, uygulandıysa neyle indüksiyon uygulandığı
Eylemin ilk, ikinci ve üçüncü evre süreleri
Doğumda distosi yaşanıp yaşanmadığı
Doğum salonunda kaldığı süre
Anestezi yöntemi
Serviks, vajen, periüretal, perine laserasyonları ve dereceleri
Bebek ağırlığı, boyu, 1, 5 ve 10. dakika Apgar skorları

Tablo 2. Çalışma ve kontrol gruplarına ait genel demografik veriler*

	Epizyotomili Doğum	Doğal Doğum
Anne boyu (cm)	162±3	161±6
Anne yaşı (yıl)	27.4±7.3	28.2±4.5
Anne vücut ağırlığı (kg)	68.9±8.5	69.5±10.6
Önceki bebeğin doğum ağırlığı (g)	3261±427	3363±409
Önceki doğumdan bu yana geçen süre (yıl)	5.36±2.83	5.33±2.60
Doğum ağırlığı (g)	3412±482	3489±448
Bebek boyu (cm)	49.2±1.4	49.8±1.5

* Tüm değerler ortalama±standart sapma formatında verilmiş olup, tüm kategorilerde $p > 0.05$

sekel kalmamıştır. Bunun dışındaki bebeklerin doğum anındaki Apgar skorları 7-10 (median:9), beşinci dakika Apgar skorları da 9-10 (median:10) arasında olup, Apgar skoru açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır.

Hastaların eylem başındaki servikal muayene bulguları ve eylemin çeşitli evrelerinin süreleri Tablo 3'de gösterilmiş olup, gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Eylemin birinci evresinde rutin epizyotomi grubundan 12 (%44.4), diğer gruptan 9 (%36.0) hastaya indüksiyon ya da eyleme yardım uygulanmış olup, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu evrede uygulanan indüksiyon ya da eyleme yardım çeşitleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

Doğum sırasında gözlenen servikal, vajinal, periüretal ve derin (≥ 3 .derece) perine laserasyonları Tablo 5'te gösterilmiştir. Bunlar içinden periüretal laserasyonlar epizyotomi uygulanmayan grupta anlamlı olarak daha fazla gözlenirken, diğer parametreler gruplar arasında eşit dağılım göstermiştir. Doğum salonunda kalış süresi de epizyotomi grubunda (29.7±9.9 dk), kontrol grubuna göre

Tablo 3. Çalışma ve kontrol gruplarının eyleme ait verileri*

	Epizyotomili Doğum	Doğal Doğum
Eylem başında servikal silinme (%)	35.6±24.7	38.4±21.9
Eylem başında servikal açıklık (cm)	3.5±2.2	3.6±1.7
Birinci evre süresi (dk)	202.2±114.2	212.2±142.2
İkinci evre süresi (dk)	23.8±16.4	23.4±27.0
Üçüncü evre süresi (dk)	6.2±2.9	5.2±1.0

*Tüm değerler ortalama±standart sapma formatında verilmiş olup, tüm kategorilerde p>0.05

Tablo 4. Çalışma ve kontrol gruplarına eylemin ilk evresinde uygulanan indüksiyon ve eyleme yardım türleri*

	Epizyotomili Doğum	Doğal Doğum
İndüksiyon/eyleme yardım uygulanmamış	15 (%55.6)	16 (%64.0)
Misoprostol [§]	0(%0.0)	2 (%8.0)
Misoprostol [§] + Oksitosin	4 (%14.2)	2 (%8.0)
Oksitosin	8 (%29.6)	5 (%20.0)

* Tüm kategorilerde p>0.05

[§] 25 µg dozlarla aralıklı intravajinal uygulama

Tablo 5. Çalışma ve kontrol gruplarında doğum sırasında oluşan travmalar

	Epizyotomili Doğum	Doğal Doğum	p*
Serviks laserasyonu	1(%3.7)	1(%4.0)	>0.05
Vajen laserasyonu	2(%7.4)	6(%24.0)	>0.05
Periuretral laserasyon	2(%7.4)	9(%36.0)	0.02
Derin Perine laserasyonu	1(%3.7)	1(%4.0)	>0.05

* p>0.05: anlamlı değil

(20.2±10.9 dk) anlamlı olarak daha uzundur (p<0.01). Herhangi bir laserasyon (servikal, vajinal, periüretal ya da perineal) oluşmuş olguların , epizyotomi uygulamasından bağımsız olarak, doğumhanede kalış zamanı ise laserasyon oluşmamış olgulara göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Olguların 31'ine lokal, 13'üne epidural anestezi uygulanmış, 8'i de anestezi uygulanmadan doğurtulmuştur. Uygulanan anestezi yöntemi gruplar arasında benzer dağılım göstermiştir.

