

TRAVAYIN 2.EVRE ANOMALİLERİNDE ORTA PELVİSTE BARTON FORSEPSİ UYGULAMASI, ANNE VE BEBEĞE AİT SONUÇLAR

Necip KEPKEP Ali GÜRGÜÇ** Feride SÖYLEMEZ*** Deniz ÇOŞKUN*****

Anahtar Kelimeler : Forseps uygulaması doğumlar, Barton forseps.

Key Words : Forceps delivery, Barton's forceps.

ÖZET:

Aşık sefalo-pelvik uyumsuzluk bulunmadığı taktirde travayın 2.evre anomalilerinde, orta pelviste forseps uygulamaları Sezaryen seksiyoya alternatif bir metod olabilir.

Barton forseps Amerikan orijinli olup oksiput transvers durumlarda diğer rotasyon forsepslerine göre daha kolay tatbik edilir. Kliniğimizde miyadda 64 monitörize gebenin 28'inde Barton forseps kullanılmıştır. Bu gebelere fetal distres ve uzayan travay nedeni ile forseps uygulanmıştır. Aynı süreçte diğer 36 vakaya, yeterli forseps kondüsyonlarına sahip olmadıkları için Sezaryen seksiyo yapılmıştır. Bu makalede anneye ve bebeğe ait sonuçlar karşılaştırılmıştır.

SUMMARY:

Mid Pelvic Barton's Forceps Applications in the Second Stage of Labour Abnormalities, Maternal and Fetal Outcomes

Mid pelvic forceps application, which may be used as alternative method to Cesarian sectio if there is no absolute cephalo-pelvic disproportion (CPD), are associated with second stage of labour abnormalities.

Barton's forceps is American is orijin and appmied more easily than otherb at mid-pelvic occiput transverse positions. İn our clinic, this forceps was used on 28 of 64 monitored, term pregnant women, who had fetal distress and prolonged labour. Other 36 patients with inadequate forceps conditions, underwent Cesarian sectio at the same period. Maternal and fetal outcomes were compared in the article.

GİRİŞ.

Orta pelviste forseps kullanımı gerektiren endikasyonlar içerisinde fetal distres ve uzayan travay ön sıraları almaktadır (1,2,3). İntrapartum periyot da fetal distres ta-

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Yrd. Doç. Dr.

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Prof. Dr.

*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Doç. Dr.

**** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Araş. Görev. Dr.

nısı kardiyotokografik izleme ve skalp kan PH'sinin tespiti ile konur (4). Rölatif baş pelvis uyumsuzluklarına bağlı sefalik prezantasyon anomalileri ise uzayan travayın en belirgin nedenidir (1,5). Ayrıca sekonder ağrı zaafı, maternal kardiyak ve respiratuvar hastalıklarda da kondüsyonlar uygun ise forseps takılabilir (1,2,3,6).

Orta pelvis forseps uygulamalarında fetus başı 0 ile + 2 Hodge düzlemleri arasındadır. İnternal rotasyonunu tamamlamadığı için sütün sagittal genellikle transvers ya da transverse yakın oblik konumdadır. Bu durumda rotasyon forsepsleri takılır. Rotasyon forseps uygulaması potansiyel fetal ve maternal travma riski taşır. Gerekliğinde doğumun derhal Sezaryenle sonlandırılabilceği ve neonatal yoğun bakımın verilebileceği klinik şartlarında forseps tatbik edilmelidir (3,4). Anestezi ve analjezi mutlaka sağlanmalı, vakaya da Sezaryene gidilebileceği önceden söylenmelidir (4).

Bu araştırmanın amacı forsepslerin masum enstrümanlar olduğunu vurgulamak değildir. Ancak kondüsyonları uygun olan bazı vakaların iyi klinik değerlendirme ile Sezaryene gitmeden forsepsle doğurtulabileceklerinin hatırdta tutulmasını sağlamaktır.

