

Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi: Erciyes Üniversitesi Deneyimi

Abandoning Routine Episiotomy Application: Erciyes University Experience

Mehmet Serdar KÜTÜK,^a
Mahmut Tuncay ÖZGÜN,^a
Semih ULUDAĞ,^a
Mehmet DOLANBAY,^a
Fatma ÖZDEMİR,^a
Gülsüm UYSAL,^a
Ahmet ÖZTÜRK^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
^bBiyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD,
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kayseri

Geliş Tarihi/Received: 24.12.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 04.06.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mehmet Serdar KÜTÜK
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Kayseri,
TÜRKİYE/TURKEY
mskutuk@erciyes.edu.tr

ÖZET Amaç: Bu çalışmanın amacı, rutin epizyotomiden sınırlı epizyotomi uygulamasına geçiş süreci ve her iki döneme ait sonuçların karşılaştırılmasıdır. **Gereç ve Yöntemler:** Erciyes Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, 1000 g üzerindeki canlı doğum yapan olgularda rutin (2011-2012 seneleri) ve sınırlı (2012-2013) epizyotomi uygulanan dönemlere ait veriler retrospektif olarak karşılaştırıldı. **Bulgular:** 2011-2012 yıllarında toplam 651 doğumda epizyotomi oranı %88,6 (577/651) olarak tespit edildi. Bu oran nulliparlarda %89,7 (270/301) ve multiparlarda %87,7 (307/350) idi. İki olguda 3. derece perine yırtığı saptandı (2/651, %0,3). 2012-2013 yılları arasında toplam 619 doğum gerçekleştirildi. Maternal yaş ve ortalama doğum ağırlığı multiparlarda anlamlı derecede yüksekti [30 (17-49 yıl) ve 23 (16-40 yıl) ve 3130 g (1000-4440 g) ve 2910g (1000-4400 g), p=0,007]. Genel epizyotomi oranı sınırlı epizyotomi grubunda %27,9 (173/619) iken, bu oran multiparlarda %6,8 (24/350), nulliparlarda %55,4 (149/269) olarak bulundu. Epizyotomi açılmayan grupta paraüretral birinci ve ikinci derece perine laserasyonu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık görüldü (p<0,01). Sınırlı epizyotomi açılan 2012-2013 döneminde üçüncü ya da dördüncü derece perine laserasyonu izlenmedi. Doğumu yaptıran araştırma görevlileri arasında kıdem, cinsiyet gibi değişkenlerin epizyotomi açma oranını etkilemediği saptandı. **Sonuç:** Sınırlı epizyotomi uygulaması, rutin epizyotomi uygulaması ile karşılaştırılabilir perineal sonuçlara sahiptir. Benimsenecek basit prensipler ile kısa sürede rutin uygulamadan sınırlı uygulamaya geçilmesi ve epizyotomi oranının azaltılması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi; doğum yaralanmaları; Türkiye; eşitlik; epidemiyoloji

ABSTRACT Objective: The purpose of the study was to assess the process of transition from routine episiotomy to restrictive episiotomy and to compare the results of these different approaches. **Material and Methods:** Birth data of women delivering live-born infant weighting more than 1000 g in the period of routine episiotomy (2011-2012) and restrictive episiotomy (2012-2013) in Erciyes University, Department of Obstetrics and Gynecology were compared retrospectively. **Results:** In 651 birth, the episiotomy rate was 88.6% (577/651) between 2011-2012. This ratio was 87.7% (307/350) in multiparous, and 89.7% (270/301) in nulliparous. Two cases were complicated with third degree perineal laceration (2/651, %0.3). 619 vaginal delivery were performed between 2012-2013. The mean maternal age and birth weight were higher in multiparous women [30 (17-49 years) vs 23 (16-40 years) and 3130g (1000-4440 g) vs 2910g (1000-4400 g), p=0.007, respectively]. The episiotomy rate in general was 27.9% (173/619), and was 6.8% (24/350) in multiparous, and was 55.4% (149/269) in nulliparous. The prevalence of first degree, second degree and paraurethral laceration were higher in non-episiotomy group (p<0.01). No cases of third, or fourth degree perineal laceration was seen between 2012 and 2013 during which restrictive episiotomy was performed. There was no statistically significant relationship between the experience, and gender of the residents, and episiotomy ratio. **Conclusion:** Restrictive episiotomy application has comparable perineal complication ratio to that of routine episiotomy. It is possible to switch from routine episiotomy to restrictive episiotomy, and to decrease episiotomy ratio by the application of certain simple principles.

