

BÖLÜM 12

SEZARYEN DOĞUMDA CERRAHİ TEKNİKLER

Mert TALAY¹
Eralp BULUTLAR²

1. BATINA GİRİŞ:

1.1. Cilt İnsizyonları:

Genellikle bir çok hasta için, transvers cilt insizyonu tercih edilir¹⁻³. Bu kesi, vertikal kesiye oranla daha iyi kozmetik sonuç alınması ve daha az postoperatif ağrı oluşumu nedeniyle tercih edilmektedir. Ayrıca daha az fıtık oluşumu ile de ilişkilendirilmiştir. Nadiren kullanılan vertikal orta hat kesisi, daha çok enine insizyonun yeterli görüş alanı sağlamadığı ve hastanın kanama diyatezi öyküsü varlığında deri altı veya subfasyal hematoma oluşma riskinde tercih edilmektedir.

1.1.1. Enine İnsizyonlar:

Sezaryen doğum için iki yaygın enine insizyon vardır ; Pfannenstiel tipi ve Joel-Cohen tipi insizyonlardır.

Pfannenstiel cilt insizyonu, genellikle pubisin 3-4 cm üstünden ve uzunluğu yaklaşık olarak 10-12 cm olacak şekilde yapılır. İnsizyonun orta kısmı kasık kıllarının temizlenmiş alanı içinde olacak şekilde, simfizis pubisin 2 cm üzerinde hafifçe kavilidir.

Joel-Cohen tipi kesi düzdür, anterior superi-

or iliak çıkıntılarının yaklaşık 3 cm altındadır⁴. Joel-Cohen insizyonu, geleneksel olarak yapılan Pfannenstiel insizyonundan daha fazla künt diseksiyona dayanır. Joel-Cohen insizyonu, Pfannenstiel insizyonuna kıyasla daha düşük ateş, hastanede kalış süresinde azalma, ameliyat sonrası ağrı ve kan kaybı daha düşük oranda gözlenmiştir.⁵⁻⁷ Ayrıca operasyon süresi ve analjezi kullanımı da daha azdır. 153 kadınla yapılan bir çalışmada Joel-Cohen grubunda yataktan kalkma, desteksiz yürüme ve bağırsak seslerinin yeniden ortaya çıkması için gereken süre Pfannenstiel grubuna göre daha kısa bulunmuştur.

Bununla birlikte, birçok cerrah, kısmen karın üzerinde biraz daha alt seviyede olduğu ve bu nedenle daha az olumsuz kozmetik görünüme sahip olduğu için Pfannenstiel kesisini tercih etmeye devam etmektedir.

1.1.2. Dikey İnsizyon:

Enine insizyonlarla karşılaştırıldığında, dikey orta hat insizyon genellikle daha hızlı karın girişine izin verir, daha az kanamaya ve yüzeysel sinir hasarına neden olur ve erişim için daha fazla alan gerektiğinde kolayca sefale uzatı-

¹ Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü mert.talay@hotmail.com

² Op. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü eralpbulutlar@hotmail.com

