

Ağır Kifoskolyoz ve Modifiye Transabdominal Doğum (Vaka Takdimi)

SEVERE KYPHOSCOLIOSIS AND MODIFIED TRANSABDOMINAL DELIVERY (CASE REPORT)

Necip KEPKEP*, Ünal ERSOY**, Gülay KURTAY***

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

** Uz.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, GAZİANTEP

***Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

Özet

Amaç: Ağır kifoskolyozlu bir vakada gebelik ve doğum (Vaka takdimi).

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Materyel ve Metod: Doğum eylemi başlamış, termde ve 30 yaşında mükerrer sezaryen seksiyolu ve ağır kifoskolyozlu bir vaka.

Tartışma: Aşkar iskelet deformitesi bulunan gebelerde modifiye cerrahi girişimler gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: İskelet deformitesi,
Gebelik ve kifoskolyoz,
Kifoskolyoz ve doğum

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:249-252

Summary

Objective: Discussion of pregnancy and delivery with severe kyphoscoliosis. A case report.

Institution: Gaziantep University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology. Gaziantep / Turkey.

Material and Method: A term and 30 years old pregnant women with severe kyphoscoliosis and recurrent cesarean section on labor.

Conclusion: Sometimes modified surgical procedure is necessary to terminate of pregnancy of women with manifest skeletal deformity.

Key Words: Skeletal deformity,
Kyphoscoliosis and pregnancy,
Kyphoscoliosis and delivery

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:249-252

Doğum kanalının önemli kısmı olan küçük pelvisi oluşturan kemik yapılarıdaki konjenital-akkiz yapı bozuklukları ve anomaliler pelvis girimi, orta pelvis ve pelvis çıkımını etkileyerek distosiye yol açar veya vaginal doğumu imkansız kılabilir. Ayrıca kolumna vertabralis başta olmak üzere iskelet sisteminin diğer kesimlerindeki deformiteler de pelvis kemiklerinde ve pelvik boşluklarda yapı bozukluklarına neden olurlar.

Geliş Tarihi:

Yazışma Adresi: Dr.Ünal ERSOY
Güneykent Mah. 204. Sok.
Çağ A Sitesi 1. Blok D:3
27070, GAZİANTEP

Yanlarda fossa iliaca'lar, arkada lumbal vertabralar, önde karın ön duvar kaslarından oluşan büyük pelvisin doğum mekanizmasındaki rolü sınırlıdır. Pelvis kemik ve boşluklarındaki doğumu zorlaştıran primer ya da sekonder değişiklikleri, görüntüleme sistemlerinin gelişmesiyle tanımlamak kolaylaşmıştır.

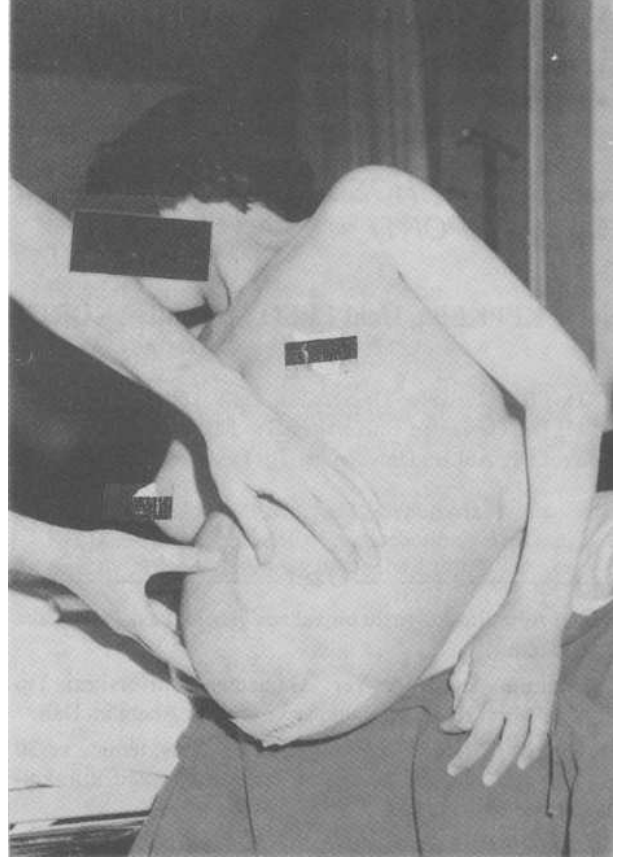
Bu makalede miadada gebeliği olan ve daha önce sezaryen-seksiyon ile doğurtulmuş bir vaka takdim edilmiş ve cerrahi yaklaşımımız irdelenmiştir.