Key Words: Episiotomy; birth injuries; Turkey; parity; epidemiology

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(3):154-9

Epizyotomi, perineal cisimciğin doğumun ikinci evresinin sonunda cerrahi olarak insize edilmesi işlemidir.¹ Pratik olarak doğumun ikinci evresini kısaltmak, fetal travmayı azaltmak ve anal sfinkter hasarını önlemek gerekçeleri ile yapıyor olmasına karşın, uygulamanın bilimsel geçerliliği son yıllarda giderek artan şekilde sorgulanmaya başlanmıştır. Bir yandan rutin epizyotominin üçüncü ve dördüncü derece perine hasarını önlemediği, fetal travmayı azaltmadığı, pelvik organ relaksasyonunu önlemediği, aksine postpartum ağrı, yara komplikasyonu ve iyileşme süresini uzattığı yönünde yayınlar ortaya konurken, diğer yandan sivil toplum örgütleri tarafından başlatılan “vajinamı kesme!” kampanyası tartışmaya sosyal ve biyo-politik başka bir boyut kazandırmıştır.²⁻⁵

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi, il merkezi ve hinterlandı dahilinde yaklaşık 1 200 000 kadına tersiyer bakım hizmeti veren bir merkezdir. 2011-2012 yılları itibari ile yıllık 651 normal doğumda, multiparlarda %87,7, nulliparlarda %89,7 oranında epizyotomi oranına sahiptir. Yukarıda bahsedilen tartışmaların ve literatür verilerinin gölgesinde 2012-2013 yıllarında rutin epizyotomi uygulamasının terk edilip sınırlı epizyotomi uygulamasına geçilmesi kararlaştırılmıştır. Bu çalışmanın amacı, geçiş sürecindeki istatistiki verilerin sunumu ve karşılaştırılması yoluyla sınırlı epizyotomiye geçiş için örnek bir model oluşumuna katkıda bulunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2011 yılı Aralık ayı içinde Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD da görevli asistan hekimlerle bir dizi toplantı yapıldı. Toplantılarda rutin epizyotomi ve sınırlı epizyotomi uygulamaları arasındaki farklılıklar belirlendi. İki uygulama arasındaki maternal-fetal sonuçlar açısından karşılaştırma yapıldı. Toplantının sonunda;

1. Epizyotominin rutin bir uygulama olmadığı, gereksiz yapılan perineal insizyonların cerrahi bir müdahaleden çok “kadın genital travması” sınıfında değerlendirileceği,

2. Perinenin anatomik olarak kısa olması, fetal distress, operatif doğum, makrozomi beklentisi gibi epizyotominin gerekebileceği durumlarda epizyotomi açılabilceği,

3. Güncel literatürde epizyotominin üçüncü ve dördüncü derece perineal hasarı azalttığına dair sağlam kanıtlar olmadığı, bu nedenle epizyotomisiz doğumlarda oluşabilecek tüm sorunların epizyotomi açılmamış olmasına atfedilemeyeceği,

4. Tüm doğumların anne bilgileri, perineal laserasyon, doğum ağırlığı, doğum yaptıran asistan ve komplikasyon durumunu da içerecek şekilde, doğum servisi bilgisayarındaki “Excell” programına kaydedileceği,

5. Bahsedilen veri setinin servis sorumlusu öğretim elemanı (MSK) tarafından periyodik olarak değerlendirileceği,

6. İzlem sürecinin sonunda sınırlı epizyotomi uygulaması açısından her asistanın performansının değerlendirileceği prensipleri benimsendi.