- Fasyal kesi keskin veya künt olarak uzatılabilir.
- Maylard tekniğini kullanmak yerine rektus kaslarını sağlam bırakıyoruz. Bu, kısa vadede karın kas gücünü artırır.
- Bağırsak, mesane veya alttaki yüzeye yapışık olabilecek diğer organlarda kasıtsız yaranma riskini en aza indirmek için peritonu künt olarak açmak için parmakları kullanırız.
- Histerotomi için çoğu kadın için düşük dikey insizyon yerine düşük transvers bir insizyon öneriyoruz. Düşük enine insizyon, kan kaybında azalma, mesane diseksiyonu ihtiyacında azalma ve daha sonraki gebeliklerde rüptür riskinde azalma ile ilişkilidir. Bununla birlikte, kötü gelişmiş alt uterin segment veya alt uterin segment patolojisi gibi bazı durumlarda düşük dikey histerotomi tercih edilir. Aynı zamanda, çok büyük bir fetüsün (örneğin, anormal, aşırı makrozomi) doğumunda, transvers bir insizyonun uterus damarlarına uzanma riskinin yüksek olduğu veya fetüsü çıkarmak için bir T veya J uzantısının gerekli olabileceği durumlarda tercih edilir.
- Histerotomi insizyonunda keskin genişleme yerine künt öneriyoruz. Künt genişleme hızlıdır ve fetüs için daha az kaza sonucu travma riski taşır ve kan kaybını ve insizyonun uzamasını azaltabilir.
- Plasentanın manuel değil spontan çıkarılmasını öneriyoruz. Spontan ekstraksiyon, daha düşük endometrit ve kanama oranları ile ilişkilidir.
- Uterusun dışlanması veya dışlanmaması kabul edilebilir yaklaşımlardır. Seçim, kişisel tercihe ve klinik duruma bağlıdır.
- Önceki sezaryen doğumundan sonra doğum denemesini düşünen kadınlar için, tek kat kapama yerine iki kat uterus kapama öneriyoruz. Tek katmanlı bir kapatma gerçekleştirilirse, kilitsiz bir kapatma öneririz
- Viserel veya parietal peritonu kapatmamanızı öneririz. Kapatılmaması zaman kazandırır ve ikna edici bir zarar kanıtı yoktur (artan yapışma oluşumu).
- Deri altı doku derinliği ≥ 2 cm olan kadınlar için deri altı doku tabakasının dikişlerle kapatılmasını öneriyoruz. Kapatma, sonraki yara bozulması riskini azaltır.
- Standart antibiyotik profilaksisi almış kadınlarda, abdominal irrigasyon muhtemelen maternal enfeksiyon morbiditesini daha fazla azaltmaz. Yara yeri yıkamanın da faydalı olması olası değildir.
- Derinin subkütiküler sütür ile yeniden yaklaştırılmasını öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. Kahverengi SR, Goodfellow PB. Karın cerrahisi için enine ayetler orta hat kesileri. Cochrane Veritabanı Syst Rev 2005; :CD005199.
2. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, et al. Sezaryen doğum için kanıta dayalı cerrahi: güncellenmiş bir sistematik derleme. Ben J Obstet Gynecol 2013; 209:294.
3. Mathai M, Hofmeyr GJ. Sezaryen için abdominal cerrahi kesiler. Cochrane Veritabanı Syst Rev 2007; :CD004453.
4. Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Sezaryen için teknikler. J Obstet Gynecol Am 2009; 201:431.
5. Gizzo S, Andrisani A, Noventa M, et al. Sezaryen: Farklı transvers abdominal kesi teknikleri doğum sonrası ağrıyı ve sonraki yaşam kalitesini etkileyebilir mi? Sistematik bir inceleme. PLoS Bir 2015; 10:e0114190.
6. Wylie BJ, Gilbert S, Landon MB, et al. Acil sezaryen doğum için enine ve dikey cilt insizyonu karşılaştırması. Obstet Gynecol 2010; 115:1134.
7. Aird LN, Kahverengi CJ. Cerrahi cilt insizyonları için elektrokoter ve neşterin sistematik incelemesi ve meta-analizi. Ben J Surg 2012; 204:216.
8. Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. Sezaryen için Misgav Ladach yöntemi: yöntem açıklaması. Açta Obstet Gynecol Scand 1999; 78:615.
9. Ahmad NZ, Ahmed A. Karın derisi insizyonlarının yapılmasında cerrahi neşter veya diaterminin etkinliğinin meta-analizi. Ann Surg 2011;
10. Elbohoty AE, Gomaa MF, Abdelaleim M, et al. Tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda transvers abdominal insizyonda diatermiye karşı neşter: Randomize kontrollü bir çalışma. J Obstet Gynaecol Res 2015; 41:1541.