Vaka

30 yaşında, üç gebeliği olan hasta kliniğimize doğum ağrılarının başlaması nedeniyle ilk kez



Şekil 1. Vakanın ayakta sol yan görünümü.



Şekil 3. Vakanın ayakta sağ yan görünümü.



Şekil 2. Vakanın supin pozisyonda görünümü.

başvurdu. Genel görünümünde boy kısalığının yanı sıra lumbal kifoskolyozu ve sivri sarkık karnı

dikkati çekiyordu (Şekil 1,2,3). Öyküsünden son menstruasyon tarihine göre 39 haftalık gebeliği olduğu, ilk gebeliğinin 2 aylık abortusla sonuçlandığı, ikinci gebeliğinin ise miyomda pfannenstiel kesi yapılarak alt segment sezaryen-seksiyo ile sonlandırıldığı öğrenildi. Ultrasonografik biyometrik ölçümlerine göre 38±2 haftaya uyar gebeliği tespit edildi. Kranyumun solda, altta pelvise angaje olmamış halde bulunduğu, fetusun oblik situs'ta olduğu saptandı. Plasenta ise tamamen uterusun ön duvarında ve alt segmente uzanır durumda implante olmuştu. Uterin aktif kontraksiyonların kardiotokografla tespitinden sonra vaka kısa sürede operasyon için hazırlandı.

Tartışma

İdiopatik kifoskolyoz insidansı, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazladır. Kifozun pelvise yaptığı etki lokalizasyonuna göre değişiklik gösterir.

Torasik bölgede yerleşim gösteren kifoz genelde lumbar bölgede kompensatuar lordoz gelişmesine neden olur. Bu olaydan pelvis kemikleri daha az etkilenir. Lumbar vertabralarda görülen kifoz, obstetrik açıdan daha çok önem taşır. Sakrum'un üst kısımlarını arkaya, alt kısımlarını da öne döndürerek sakral konkaviteyi ve pelvis girimini bozar. Lumbar bölgeyi tutan skolyoz ise promontoriumu sağa yada sola kaydırarak pelvis giriminin şekil değiştirmesine neden olur.

Gebelik süresinin ve sayısının kolumna vertabralis deformiteleri üzerinde etkileri olduğu çeşitli araştırmacılar tarafından saptanmıştır. Keim (1) kifoskolyozlu vakalarda, gebelik süresince eğimlerin %6-8 oranında arttığını saptamıştır. Berman (2) eğimlerdeki artışın %25'den fazla olmadığını belirtmekte, Carr (3) ve Betz (4) izledikleri kifoskolyoz-lu gebelerde miada kadar geçen süreçte eğimlerde görülen artışın gebelik öncesine göre anlamlı olmadığını bildirmektedirler.

Kifoskolyozlu vakalarda pelviste görülen değişiklikler kifoz ya da skolyozun dominansına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Her iki deformitenin eşit ağırlıklı olması durumunda, kifotik değişiklikler baskındır. Şiddetli kifotik vakalarda andropoid pelvis yapısına değişim olmakta, pubik alt açılı daralmakta, orta pelvis ve pelvis çıkımına ait çaplar küçülmekte vaginal doğumda persiste oksiput posterior prezantasyona eğilim artmakta ya da doğum imkansızlaşmaktadır.

Şiddetli torasik kifozlu vakaların gebelikleri sürecinde toraks hacminin azalmasına bağlı kalp-akciğer basısı, yetersiz kosta ve diafragma hareketleri yüzünden sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonlarıyla karşılaşmaktadır (5). Ağır torasik kifozlu vakalarda akciğer vital kapasitesinin %50 azaldığı saptanmıştır (6).

Vakamızda kısa sürede müdahale gereksinimi olduğu için solunum fonksiyonları incelenemedi. Ancak ayakta duruş, yan yatış pozisyonlarında yakınmasının olmadığı muayene ve öyküsünden belirlendi. Supin pozisyona geldiğinde kısa sürede dispnesinin ortaya çıktığı, tekrar kaldırıldığında hipotansif ve kısa süreli de olsa senkop geçirdiği tespit edildi.