Kliniğimizde doğum yapan tüm gebelerden yatış işlemi öncesi bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışmada paraüretal (Anterior) doğum laserasyonları ön vajinal duvar, labiumlar ve klitoris içeren lezyonlar olarak tanımlandı. Posterior (Furcette) laserasyonları ise;

1. Derece: Perineal cilt ve vajinal mukozayı içeren laserasyonlar,

2. Derece: Perineal cilt ve kasları içeren laserasyonlar,

3. Derece: Anal sfinkter kompleksini içeren laserasyonlar,

4. Derece: Anal sfinkter kompleksi ve anal mukozayı içeren laserasyonlar olarak tanımlandı.⁶

Bir yıllık süre sonunda doğum verileri, parite, epizyotomi, laserasyon, sfinkter hasarı, doğumu yaptıran asistan kıdem derecesi, cinsiyeti parametreleri epizyotomili ve epizyotomisiz doğumlar açısından karşılaştırıldı. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı.

İstatistiksel analizde sürekli değişkenler median, minimum ve maksimum değerler olarak verilirken, kategorik veriler numerik ve yüzde olarak

ifade edildi. Gruplar arasındaki değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U (skewed data) ve ki kare (Kategorik data) testleri kullanıldı. p'nin <0,05 olması istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. Tüm istatistiksel analizler SPSS 15 programı ile yapıldı

BULGULAR

Ocak 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilen 1000 g üzeri canlı fetüslere ait spontan vajinal doğum bilgileri retrospektif olarak analiz edildi. Total 651 doğumda genel epizyotomi oranı %88,6 (577/651) iken, bu oran multiparlarda %87,7 (307/350) ve nulliplarlarda %89,7 (270/301) olarak tespit edildi. Sınırlı epizyotomi uygulamasına geçilen Ocak 2012-Ocak 2013 dönemi içinde kliniğimizde toplam 723 vajinal doğum gerçekleşti. Doğum ağırlığı 1000 g'ın altında olan (n:64), doğum eylemi öncesi ölü olduğu tespit edilen doğumlar (n:32) ile operatif doğumlar (n:8) çalışma dışı bırakıldı. Toplam 619 canlı vajinal doğuma ait veriler analizde kullanıldı. Sınırlı ve rutin epizyotomi uygulanan dönemlere ait olguların demografik verileri Tablo 1'de sunulmuştur. Analiz süresi içinde genel epizyotomi oranı %27, (173/619) idi (Tablo 2). Epizyotomi oranı nulliplarlarda multiparlara oranla anlamlı derecede yüksekti (%55,4 ve %6,8).

Sınırlı epizyotomi grubunda, birinci ve ikinci derece perine ile paraüretal laserasyon oranları epizyotomi açılmayan gruptaki kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,001). Çalışma süresince üçüncü ya da 4. derece perine hasarı izlenmedi. Rutin ve sınırlı epizyotomi uygulanan dönemler arasında 3. ve 4. derece perine laserasyonları açısından anlamlı fark izlenmedi (p=0,50). Sınırlı epizyotomi grubunda, epizyotomi açılan ve

TABLO 1: Sınırlı epizyotomi uygulanan olgularda demografik veriler.

Parametre	Sınırlı epizyotomi	Rutin epizyotomi	p
	Ortalama±standart sapma		
Anne Yaşı	27,515±6,194	27,758±6,06	0,24
Gravida	2,471±1,598	2,430±1,581	0,64
Parite	1,058±1,224	1,021±1,211	0,59
Doğum ağırlığı (g)	2947,214±624,211	2923,465±644,29	0,50

TABLO 2: Rutin ve sınırlı epizyotomi uygulama sonuçlarının karşılaştırılması.