Tartışma

Rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği, iki söylemden temel alır:

1. Epizyotomi, perine örselenmesini azaltır, onarımı kolaylaştırır.
2. Epizyotomi, pelvik relaksasyon oluşumundan korur.

Temel obstetrik kitaplarında epizyotominin doğum sırasında oluşabilecek ciddi perine yırtıklarından koruyucu rolü sıklıkla vurgulanmaktadır (6,7).

Bununla birlikte, yine temel obstetrik kitaplarda belirtilen rakamlara göre, üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıkları, epizyotomi uygulanmamış kadınlarda %0-2.3, mediolateral epizyotomi uygulanmış kadınlarda %0.2-9.0, orta hat epizyotomi uygulanmış kadınlardaysa %3-24 oranlarında gözlenmektedir (8).

Literatürde epizyotominin perine laserasyonlarıyla ilişkisini inceleyen çeşitli ileriye dönük rastgele çalışmalar mevcuttur. Bunların birinde, Harrison ve arkadaşları, randomize edilmiş 181 primigravid kadında, rutin ve endike (kaçınılmaz ileri derecede perine örselenmesi) mediolateral epizyotominin etkilerini ileriye dönük olarak karşılaştırmışlardır (9). Rutin epizyotomi grubunda (n=89) iki hastada (%2) ek yırtılma gözlenirken, beş hastada (%6) üçüncü derecede perine yırtığı oluşmuştur. Endikasyonlu epizyotomi grubundaysa (n=92), yedi (%8) epizyotomi açılmış ve hiçbir yırtılma olgusuna rastlanmamıştır. Araştırmacılar, rutin epizyotomi uygulamasını sorgulamışlar ve son kararın doğumu gerçekleştiren hekimce verilmesini önermişlerdir. Bu çalışma, rutin mediolateral epizyotomi uygulamasının, perine örselenmesini azaltmak yerine artırdığını ortaya koymaktadır.

Literatürdeki en çok hastayı içeren ileri dönük rastgele çalışma Arjantin'de yapılmış, nullipar ve primipar 2606 kadına mediolateral epizyotomi liberal ve endikasyonlu epizyotomi gruplarına ayrılarak gerçekleştirilmiştir (11). İlk grupta epizyotomi %82.6 olguda, diğer gruptaysa %30.1 olguda uygulanmıştır. Ön perine örselenmesi, endikasyonlu epizyotomi grubunda, liberal gruba göre daha yüksek oranda gözlenmiştir (%19.2'ye karşın %8.1). Endikasyonlu grupta perine onarımı, %28 daha az hastada gerekmiştir. Araştırmacılar, rutin epizyotominin ciddi perine örselenmesi riskini azalttığını gösteren hiçbir kanıt olmadığı sonucuna varmışlardır.

Klein ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği ve literatürdeki orta hat epizyotominin değerlendirildiği tek ileri dönük rastgele çalışmada da toplam 1050 olgudan 703'ü randomize edilerek liberal ve endikasyonlu epizyotomi gruplarına ayrılmıştır (12). Karşılaşılan 53 adet derin perine yırtığının 52'sinin epizyotomi uzamasına bağlı, yalnızca bir tanesinin kendiliğinden geliştiği bildirilmiştir. Nullipar ve primipar kadınlar arasında anal sfinkter hasarı yönünden farklılık saptanmamıştır. Katkıda bulunabilecek faktörler (yaş, oksitosin indüksiyonu ve eyleme yardım, epidural analjezi, doğumun ilk ve ikinci evrelerinin süreleri, doğum ağırlığı, doğum sırasında annenin pozisyonu) kontrol edildikten sonra orta hat epizyotomi uygulanan hastaların, uygulanmayanlara oranla, üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıkları açısından daha yüksek risk altında oldukları belirlenmiştir. Araştırmacılar, perine yırtığı açısından en

önemli riskin epizyotomi uygulaması olduğu, perine zedelenmelerinin çoğunluğunun epizyotominin uzamasına bağlı olarak geliştiği sonucuna varmışlardır.