MATERYAL VE METOD :

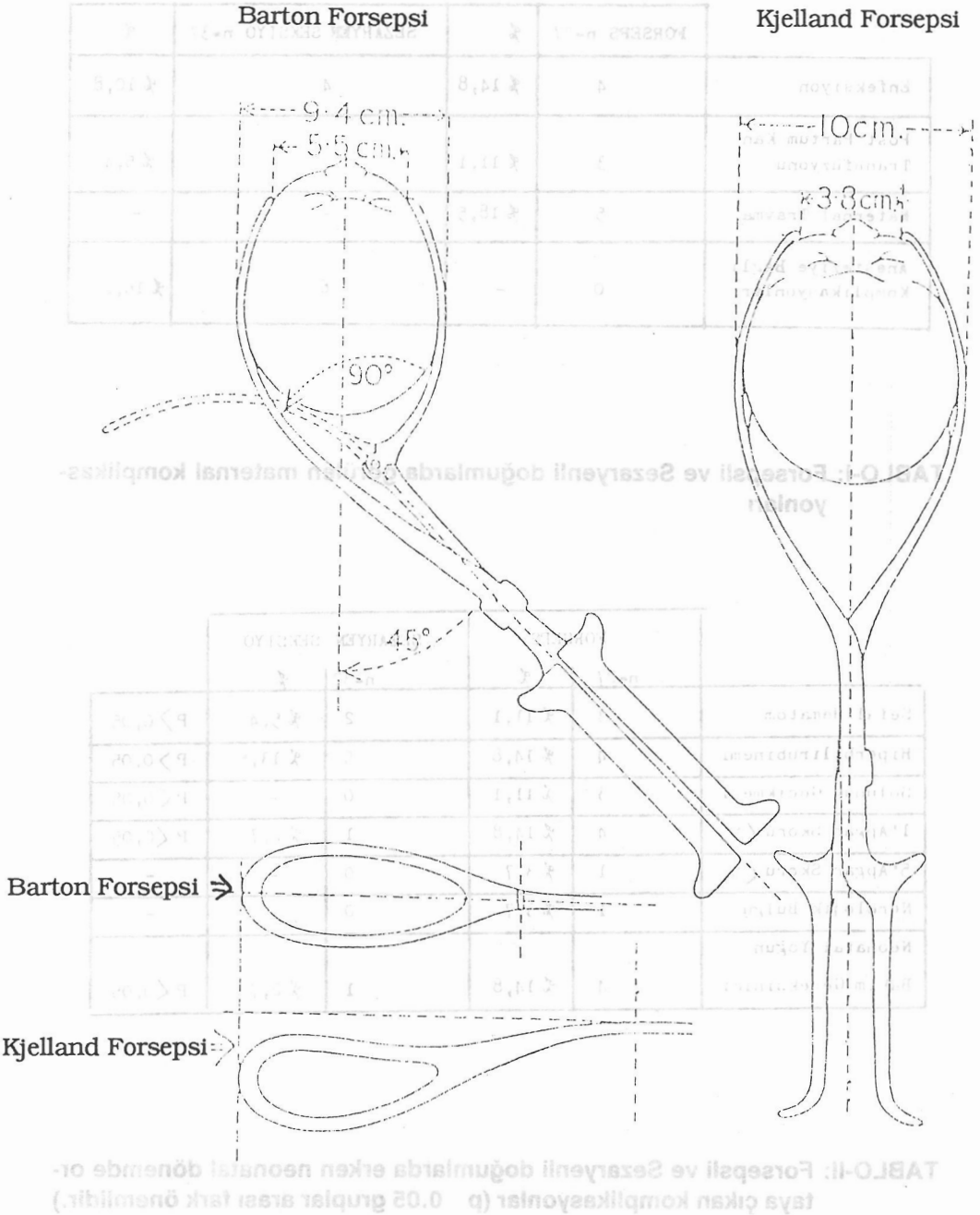
Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı doğum kliniğinde Aralık 1985-Haziran 1988 tarihleri arasında travayları kardiyotokograf ile izlenen 64 term gebede yapılmıştır. Kondüsyonları orta pelviste forseps uygulamasına elverişli duruma gelmiş, 7'si nullipar, 12'si primipar, 9'u da multipar 28 gebeden 20'sine fetal distres 8'ine de uzayan travay nedeni ile Barton forsepsi takılmıştır. Geri kalan çoğu fetal distresli 36 vakanın forseps kondüsyonları yeterli olmadığından gebelikleri Sezaryenle sonlandırılmıştır.