Dönemler	Rutin Epizyotomi (2011-2012)	Sınırlı Epizyotomi (2012-2013)	p
Toplam Doğum Sayısı	651	619	
Genel Epizyotomi oranı	%88,6 (577/651)	%27,9 (173/619)	<0,001
Multiparlarda epizyotomi oranı	%87,7 (307/350)	%6,8 (24/350)	<0,001
Nulliplarlarda epizyotomi oranı	%89,7 (270/301)	%55,4 (149/269)	0,023
3. Derece Laserasyon	2	0	0,50

açılmayan olguların demografik verileri ve obstetrik parametreleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Epizyotomi açılmasını belirleyen en önemli değişkenin parite olduğu tespit edildi. Ortalama doğum ağırlığı ve anne yaşı multipar grupta anlamlı derecede yüksek bulundu. Nullipar ve multipar olguların demografik parametreler ve perineal travma açısından karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir.

Çalışma süresince klinikteki doğumların tümü asistan hekimler tarafından gerçekleştirildi. Görevli asistanlar kıdemsiz (İlk bir yıl), orta kıdemli (Bir-üç yıl arası) ve kıdemli (Üç yıl ve üzeri) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Epizyotomi oranları ve doğumu gerçekleştiren asistanın deneyim derecesi ile epizyotomi oranları arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Benzer şekilde doğumu gerçekleştiren asistanın cinsiyetinin de epizyotomi tercihinde belirleyici olmadığı saptandı (p=0,493).

TARTIŞMA

Yirminci yüzyılın başından itibaren doğum sürecinin "medikalizasyonu" ile beraber epizyotomi, normal doğum yardımı pratiğinin temel taşlarından biri olarak görülmüştür.^{2,7} Ancak kanıta dayalı tıbbi pratik çağında, epizyotomiye dair elde edilen yeni verilerin ortaya konması epizyotomi dogmasını sorgulanır hâle getirmiştir. Bu nedenle epizyotomi pratiğine ait verilerin ülke ve klinik bazında derlenip bildirilmesi, uygulamaya dair alışkanlıkların

TABLO 3: Sınırlı epizyotomi uygulanan grupta epizyotomi açılan ve açılmayan olguların karşılaştırılması.

Değişkenler	Gruplar			p
	Total n=619 Median (Min-Mak)	Epizyotomi açılan n=173 Median (Min-Mak)	Epizyotomi açılmayan n=446 Median (Min-Mak)	
Yaş	27 (16-49)	24 (17-42)	28 (16-49)	<0,001
Gravida	2 (1-11)	1 (1-6)	3 (1-11)	<0,001
Parite	1 (0-8)	0 (0-3)	1 (0-8)	<0,001
Doğum ağırlığı	3040(1000-4400) n(%)	3110 (1190-4400) n(%)	3000 (1000-4440) n(%)	0,049
Deneyim				
Bir yıldan az	235 (38,0)	58 (33,6)	177 (39,6)	0,344
1- 3 yıl	115 (18,6)	33 (19,0)	82 (18,4)	
3 yıl dan fazla	269 (43,4)	82 (47,4)	187 (42,0)	
Doğum yardımı yapan hekimin cinsiyeti				
Kadın	402 (64,9)	116 (67)	286 (64,1)	0,493
Erkek	217 (35,1)	57 (33)	160 (35,9)	
1, Derece laserasyon				
Var	155 (25,0)	9 (5,2)	146 (32,8)	<0,001
Yok	464 (75,0)	164 (94,8)	300 (67,2)	
2, Derece laserasyon				
Var	71 (11,5)	5(2,9)	66 (14,8)	<0,001
Yok	548 (88,5)	168 (97,1)	380 (85,2)	
Paraüretal laserasyon				
Var	34 (5,5)	2 (1,2)	32 (7,2)	0,006
Yok	585 (94,5)	171 (98,8)	414 (92,8)	

görünür kılınması ve dolayısı ile değiştirilmesi açısından son derece önemlidir.