11. Hasselgren PO, Hagberg E, Malmer H, et al. Cerrahi kesi için iki bıçak yerine bir bıçak. Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu riskini artırır mı? Arch Surg 1984; 119:917.
12. Wallin G, Fall O. Sezaryen doğum için modifiye Joel-Cohen tekniği. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:221.
13. Aabakke AJ, Hare KJ, Krebs L, Secher NJ. Sezaryen doğumda künt fasyal kesi ile karşılaştırıldığında keskin: her vakanın kendi kontrolü olduğu randomize kontrollü bir çalışma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014; 172:40.
14. Berthet J, Peresse JF, Rosier P, Racinet C. [Jinekolojik ve obstetrik cerrahide Pfannenstiel insizyonu ve transvers abdominal insizyonun karşılaştırmalı çalışması]. Pres Med 1989; 18:1431.
15. Giacalone PL, Daures JP, Vignal J, et al. Sezaryen doğum için Pfannenstiel'e karşı Maylard insizyonu: Randomize kontrollü bir çalışma. Obstet Gynecol 2002; 99:745.
16. Ayers JW, Morley GW. Sezaryen için cerrahi kesi. Obstet Gynecol 1987; 70:706.
17. Wood RM, Simon H, Öz AU. Pelosi tipi ve geleneksel sezaryen doğum. İleriye dönük bir karşılaştırma. J Reprod Med 1999; 44:788.
18. Kadir RA, Khan A, Wilcock F, Chapman L. Alt segment sezaryen için Pfannenstiel insizyonu sırasında rektus kılıfının alt diseksiyonu gerekli midir? Randomize kontrollü bir çalışma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 128:262.
19. CORONIS İşbirliği Grubu, Abalos E, Addo V, et al. Sezaryen cerrahi teknikleri (CORONIS): fraksiyonel, faktöriyel, maskesiz, randomize kontrollü bir çalışma. Lancet 2013; 382:234.
20. Tappauf C, Schest E, Reif P, et al. Ekstraperitoneal ve transperitoneal sezaryen: cerrahi morbiditenin prospektif randomize karşılaştırması. Ben J Obstet Gynecol 2013; 209:338.e1.
21. Hibbard LT. Ekstraperitoneal sezaryen. Clin Obstet Gynecol 1985; 28:711.
22. Kroon N, Reginald PW. Sezaryen doğumda parietal periton kapanması yeniden gözden geçirildi. J Obstet Gynaecol 2007; 27:159.
23. O'Neill HA, Egan G, Walsh CA, et al. Sezaryen doğumunda mesane flebinin çıkarılması, morbiditeyi artırmadan doğum süresini kısaltır: randomize kontrollü çalışmaların bir meta-analizi. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014; 174:20.
24. Luthra G, Gawade P, Starikov R, Markenson G. Erken sezaryen doğumlarda transvers ve dikey insizyonlarda uterus insizyon-doğum aralığı ve perinatal sonuçlar. J Matern Fetal Neonatal Med 2013; 26:1788.
25. Schutterman EB, Grimes DA. Makat bebeklerin sezaryen doğumunda düşük enine ve düşük dikey uterin insizyonun karşılaştırmalı güvenliği. Obstet Gynecol 1983; 61:593.
26. Rashid M, Rashid M. Bir bebeğin sezaryen sırasında vajinal bir kesi (bir laparolyotomi) yoluyla kazara doğumu. BMJ Dava Temsilcisi 2010; 2010.
27. Porter S, Paterson-Brown S. İstenmeyen laparolyotomiden kaçınmak. BJOG 2003; 110:91.
28. Pereira N, Rasner JN, Brannon RK, Yeşil MA. Sezaryenle doğum sırasında yanlışlıkla vajinal giriş: iki olgu sunumu. J Reprod Med 2014; 59:429.
29. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, et al. Daha önce alt uterin segment dikey ve enine insizyonları olan hastalarda intrapartum uterin rüptüre ve ayrılma. Obstet Gynecol 1999; 94:735.
30. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L, et al. Sezaryenle doğumda uterin insizyonun keskin genişlemesine karşı künt kaynaklı intraoperatif kanama: randomize bir klinik çalışma. BJOG 2002; 109:448.
31. Andersen HF, Auster GH, Marx GF, Merkatz IR. Sezaryen doğumda kesi aralıkları, obstetrik faktörler ve anestezi ile ilgili yenidoğan durumu. J Perinatol 1987; 4:279.
32. Bader AM, Datta S, Arthur GR, et al. Elektif sezaryen sırasında maternal ve fetal katekolaminler ve uterus insizyon-doğum aralığı. Obstet Gynecol 1990; 75:600.
33. Gordon A, McKechnie EJ, Jeffery H. Pediatrik sezaryen doğumu: haklı mı haksız mı? Ben J Obstet Gynecol 2005; 193:599.
34. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Anneler ve sağlıklı yeni doğan bebekleri için erken ten tene temas. Cochrane Veritabanı Syst Rev 2016; 11:CD003519.
35. Leavitt BG, Huff DL, Bell LA, Thurnau GR. Sezaryen doğumunda fetal kanın plasental drenajı ve fetomaternal transfüzyon: randomize kontrollü bir çalışma. Obstet Gynecol 2007; 110:608.
36. Anorlu RI, Maholwana B, Hofmeyr GJ. Plasentayı sezaryen ile doğurma yöntemleri. Cochrane Veritabanı Syst Rev 2008; :CD004737.
37. Atkinson MW, Owen J, Wren A, Hauth JC. Plasentanın elle çıkarılmasının sezaryen sonrası endometrit üzerindeki etkisi. Obstet Gynecol 1996; 87:99.
38. Narice BF, Almeida JR, Farrell T, Madhuvrata P. Sezaryen sırasında eldiven değiştirmenin postoperatif enfektif komplikasyonlar üzerindeki etkisi: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz. Acta Obstet Gynecol Scand 2021; 100:1581.
39. Saccone G, Caissutti C, Ciardulli A, Berghella V. Sezaryen doğumda doğum sonu kanamayı önlemek için rahim masajı: Hangi kanıt? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2018; 223:64.
40. Stafford MK, Pitman MC, Nanthakumaran N, Smith JR. Kör uçlu iğnelere karşı keskin uçlu iğnelere: yara morbiditesi. J Obstet Gynaecol 1998; 18:18.
41. Parantainen A, Verbeek JH, Lavoie MC, Pahwa M. Cerrahi personelde perkütan maruz kalma olaylarını önlemek için keskin dikiş iğnelerine karşı künt. Cochrane Veritabanı Syst Rev 2011; :CD009170.
42. Alessandri F, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Laparoskopik miyomektomide intrakorporeal düğümlü sürekli sütüre karşı tek yönlü dikenli sütür: randomize bir çalışma. J Minim İnvaziv Gynecol 2010; 17:725.