Forseps takılan bir vakanın vaginal yolla doğumu gerçekleştirilemediği için Sezaryenle doğurtulmuştur. Bu vaka Sezaryenle doğurtulan gruba eklenmiş ve forsepsli gruptan çıkartılmıştır. Forseps uygulamalarında kontrollü olarak %02'lik drip fenobarbital infüzyonu ve lokal perineal anestezi uygulanmış, sağ medio-lateral epizyotomi de yapılmıştır. Sezaryen vakalarında ise genel anestezi kullanılmıştır.

BULGULAR:

Fetal distresli bir nullipar gebede forseps tatbiki sonrası traksiyonla başın ilerlememesinden dolayı dezartikülasyonu takiben Sezaryen seksiyonu uygulanmış ve 1.dakika Apgar skoru 6 olan 3800 gr. ağırlığında erkek bebek doğurtulmuştur (Başarısız forseps %3.5). Diğer 27 forseps vakasında ise doğumlar vaginal yolla sonlandırılmıştır.

Forsepsle doğurtulan 27 gebenin 5'inde (%18.5) serviko vaginal laserasyon ve epizyotomi uzaması olmuştur. Bunların ikisi üçüncü derece perine laserasyonu olup, 3 vakaya ise post partum kan transfüzyonu gereği duyulmuştur (%11.1). Post partum dönemde epizyotomileri enfekte olan dört vaka da (%14.8) hospitalizasyon



	FORSEPS n=27	%	SEZARYEN SEKSIYO n=37	%
Enfeksiyon	4	% 14,8	4	% 10,8
Post Partum Kan Transfüzyonu	3	% 11,1	2	% 5,4
Maternal Travma	5	% 18,5	-	-
Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar	0	-	6	% 16,2

TABLO-I: Forsepsli ve Sezaryenli doğumlarda görülen maternal komplikasyonları

	FORSEPS		SEZARYEN SEKSIYO		
	n=27	%	n=37	%	
Sefal Hematom	3	% 11,1	2	% 5,4	$P > 0,05$
Hiperbilirubinemi	4	% 14,8	5	% 13,5	$P > 0,05$
Solumun Gecikmesi	3	% 11,1	0	-	$P < 0,05$
1' Apgar Skoru < 5	4	% 14,8	1	% 2,7	$P < 0,05$
5' Apgar Skoru < 5	1	% 3,7	0	-	-
Nörolojik Bulgu	1	% 3,7	0	-	-
Neonatal Yoğun Bakım Gereksinimi	4	% 14,8	1	% 2,7	$P < 0,05$

TABLO-II: Forsepsli ve Sezaryenli doğumlarda erken neonatal dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar ($p < 0.05$ gruplar arası fark önemlidir.)

süresinin uzaması dışında başka bir komplikasyonla karşılaşılmaştır.

Aynı süreçte Sezaryen seksiyoy ile gebelikleri sonlandırılan 37 vakanın üçünde post operatif kesi enfeksiyonu gelişmiş, bir hastada ise pelvik enfeksiyon ortaya çıkmış ve antibiyotik tedavisi görmüştür (%10.8). Sezaryenle doğurtulan 2 vakaya da kan transfüzyonu yapılmıştır (%5.4). Ayrıca Sezaryen seksiyoy uygulanan altı hasta entübasyona bağlı larenjit ve üst solunum yolları enfeksiyonu nedeni ile tedavi görmüştür (%16.2). TABLO-I.

