

Bölüm 24

Umbilikal Kord Prolapsusunda Yönetim

Dilek UYSAL¹



- Umbilikal kord prolapsusu (UKP) travayın devamını zora sokan ve nadir oluşan bir obstetrik acildir.
- İnsidansı 1/162 ile 1/714 aralığındadır.
- Nadir oluşmasına karşın, oluştuğunda maternal ve fetal morbidite ile mortalitede artışa neden olmaktadır.
- Hızlı tanı ile uygun tedavi bu oranları düşürmektedir.
- Gizli UKP ve aşikar UKP olmak üzere iki tipi vardır.
- En sık görülen tip olan aşikar UKP’de umbilikal kord fetüsün prezente olan kısmının önüne geçmiştir. Bazı vakalarda servikal kanal, vajina ve ötesine uzanır.
- Gizli UKP’de ise kordon mevcut kısım boyunca kayar, ancak prezente olan kısmın önüne geçmemiştir.

Risk Faktörleri

Maternal

- Pelvik deformiteler
- Uterin malformasyonlar
- Multiparite

Fetal

- Prematürite
- Düşük doğum ağırlığı(2500 gr altı)
- Çoğul gebelikler
- Dış fetal anomaliler
- Polihidramniyoz
- Uzun göbek kordonu
- Malprezentasyonlar (makat, oblik ve transvers)

İatrojenik

- İatrojenik faktörler vakaların %50’sini oluşturur.
- Prezente olan kısım angaje olmadan iatrojenik amniyotomi
- Balon kateterle servikal olgunlaşma denenmesi
- Doğum indüksiyonu
- İntrauterin basınç kateteri uygulaması
- Fetal skalp elektrod uygulaması
- Amniyoinfüzyon, amniyoredüksiyon
- Fetal başa elle rotasyon yaptırılması
- Forseps veya vakum uygulamaları

¹ İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Kord Prolapsusunun Öngörülmesi

- UKP'ye sebep olan risk faktörleri iyi bilinmesine rağmen, çoğunlukla prolapsusun öngörülmesi mümkün olmamaktadır.
- Kordon prolapsusunun saptanması için ultrason muayenesinin duyarlılığı ve özgüllüğü belirsizdir. Bu nedenle tüm gebe kadınların ultrasonografi ile UKP açısından taranması uygun gözükmemektedir.
- Öngöründe en önemli nokta risk faktörü taşıyan kadınların bilinmesidir.
- Bu gebelerde risk faktörleri değiştirilemez ancak yüksek risk altındaki hastaların farkındalığı, prolapsus meydana geldiğinde hızlı tanıya yardımcı olabilir.
- Bu gebelerde doğum öncesi ultrasonografi ile umbilikal kord yerleşimi kontrol edilebilir.
- Risk faktörü taşıyan gebelerde veya spontan membran rüptürü sonrası fetal bradikardi saptanan kadınlarda kordon sarkması vajinal muayene ile dışlanmalıdır.
- Bu kadınlarda antepartum ünitelerde aralıklı fetal kalp hızı izlemi gerçekleştirilmelidir.
- Risk faktörü taşıyan gebelerde kord prolapsusunun belirti ve semptomları hakkında danışmanlık verilmelidir.
- Kord prolapsusu açısından yüksek risk taşıyan gebelerin 37+0 gebelik haftasından sonra planlı hastaneye yatırımları tartışılan bir konudur.

Kord Prolapsusunun Önlenmesi

- Kordon sarkması riski taşıyan hastalarda gereksiz obstetrik müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- Ancak önlenemez UKP vakalarında bu müdahaleler endikedir.
- Amniyotomi zamanlamasına dikkat edilmeli mümkünse fetal prezente olan kısmın angajmanı olduktan sonra yapılmalıdır.
- Fetal prezente kısım angaje değilse ve amniyotomi endikasyonu mevcut ise spinal iğne ile kontrollü amniyotomi ve aynı anda fundal basınç uygulaması prolaps riskini azaltabilir.
- Risk taşıyan gebelerde kontrollü amniyotomi uygulamaları acil sezaryen şartlarını karşılayan ameliyathane gibi ortamlarda denenmelidir.

KAYNAKLAR

- *Behbehani S, Patenaude V, Abenhaim HA. Maternal Risk Factors and Outcomes of Umbilical Cord Prolapse: A Population-Based Study. J Obstet Gynaecol Can 2016; 38:23.
- *Gabbay-Benziv R, Maman M, Wiznitzer A, et al. Umbilical cord prolapse during delivery - risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27:14.
- *Gannard-Pechin E, Ramanah R, Cossa S, et al. [Umbilical cord prolapse: a case study over 23 years]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2012; 41:574.
- *Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. Am J Perinatol 1999;16:479-484.
- *Murphy DJ, MacKenzie IZ. The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. Br J Obstet Gynaecol 1995;102: 826-830.
- *Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. J Reprod Med 1990;35:690-692.