

BÖLÜM 12

MAKAT DOĞUM YÖNETİMİ

Melda KUYUCU¹

Giriş

Makat prezentasyon fetal kalça veya alt ekstremitelerin fetal baştan önce maternal pelvisse girmesi olarak tanımlanır. Term gebeliklerin yaklaşık %3-4 kadarında görülmektedir ve en sık rastlanan malprezentasyondur (1).

Sefalik prezentasyona kıyasla artmış perinatal morbidite (doğum travması ve hipoksi ile ilişkili) ve mortalite ile ilişkilidir. Çoğu makat prezentasyona sahip olan fetus için sezaryan doğumun perinatal mortalite, neonatal morbidite ve mortalitede azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (2). Günümüzde persiste makat prezentasyonlar için önerilen doğum şekli sezaryan olmaya başlamıştır (3, 4).

İnsidans

Makat prezentasyonun görülme sıklığı gestasyonel haftanın artması ile birlikte azalır. 28 gestasyonel haftadan önce görülme sıklığı %20 ile 25 iken, 32. gestasyonel haftada bu oran %7-16 arasındadır. Term gebeliklerin ise yaklaşık olarak %3-4'ünde makat prezentasyon izlenir (5, 6).

Makat prezentasyon tipleri

Makat prezentasyon üç tip olabilir.

Saf makat geliş: Her iki kalça fleksiyonda, her iki diz ise fetal başın yanında ve ekstansiyondadır. Term fetuslerde en sık görülen tiptir (%50-70). Kordon komplikasyonları nadir (%0, 5) olarak görülür (7).

Tam makat geliş: Hem kalça hem de her iki diz fleksiyondadır. En nadir görülen tiptir. Term fetuslerdeki sıklığı %5-10 olarak bildirilmiştir. Kordon prolapsusu riski biraz daha fazladır (%4-6).

Tam olmayan makat geliş: Bir veya her iki kalça tamamen fleksiyonda değildir. Bunun sonucu olarak bir veya her iki ayak kalça seviyesinin altında uzanır. İkinci sıklıkta görülen tiptir. Term fetuslerdeki sıklığı %10-40'tır. Preterm ve düşük doğum ağırlıklı fetuslerde en sık rastlanan tiptir ve kordon prolapsusu riski fazladır (%15-18) (1, 7).

Patogenezi

Termden uzak dönemde, intrauterin hacmin yeterli olması nedeniyle fetus rahatça uterus içinde hareket ederek makat ve sefalik prezentasyon

¹ Uzm. Dr. Melda KUYUCU, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı, Perinatoloji yan dal asistanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, melda_kuyucu@hotmail.com



izin verecek şekilde yapılmalıdır. Çoğu term ve terme yakın gebelerde alt segment transvers insizyonu yeterlidir. Ancak preterm gebelerde alt segment transvers kesi fetusun kolaylıkla doğurtulması için yeterli olmayabilir, bu nedenle uterin relaksanlar ile uterusun gevşetilmesi veya vertikal bir insizyon ile fetusun doğurtulması denenebilir.

Preterm fetusun doğumu

Önerilen doğum şekli sezaryan olmalıdır. Preterm fetuslarda fetal baş çevresinin karın çevresine oranla daha büyük olması neticesinde doğum sırasında fetal başın serviksten geçerken takılma ihtimali daha yüksektir. Bu durum da doğum travması ve kord basısına bağlı akut asfiksi ile ilişkilidir (29, 30).

Sezaryan ile doğum önerilmesine rağmen, vajinal doğum deneniyeorsa membranlar sağlam bırakılmalıdır. İntakt membranlar hem servikal açılma ve silinmeyi kolaylaştırır hem de fetal baş serviksten geçerken travmatize olmasını önler (31).