Forsepsle doğurtulan bebeklerin üçünde solunum gecikmesi (%11.1), üçünde sefal hematom (%11.1), dört tanesinde hiperbilirubinemi (%14.8), yine dört bebekte 1.dakikada düşük Apgar skoru ve yoğun bakım gereksinimi görülmüştür (%14.8). Bir vakada ise konvülsiyonla karakterize nörolojik bulgu ve 5. dakikada 5'ten düşük Apgar skoru tesbit edilmiştir (%3.7).

Sezaryenle doğan bebeklerin ikisinde sefal hematom (%5.4), beşinde hiperbilirubinemi (%13.5), bir vakada yoğun bakım gereksinimi (%2.7), bir bebekte de 5'ten düşük 1.dakika Apgar skoru tesbit edilmiştir. Solunum gecikmesi ve nörolojik semptom Sezaryenle doğan grupta görülmemiştir. TABLO-II.

TARTIŞMA:

Obstetrikte yüksekte forseps uygulaması yerini Sezaryene bırakmıştır. Ancak orta pelviste forseps kullanımı tartışmalıdır. Rotasyon forsepsleri içerisinde en popüler olanı Kjelland forsepsidir. Barton forsepside rotasyon amacıyla kullanılır. Bu forsepsin bir kaşığı eklemlidir. Diğer sakral konkaviteye uyar. Eklemli kaşık her zaman ön pariyetal kemik üzerine kaydırma yöntemi ile tatbik edilir. Uygulaması daha kolaydır (3,6,7,8). Kjelland forsepsine göre kaşıklar arası mesafe dar olup, pelvik eğriliği de yoktur. Takıldıktan sonra kaşık uçları arasındaki uzaklık ise geniştir (ŞEKİL-I). Uygun kullanıldığında maternal ve fetal travma riskinin daha az olduğu söylenmektedir (7,9). Transvers duran başa Barton forseps takıldığında pelvis çıkım düzlemine kadar traksiyon, sonrada rotasyon yaptırılır. Rotasyon tamamlandığında pelvis çıkım eksenini ile forseps sapları arasında 45 derecelik açı oluşur. Buna uygun bir kuvvet bileşkesi ile rotasyon sonrası traksiyona devam edilir (6,7,9). Son yıllarda yakın intrapartum gözlemden dolayı Sezaryen oranının arttığı bilinmektedir. Cyr ve arkadaşları (10,11) 18 yıllık süreçte bu oranın %5'ten %19'a yükseldiğini belirtmişlerdir. Forseps tatbikatının travmatik olabileceği kabul edilmekle beraber forsepsler obstetrik dünyasının vazgeçilmez enstrümanlarıdır. Kullanılan farklı rotasyon forsepsleri arasında fetal ve maternal morbidite açısından fark saptanmadığı bildirilmektedir (2,12). Fetal ya da maternal travmanın bebek ağırlığı ve pelvik kapasite ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (1,13). Bazı yayınlarda ise bebek ağırlığının enstrümental doğuma bağlı neonatal komplikasyon sıklığını etkilemediği vurgulanmaktadır (14). Ancak son zamanlarda orta pelviste forseps kullanımına bağlı kabul edilebilir oranlarda neonatal ve maternal morbiditeden söz edilmektedir (2,4,12).