Bizim çalışmamızda, rutin epizyotomi uygulamasının değiştirilmesine ilk basamak önceki yıla ait epizyotomi verilerimizin belirlenip gelişmiş ülkelerdeki veriler ile kıyaslanması oldu. Rutin epizyotominin uygulandığı 2011-2012 yıllarında toplam 651 doğumda epizyotomi oranları; multiparlarda %87,7 (307/350) ve nulliparlarda %89,7 (270/301) olarak tespit edildi. Literatürde epizyotomi oranlarının ülkeler arasında, aynı ülke içinde farklı bölgeler arasında ve hatta aynı bölge içinde farklı düzeydeki merkezlerde değişiklik gösterdiği bildirilmiştir.⁸ Epizyotomi oranları kuzey Avrupa ülkelerinde en düşük (İsveç'te %9,7, Danimarka'da %13,9), Asya ülkelerinde en yüksek oranda (Tayvan %100, Çin %82) bildirilmektedir. Bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde %32,7, Kanada'da %23,8 olarak saptanmıştır.⁸ Uluslararası literatü-

TABLO 4: Sınırlı epizyotomi döneminde doğum yapan multipar ve nullipar olguların karşılaştırılması.

Değişkenler	Gruplar		p
	Nullipar n=269 Median (Min-Mak)	Multipar n=350 Median (Min-Mak)	
Yaş	23 (16-40)	30(17-49)	<0,001
Doğum ağırlığı	2910 (1000-4400) n(%)	3130 (1000-4440) n(%)	<0,001
Epizyotomi			
Var	149 (55,4)	24 (6,8)	<0,001
Yok	120 (44,6)	326 (93,2)	
1. Derece laserasyon			
Var	69 (25,7)	86 (24,6)	0,759
Yok	200 (74,3)	264 (75,4)	
2. Derece laserasyon			
Var	31 (11,5)	40 (11,,4)	0,970
Yok	238 (88,5)	310(886)	
Paraüretal laserasyon			
Var	10 (3,7)	24 (6,8)	0,128
Yok	259 (96,3)	326 (93,1)	

rede Türkiye'deki oran %65 olarak bildirilmektedir.⁸ Gerçekte Türkiye'de epizyotomi oranlarına dair geniş kapsamlı bir çalışma bulunmamakta, ulusal veriler daha çok çeşitli kliniklerde yapılan çalışmaların projeksiyonu yoluyla elde edilmektedir. Şahin ve ark. yaptıkları çalışmalarında, epizyotominin tüm doğumların %65'inde, primiparların ise %90'ından fazlasında açıldığını bildirmişlerdir.⁹ Sayiner ve ark.nın çalışmasında ise epizyotomi oranları primiparlarda %96,7, multiparlarda ise %51,8 olarak bildirilmiştir.¹⁰ Kliniğimizin 2010-2011 dönemine ait verileri yukarıda belirtilen ve rutin epizyotomi kullanımı ile uyumlu olan verilerle benzerlikler göstermektedir.

Epizyotomi genellikle fetal distress ve ikinci evre uzaması durumlarında doğumu hızlandırmak, operatif vajinal doğumlar, makrozomi ya da makat presentasyonlarında manevra alanı kazanmak, spontan perine laserasyonlarını önlemek, anal sfinkter ve rektum hasarını önlemek ve uzun dönemde pelvik relaksasyon/üriner inkontinans sıklığını azaltmak için kullanılır.^{1,2} Buna karşın güncel literatür, epizyotominin üçüncü ve dördüncü derece perine hasarını, postoperatif enfeksiyon ve kanama riskini artırdığını, buna karşılık pelvik relaksasyon ve üriner inkontinans sıklığında anlamlı bir azalmaya neden olmadığını ortaya koymaktadır.¹¹⁻¹⁴ Son yönergeler rutin epizyotomi pratiğinin operatif doğumları da kapsayacak şekilde terk edilmesi gerektiğini belirtmektedir.¹⁵