Bu çalışmaların içerisinde, epizyotomi uygulamasının uzun dönem etkilerini inceleyenler Sleep ve Klein'in çalışmalarıdır (10,12). Sleep ve arkadaşları, üç yıl içinde disparöni, idrar inkontinansı ve ped kullanmayı gerektirecek idrar inkontinansı kriterleri uyarınca olguları değerlendirmişlerdir. Her ne kadar olguların %33'ü izlem sırasında kaybedilmiş olsa da, kalanlardan elde edilen sonuçlara göre, liberal ve endikasyonlu epizyotomi gruplarında bu üç kriter açısından herhangi bir farklılık saptanmamıştır (10). Tüm bu ileri dönük rastgele çalışmaların birarada ele alınıp değerlendirildiği bir derlemede de, epizyotominin endikasyonlu uygulanmasının rutin uygulamaya tercih edilmesi gerektiğini destekleyecek yeterli kanıt bulunduğu sonucuna varılmıştır (13). Özetle, endikasyonlu epizyotomi uygulaması, rutin uygulamaya göre, daha az arka perine örselenmesi, daha az dikiş, daha az iyileşme komplikasyonu, daha çok ön perine travması, benzer oranda derin vajen ve perine yırtığı, disparöni, idrar inkontinansı ve ağrıya yol açmaktadır. Bununla birlikte, orta hat ya da mediolateral epizyotominin hangisinin tercih edilmesi gerektiğini belirleyecek yeterli kanıt henüz bulunmamaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar da, diğer ileri dönük rastgele çalışmalarla tam bir paralellik içinde görünmektedir. Her ne kadar Klein ve arkadaşlarının çalışmasındaki gibi, rutin epizyotomi uygulanan grupta daha yüksek oranda derin perine yırtığına rastlanmadıysa da, bunun olgu sayısının azlığından dolayı gerçekleşmediği düşünülebilir. Ön perine örselenmesinin en önemli göstergesi olan periüretal yırtıklar, bizim çalışmamızda da, literatürle uyumlu olarak epizyotominin rutin uygulanmadığı grupta daha fazla gözlenmiştir. Dikkati çeken bir diğer nokta, istatistiksel anlam taşımaya da, bu çalışmada rutin epizyotomi uygulanmayan grupta vajinal laserasyonların bir miktar daha fazla olmasıdır. Bu tür vajinal laserasyonların, derin perine laserasyonlarını önleyen si-gortalar olabileceği, olasılıklar dahilinde değerlendirilmelidir.

Bu çalışmada tespit edilen bir diğer nokta, epizyotomiyle doğuran hastaların, doğum salonunda diğer hastalara oranla daha uzun kaldığıdır. Bu bulgunun, epizyotominin temel rasyonellerinden biri olan, cerrahi insizyonun, laserasyonlardan daha kolay onarılabileceği görüşünü desteklemediği açıktır. Bunu destekleyen ikinci bir bulgu da, herhangi bir tür laserasyon gelişmiş olguların, laserasyon gelişmeyenlere oranla benzer sürelerde doğum salonunda kaldıklarının saptanması olmuştur. Dolayısıyla, laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmazken; epizyotomilerin (median) onarılması, bu süreyi belirgin derecede uzatmakta ve bu bulgu da, yukarı-

da sözü edilen temel rasyonelin tam tersini işaret etmektedir.

Uzun dönem pelvis, perine ve kontinans bulguları, bu çalışmanın kapsamına alınmamıştır. Bununla birlikte bu çalışma, iddiasız hasta sayısına karşın, orta hat epizyotominin obstetrik uygulamadaki yeri üzerine planlanmış, yazarların bilgisi dahilindeki ileriye dönük rastgele ikinci çalışmadır. Rutin epizyotomi uygulamasının (median / orta hat) uzun dönem sonuçlarını da içeren, daha yüksek sayılardaki olgu gruplarını kapsayan ileri dönük, rastgele çalışmalara halen önemli ölçüde ihtiyaç bulunmaktadır. Bu tür çalışmaların sonucunda, herhangi bir bilimsel kanıtı dayanmaksızın cerrahi uygulamalarımızın arasında önemli bir yer almış olan epizyotominin yakın ve uzak dönem sonuçlarının daha iyi anlaşılacağı açıktır.

KAYNAKLAR

1. Ould F. Treatise of Midwifery. Dublin, Nelson and Connor, 1742, 145.
2. Graham I. The American crusade for prophylactic episiotomy. In Episiotomy: Challenging Obstetric Interventions. Blackwell Scientific, London, 1997, 33-39.
3. Thorp JM Jr, Bowes WA Jr. Episiotomy: Can its routine use be defended? Am J Obstet Gynecol 1989; 160:1027-30.
4. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest 1991; 31: 213-6.
5. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. BMJ 2000; 320:86-90.
6. Cunningham FG, MacDonald P, Gant N, et al. Conduct of normal labor and delivery. In: Williams Obstetrics, Appleton & Lange, Norwalk, CT ed. 20, 1997,343.
7. O'Brien W, Cefalo R: Labor and Delivery. In Gabbe S, Niebyl J, Simpson JL (eds.): Normal and Problem Pregnancies, Churchill Livingstone, New York, 1996, 374
8. Delancey J. Episiotomy. In Hankins G, Clark S, Cunningham F, et al.(eds.):Operative Obstetrics, Appleton & Lange, Norwalk, CT, 1995, 108.
9. Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA: Is routine episiotomy necessary? BMJ 1984; 288: 1971-5.
10. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I: West Berkshire perineal management trial. BMJ 1984; 289: 587-90.
11. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group: Routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial. Lancet 1993; 342:1517-8.
12. Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? Online J Curr Clin Trials 1992 ; Doc No 10.
13. Carroli G, Belizan J: Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

Geliş Tarihi: 22.01.2001

Yazışma Adresi: Dr.Hulusi B. ZEYNELOĞLU
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
ANKARA