Maternal travmalar arasında serviko vajinal laserasyonlar ve epizyotomi uzamaları %15'lik oranla ilk sırayı almaktadır (1,2,14). Bunu %14'lük oranla post partum hemoraji izlemektedir. Vakaların yüzde beşine de kan transfüzyonları gerektiği bildirilmiştir (2). Parry-Jones (7,15) rotasyon forsepsi kullandıkları 233 vakanın dördünde veziko vajinal ve üetro vajinal fistül gibi büyük komplikasyonlarla karşılaşmışlardır. Barton forsepsi uyguladığımız 27 vakada maternal komplikasyon oranları literatürdekilere yakın değerdedir. Görülen maternal komplikasyonlar içerisinde iki vaka ile komplet perine laserasyonu en önemli yeri almıştır. Anında onarım yapılan her iki vakada daha sonra anal sfinkterle ilgili sorun çıkmamıştır.

Rotasyon forsepsli doğumlarda fetal morbidite oranlarını araştıran pediatrik Chiswick (5,14) Kjelland forsepsi kullanılarak doğurtulan bebeklerin %17'sinde gecikmiş solunum, %15'inde fetal doğum travması, %23'ünde apati veya irritabilite gibi anormal nörolojik bulgular saptadığını bildirmektedir. D.B. Healy (2) ise 552 vakalık serisinde %9 oranında fetal asfiksi, %7 sefal hematoma, %7 respiratuvar distres, %1,27 fetal mortalite tesbit etmiş ve Chiswick'in sonuçlarının mübalağalı olduğunu, karşılaştırmalı olmadığını belirtmiştir.

Çalışmamızda forsepsle doğurtulan bebeklerde solunum gecikmesi %11.1 olarak saptanmış, Sezaryenle doğanlarda solunum gecikmesi görülmemiştir. Yine forsepsle doğan bebeklerde %14.8 oranında düşük Apgar skoru belirlenmiş, bu oran Sezaryenle doğan bebeklerde %2.7 bulunmuştur. Neonatal yoğun bakım gereksinimi ise forsepsle doğan grupta %14.8, Sezaryenle doğan grupta %2.7 olarak tesbit edilmiştir. Her iki grubun karşılaştırılmasında forsepsle doğan bebeklerde solunum gecikmesi, yoğun bakım gereksinimi ve düşük Apgar skorunun önem kazandığı (p 0.05) açığa çıkmaktadır. TABLO-II.

Ne varki forsepsle doğurttuğumuz bebeklerde önem arzeden neonatal komplikasyonlar on gün içerisinde kaybolmuş, kalıcı morbidite ve mortalite görülmemiştir. Nitekim Chiswick (5,14) forsepsli doğum sonrası çeşitli komplikasyonlara sahip bebeklerde bir hafta içerisinde semptomların tamamen kaybolduğunu bildirmektedir. Nörolojik bulgu veren tek vakamızın ilk 24 saat içerisinde açığa çıkan konvülsiyonu bilgisayarlı tomografi ile tesbit edilen intra kraniyal hemorajiye bağlanmıştır. Bu bebeğin 8. aya kadar yapılan takiplerinde yeniden konvülsiyon geçirmediği ve motor-mental gelişiminin normal seyrettiği öğrenilmiştir. Forsepsle doğurtulan bebeklerin uzun vadede mental aktiviteleri ve zeka düzeyleri konusunda tartışmalar sürmektedir. Fuldner (16) serebral palsili 204 çocuktan çocuğun rotasyon forsepsi ile doğurtulmuş olduğunu söylerken, Barker (1) IQ düzeyleri 75'in altında bulunan 607 çocukta enstrümental doğumla zeka seviyesi arasında ilgi saptayamadığını bildirmektedir. Steer ve Boney de (17) enstrümental doğumun zeka seviyesini etkilemeyeceğini vurgulamışlardır.

Doğum hekimleri gebe takibinde hem anne hem de bebeği düşünmek zorundadırlar. Başarılı forseps uygulamalarında deneyim kadar vakanın klinik olarak iyi değerlendirilmesinin de rolü büyüktür. Forseps masum bir enstrüman değildir. Neden olduğu maternal morbidite Sezaryenle karşılaştırıldığında tartışılabilir. Zira Se-

zaryenin kendisi de başlı başına maternal morbidite sayılabilir. Forsepsin neden olduğu neonatal morbidite Sezaryene göre yüksek olmakla birlikte kullanılmasında çok çekimsiz davranılmamalıdır. Aksi takdirde gereği olmadan bir çok vaka Sezaryenle doğurtulmuş olur.