Yukarıdaki veriler ışığında 2012-2013 yılları arasında klinik dönüşümü yapılan epizyotomi uygulaması multiparlarda %87,7'den %6,8'e, nulliparlarda %89,7'den %55,4'e düşürülmüştür. Dönüşüm sürecinin en dikkate değer sonuçlarından biri rutin epizyotomi döneminde iki olguda 3. derece sfinkter hasarı oluşmuşken sınırlı epizyotomi döneminde üçüncü ya da dördüncü derece perine hasarına rastlanmamış olmasıdır. Klasik olarak, üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıkları, epizyotomi uygulanmış kadınlarda %0-2,3, mediolateral epizyotomi uygulanmış kadınlarda %0,2-9,0, orta hat epizyotomi uygulanmış kadınlarda ise %3-2,4 oranlarında gözlenmektedir.¹⁶ Kliniğimizde ve genel olarak ülkemizde büyük ölçüde mediolateral epizyotomi yapıldığı dikkate alındığında, gözlem-

lediğimiz üçüncü ve dördüncü derece perine hasarı oranları literatürle uyumlu görünmektedir. Bizim çalışmamızda rutin ve sınırlı uygulamalar arasında üçüncü ve dördüncü derece perineal laserasyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmemekle beraber üçüncü ve dördüncü derece perine laserasyonu gelişen olgu sayısının azlığı (n:2) istatistiksel analizin gücünü azalmaktadır. Buna karşın serimizde birinci, ikinci derece ve paraüretral hasar, epizyotomi açılmayan grupta epizyotomi yapılan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 2). Rutin epizyotominin uygulandığı kliniklerde artmış düşük dereceli medial ve paraüretral laserasyon sıklığı bildirilen bir veridir. Genel olarak spontan birinci ve ikinci derece perine yırtıklarının epizyotomiden daha kolay onarıldığı, daha az skar bıraktığı, postpartum enfeksiyon ve yara ayrışması riskinin daha az olduğu kabul edilmektedir.^{12,15,16} Bu nedenle spontan laserasyonlar epizyotomiye tercih edilmekte ve laserasyonların önlenmesi epizyotomi açılması için bir gerekçe olarak kabul edilmemektedir.⁵

Doğum hizmeti sağlayıcılarının epizyotomi tercihi açısından birbirlerinden farklı yaklaşımlar sergiledikleri savı batı literatüründe tartışılmıştır. Bu bağlamda, ebe, aile hekimi ve jinekologların epizyotomi oranlarının değişkenlik gösterdiği saptanmıştır.¹⁷⁻¹⁹ Kliniğimizde doğumların tümü asistan hekimler tarafından gerçekleştirildiği için disiplinler arası davranış farklılıklarını karşılaştıracak verimiz bulunmamaktadır. Ancak çalışmamızda doğumu yaptıran asistanların kıdem derecesinin epizyotomi oranlarına etki etmediği izlendi. Bu noktada, asistan hekimlerin alışkanlık ve davranışlarını kısa sürede değiştirebildiği ve epizyotomi konusunda doğru yaklaşımın kazandırılabilirdiği çıkarımı yapılabilir. Ancak yine de asistan hekimlerin adaptasyon süreçlerini belirleyen deneyim/norm olgularının, epizyotomi uygulaması üzerindeki etkilerini inceleyecek nicel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda doğumu yaptıran hekimlerin cinsiyetlerinin epizyotomi oranı üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmadı. Bu veriler ışığında, çalışmamızda epizyotomi davranışını belirleyen temel etkenin alışkanlıklardan ya da cin-

siyetten ziyade, ait olunan profesyonel “kümenin davranış biçimi” olduğu söylenebilir.²⁰