Sonuç

Doğum şeklinden bağımsız olarak makat doğumlar verteks doğumlara göre artmış perinatal morbidite ve mortalite riski ile beraberdir. Ancak vajinal makat doğumlarda bu risk daha fazladır. Doğum şekli kararı verilirken hastaya her iki doğum şeklinin olası riskleri ve komplikasyonları hakkında detaylı bilgilendirme yapılmalı, hastanın isteğinin yanı sıra operatörün deneyimi ve makat doğum manevraları ile ilgili bilgilerine göre karar verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gray CJ, Shanahan MM. Breech Presentation. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
3. Morton R, Burton AE, Kumar P, Hyett JA, Phipps H, McGeehan K, et al. Cesarean delivery: Trend in indications over three decades within a major city hospital network. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):909-16.
4. Hehir MP. Trends in vaginal breech delivery. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(12):1237-9.
5. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Darling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166(3):851-2.
6. Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. *Am J Obstet Gynecol*. 1976;125(2):269-70.
7. Jennewein L, Allert R, Möllmann CJ, Paul B, Kielland-Kaisen U, Raimann FJ, et al. The influence of the fetal leg position on the outcome in vaginally intended deliveries out of breech presentation at term - A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225546.
8. Walker S, Breslin E, Scamell M, Parker P. Effectiveness of vaginal breech birth training strategies: An integrative review of the literature. *Birth*. 2017;44(2):101-9.
9. Albrechtsen S, Rasmussen S, Dalaker K, Irgens LM. Reproductive career after breech presentation: subsequent pregnancy rates, interpregnancy interval, and recurrence. *Obstet Gynecol*. 1998;92(3):345-50.
10. Ferreira JC, Borowski D, Czuba B, Cnota W, Wloch A, Sadowski K, et al. The evolution of fetal presentation during pregnancy: a retrospective, descriptive cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(6):660-3.
11. ACOG Committee Opinion No. 745: Mode of Term Singleton Breech Delivery. *Obstet Gynecol*. 2018;132(2):e60-e3.
12. Grootscholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):1143-51.
13. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(4):Cd000083.
14. Impey L, Murphy D, Griffiths M, Penna L, Adamson K, Akaba G, et al. Management of breech presentation. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*. 2017;124(7):E152-E77.
15. Rosman AN, Guijt A, Vlemmix F, Rijnders M, Mol BW, Kok M. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(2):137-42.
16. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, Van Der Post JA, Mol BW. Ultrasound factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33(1):76-84.
17. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Management of Breech Presentation: A Comparison of Four National Evidence-Based Guidelines. *Am J Perinatol*. 2020;37(11):1102-9.
18. Su M, McLeod L, Ross S, Willan A, Hannah WJ, Hutton E, et al. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*.



- 2003;189(3):740-5.
19. Bingham P, Lilford RJ. Management of the selected term breech presentation: assessment of the risks of selected vaginal delivery versus cesarean section for all cases. *Obstet Gynecol.* 1987;69(6):965-78.
 20. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. Vaginal delivery of breech presentation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(6):557-66.
 21. Uygur D, Kiş S, Tuncer R, Özcan FS, Erkaya S. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78(2):127-30.
 22. Vlemmix F, Bergenhenegouwen L, Schaaf JM, Ensing S, Rosman AN, Ravelli AC, et al. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(9):888-96.
 23. Sultan P, Murphy C, Halpern S, Carvalho B. The effect of low concentrations versus high concentrations of local anesthetics for labour analgesia on obstetric and anesthetic outcomes: a meta-analysis. *Can J Anaesth.* 2013;60(9):840-54.
 24. Heres MH, Pel M, Elferink-Stinkens PM, Van Hemel OJ, Treffers PE. The Dutch obstetric intervention study--variations in practice patterns. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995;50(2):145-50.
 25. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics, 24e*: Mcgraw-hill; 2014.
 26. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Breech Delivery. *Williams obstetrics, 24e.* (pp. 563-569). Mcgraw-hill; 2014.
 27. Iffy L, Apuzzio JJ, Cohen-Addad N, Zwolska-Demczuk B, Francis-Lane M, Olenczak J. Abdominal rescue after entrapment of the aftercoming head. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;154(3):623-4.
 28. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(7):Cd000166.
 29. Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. Vaginal vs. cesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. *J Reprod Med.* 2007;52(6):473-9.
 30. Kayem G, Baumann R, Goffinet F, El Abiad S, Ville Y, Cabrol D, et al. Early preterm breech delivery: is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death? *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(3):289. e1-6.
 31. Richmond JR, Morin L, Benjamin A. Extremely preterm vaginal breech delivery en caul. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):1025-30.