Klinik koşullar uygun ise forsepsle doğum denenebilir. Başarısız Kjelland forseps uygulanan 170 vakalık bir seride perinatal mortalite ve fetal kayıp bulunmadığı, forseps çıkarıldıktan sonra yapılan Sezaryenlerle doğurtulan bebeklerin Apgar skorlarında değişiklik olmayacağı bildirilmektedir (4,12). Forseps denemesinde aşırı kuvvet tatbikinden sakınılmalıdır. Ayrıca ağır fetal distresi bulunan vakalarda Sezaryenin fetus için forsepsden daha az stresli olacağı da göz önünde tutulmalıdır (4).

KAYNAKLAR:

- 1- Richardson DA., Evans KM., Cibils AL., Mid forceps delivery: A critical review Am. J. Obstet. Gynecol. 145:621-632, 1983
- 2- Healy DL., Quinn MA, Pepperel RJ., Rotational delivery of the fetus: Kielland's forceps and two other methods compared Br. J. Obstet. Gynaecol. 89: 501-506, 1982
- 3- Danforth ND., Dystocia Due to Abnormal fetopelvic relations In: Obstetrics and Gynecology (5 th.ed.) Danforth Nd., Scott JR. (ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Company 1986, p690-710.
- 4- Paintin DB. Mid cavity forceps delivery Br. J. Obstet. Gynaecol. 89:501-506, 1982
- 5- James KD., Chiswick LM. Kielland's forceps: role of antenatal factors in prediction of use Br. Med. J. 1:10-11, 1979.
- 6- Gürgüç A. Doğum Operasyonları Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 1984, Forceps p. 285.
- 7- Parry-Jones E. Barton's forceps its use in transverse position of the fetal head J. Obstet. Gyhaec. Brit. Cwelth. 75: 892-902, 1986.
- 8- Danforth ND. Operative Delivery In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment (4 th.ed.) Benson RC. (ed.) Los Altos California: Lange Medical Publications, 1982, p.909.
- 9- Douglas GR., Forceps In: Douglas Stromme Operative Obstetrics (4 th.ed.) Qulligan E.J., Zuspan PF.(ed.) New York: Appleton-Century-Crofts 1982, p. 437-576.
- 10- Dierker JL., Mortimer GR., Thompson K., Debanne S., Linn P. The Mid forceps: Maternal and Neonatal outcomes Am.J. Obstet. Gynecol. 152: 176-183, 1985.
- 11- Cyr RM., Usher RH., Mc Lean FH. Changing patterns of birth asphyxia trauma over 20 years am. J. Obstet. Gynecol. 148:490,1984.
- 12- Traub AJ., et al.: A continuing use for Kielland's forceps? Br. J. Obstet. Gynaecol. 91: 894-898, 1984.
- 13- Kirk RF., Keumholz BA., Callagan DA. The mid forceps operation prognosis based on pelvic capacity and fetal weight Obstet. Gynecol. 45: 447, 1980.
- 14- Chiswick LM., James KD. Kielland's forceps: association with neonatal morbidity and mortality Br. Med. J. 1: 7-9, 1979.
- 15- Charles AW., Burnhill SM. A method for eliminating difficult mid forceps rotations Am. J. Obstet. Gynecol. 106: 3-9, 1970.
- 16- Fuldner RV. Labor Complication and cerebral palsy Am. J. Obstet. Gynecol. 74: 159, 1957.
- 17- Steer CM., Boney W. Obstetric factors in cerebral palsy Am. J. Obstet. Gynecol. 83: 526, 1962.