2000’li yıllardan başlayarak birçok meslek örgütü sınırlı epizyotomi uygulamasını kanıta dayalı olarak önermiş, bu amaçla ulusal programlar başlatmıştır. Örneğin; Fransa’da 2004 ve 2011 yılları arasında epizyotomi oranı %55,7’den %13’e kadar gerilemiştir.²¹ Arjantin’de ulusal ölçekli bir çalışmada epizyotomi oranı %82,6’dan %30’a düşürülmüştür.²² Bu çalışmalarda ortak olan, ulusal yönergelerin ve epizyotomi oranlarını içeren detaylı geri bildirimlerin epizyotominin azaltılmasında son derece önemli ve etkili olduğudur. Sınırlı epizyotomiye geçilen bölgelerde sürecin erken döneminde multipar olgularda epizyotominin azaldığı izlenmektedir.^{21,22} Bizim çalışmamızda da uyumlu şekilde, epizyotomi oranı multiparlarda belirgin şekilde azalmıştır. Nulliparlardaki azalma önemli öl-

çüde olmasına karşın, multiparlardaki kadar dramatik olmamıştır. Ancak kliniğimizin genellikle çoğul risk faktörleri olan gebelerin doğum yaptığı tersiyer bir referans merkezi olduğu dikkate alındığında, ulaşılan oranların son derece önemli olduğu açıktır. Klinik olarak sınırlı epizyotomi uygulamasına geçişte bundan sonraki amaç, epizyotomisiz doğuma dair edinilen deneyimle birlikte, nulliparlarda epizyotomi oranlarını azaltmak olacaktır.

Sonuç olarak, geleneksel olarak epizyotomiye atfedilen faydalar günümüzde sadece belirli klinik durumlarda geçerliliğini korumaktadır. Bu nedenle epizyotomi uygulamasının rutinden, sınırlıya taşımaya yolunda ulusal bir politika belirlenip bu yönde sosyal, tıbbi ve akademik adımların atılması, gereksiz epizyotomi uygulanması ve buna bağlı oluşan kadın genital sistemi travmalarını azaltmak açısından son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Yanık FF. [Episiotomy]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2008; 1(1):50-4.
2. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38(6):322-38.
3. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005;293(17):2141-8.
4. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levat C, Pigné A. [Pelvic floor disorders four years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy]. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36(10):991-7.
5. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD000081.
6. Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3):CD002866.
7. Dahlen HG, Homer CS, Leap N, Tracy SK. From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women Birth* 2011;24(3):105-11.
8. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005;32(3):219-23.
9. Şahin NH, Yıldırım G, Aslan E. [Evaluating the second stage of deliveries in a maternity hospital]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(1):37-43.
10. Sayiner FD, Demirci N. [Effectiveness of prenatal perineal massage on vaginal delivery]. *Ü FN Hem Derg* 2007;15(60):146-54.
11. Maduma-Butshe A, Dyal A, Garner P. Routine episiotomy in developing countries. Time to change a harmful practice. *BMJ* 1998; 316(7139):1179-80.
12. Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N, Arda Lembed A, Bağış T, Zeyneloğlu HB. [A prospective randomized study on routine use of episiotomy in vaginal deliveries]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2002;12(1):16-9.
13. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(3):285.e1-4.
14. Halpern S. SOGC Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(7):602; author reply 602-3.
15. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115(13):1688-94.
16. Gilstrap III LG, Cunningham FG, Vandorsten JP. *Episiotomy. Operative Obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p.63-88.
17. Reid AJ, Carroll JC, Ruderman J, Murray MA. Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians. *CMAJ* 1989;140(6): 625-33.
18. Webb DA, Culhane J. Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth. *Birth* 2002;29(2):132-6.
19. Hargrove A, Penner K, Williamson T, Ross S. Family physician and obstetrician episiotomy rates in low-risk obstetrics in southern Alberta. *Can Fam Physician* 2011;57(4):450-6.
20. Smith JR, Hogg MA, Martin R, Terry DJ. Uncertainty and the influence of group norms in the attitude-behaviour relationship. *Br J Soc Psychol* 2007;46(Pt 4):769-92.
21. Reinbold D, Eboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicovitz M, Dreyfus M. [From the impact of French guidelines to reduce episiotomy's rate]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2012;41(1):62-8.
22. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet* 1993;342(8886-8887):1517-8.