Karın ön duvarının ileri derecede relaksasyonuna bağlı olarak büyük pelvis içinde bulunan fetus

ve gebe uterusunun dışarıya ve öne doğru gelişmesi ayakta ve yan yatış pozisyonlarında solunum ve dolaşım sistemleri ile ilgili semptomların çıkmamasının nedeni olarak düşünüldü. Zira uterus bu pozisyonlarda diafragmaya direk bası yaratmıyordu (Şekil 1,2,3).

Hafif dereceli iskelet deformiteli vakaların iri fetus ve prezentasyon anomalileri olmadığı takdirde vaginal doğum yapabilecekleri söylenmekle birlikte, ağır iskelet deformitesi bulunanlarda ilave obstetrik problemlerin doğmaları daha komplike hale getirdiği literatürlerde de vurgulanmaktadır (5). Aşık kifoskolyozlu vakamızın bu gebeliğinde önemli iki obstetrik bulgusu mevcuttu. Bunlardan birisi plasentanın tamamen uterus ön duvarı ve orta-alt segmente yerleşik olması, diğeri fetusun oblik situsta bulunması idi. Önceki doğumunu alt segment sezaryen seksiyon ile yapmış olmasına rağmen yukarıda söz edilen obstetrik bulgular nedeniyle ve dışarıdan bile erişilmesi güçlük arz eden göbek altı mesafede pfannenstiel veya mid-line cilt kesileri, uterusu uygulanacak Monroe-Kerr ve Selheim-Kronig insizyonlarıyla hem transplental yaklaşım hemde versiyon gerektiğinden fetusun doğurtulma sürecinin uzayacağı düşünüldü. Supine pozisyonda uzayacak süreci tolere edemeyeceği anestezi anabilim dalınca da saptanan vakaya uterusun fundustan yapılacak insizyonla fetusun kısa sürede doğurtulması planlandı (Şekil 4).

Ksifoid kemik ile umblikus arasında orta hat kesi yapılarak M. Rektus Abdominus'lar arasından parietal peritona ulaşıldı. Altta bulunan intestinal segmentlere dikkat edilerek parietal periton geçildi, barsak ansları elle ekarte edilerek kornular palpe edilip orta hat belirlendi. Fundusa vertikal kesi yapılarak 3600 gr ağırlığındaki erkek fetus, 1. dakika Apgar skoru yaklaşık 9 olarak doğurtuldu. Placenta ve ekleri manuel olarak kesiden çıkarıldı. Kesi 2 nolu kromik katgüt ile iki sıra halinde sütüre edildi. Pomeroy usulü bilateral tüp ligasyonu da uygulandıktan sonra tüm kesi anatomik planda kapatıldı. Postoperatif 8 gün izlenen anne ve fetus sağlıklı olarak taburcu edildi. Asepsi-antisepsi uygulanmasını takiben fetusun doğurtulmasına kadar geçen süre yaklaşık iki dakika, tüm operasyon süresi 30 dakika olarak belirlendi.

Sonuç olarak, iskelet deformitesi belirgin ve ağır olan gebelerin ilk trimestirden itibaren periyo-



Şekil 4. Vakamın ayakta ön cepheden görünümü.

dik olarak yakından izlenmeleri, gerektiğinde ve zamanında yapılacak müdahalelerle maternal komplikasyonların önlenmesi gerekir. Bu vakaların gebeliklerinin sonlandırılmasında transabdominal yaklaşımlarda dahi nadirde olsa rutin sekiyozesaryen yöntemlerinin dışında modifiye cerrahi girişimlerin gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Keim HA. The Adolescent Spine, pp.104-109. New York, Springer, 1982
2. Berman AT, Cohen DL, Schwentker EP. The effect of pregnancy on idiopathic scoliosis. A preliminary report on eight cases a review of the literature. Spine 1982; 7:76-77.
3. Carr WA, Moe JH, Winter RB, Lonstein JE. Treatment of idiopathic scoliosis in the milwaukee brace. J Bone and Joint Surg 1980; June. 62-A:599-612.
4. Betz RR, Bunnell WP, Lambrecht ME, Mac Ewen GD. Scoliosis and pregnancy. J Bone and Joint Surg 1987;Jan 69-A:1-90-96.
5. Lichter DE. Orthopedic Disorder. Friedman AE. Obstetrical Decision Making. 2. Edd. B.C. Decker Inc. Toronto, Philadelphia 1987. pp. 126-127.
6. Sawicha EH, Spencer GT, Branthwaite MA. Management of respiratory failure complicating pregnancy in severe kyphoscoliosis:a new use for an old technique. Br J Dis Chest 1986 Apr; 80(2):191-6.