43. Greenberg JA, Einarsson JI. Laparoskopik myomektomi ve total laparoskopik histerektomide çift yönlü dikenli sütür kullanımı. *J Minim İnvaziv Gynecol* 2008; 15:621.
44. Naumann RW, Hauth JC, Owen J, et al. Obez kadınlarda sezaryen doğum sonrası yara bozulmasına bağlı olarak deri altı doku yaklaşımı. *Obstet Gynecol* 1995; 85:412.
45. Eke AC, Shukr GH, Chaalan TT, et al. Sezaryen doğumda karın içi salin irrigasyonu: sistematik bir derleme ve meta-analiz. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29:1588.
46. Güngördük K, Asicioğlu O, Çelikkol O, et al. Tuzlu su ile irrigasyon sezaryen doğumda yara enfeksiyonunu azaltır mı? *J Obstet Gynaecol* 2010; 30:662.
47. Zhang P, Sun Y, Zhang C, et al. Sezaryen skar endometriozisi: 198 vaka sunumu ve literatür taraması. *BMC Kadın Sağlığı* 2019; 19:14.
48. Edwards RK, Ingersoll M, Gerkin RD, et al. Birincil sezaryen doğumunda karboksimetilselüloz yapışma bariyeri yerleşimi ve tekrar sezaryen doğumunda sonuçlar. *Obstet Gynecol* 2014; 123:923.
49. Cheong YC, Premkumar G, Metwally M, et al. Kapatmak ya da kapatmamak? Sezaryen sonrası peritoneal kapanmama ve yapışıklık oluşumunun sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 147:3.
50. Shi Z, Ma L, Yang Y, et al. Önceki sezaryen sonrası adezyon oluşumu-bir meta-analiz ve sistematik derleme. *BJOG* 2011; 118:410.
51. Lyell DJ, Caughey AB, Hu E, et al. Sezaryen doğum ve karın içi yapışıklıklarda rektus kası ve visseral periton kapanması. *Ben J Obstet Gynecol* 2012; 206:515.e1.
52. CAESAR çalışma işbirlikçi grubu. Sezaryen cerrahi teknikleri: randomize faktöriyel bir çalışma (CAESAR). *BJOG* 2010; 117:1366.
53. Koide S, Smoll NR, Liew J, et al. Seçmeli plastik cerrahide dikenli dermal sütürlere karşı düz sütürlerin randomize 'N-of-1' tek kör klinik denemesi, ameliyattan iki yıl sonra skar görünümünde farklılıklar gösterir. *J Plast Reconstr Esthet Surg* 2015; 68:1003.
54. Şah AP. TKA Yara Kapatmada Dügümsüz Dikenli Sütürün Avantajı Var mı? Eşzamanlı İkili TDA'larda Rastgele Bir Deneme. *Clin Orthop Relat Res* 2015; 473:2019.
55. Wijetunge S, Hill R, Katie Morris R, Hodgetts Morton V. Sezaryen sonrası kadınlarda cerrahi alan enfeksiyonunun önlenmesi için gelişmiş pansumanlar: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021; 267:226.