

BÖLÜM 7

YENİDOĞANLARDA DOĞUM TRAVMALARI

Yüksel Hakan AYDOĞMUŞ¹

GİRİŞ

Doğum eylemi esnasında, fiziksel güce bağlı yenidoğanın yaralanmasına doğum travması denir.

Hem forseps hem de vakum yardımcı doğumlarda son 30 yılda azalma olmuş, doğum travmalarının görülme sıklığı 2004 yılında bin canlı doğumda 2.6 iken 2012 yılında 1.9 a gerilemiştir (1).

Doğum travmalarında predispozan faktörler; makrozomi, baş-pelvis uygun-suzluğu, çok düşük doğum ağırlığı ve prematürite, fetal konjenital anomaliler ve bebeğin anormal prezentasyonudur (alın, yüz, omuz, makat). Anneye bağlı faktörler ise maternal obezite, maternal diyabet, uzamış veya hızlı doğum eylemi, çoğul gebelikler, vakum-forseps uygulaması ve zor fetal ekstraksiyondur (omuz distosisi) (2).

DOĞUM TRAVMALARI

Doğum travmalarında sıklıkla baş, boyun ve omuz bölgesi hasar görmektedir. Yüz, karın ve alt ekstremiteler de nadir etkilenen lokasyonlardır.

Yumuşak doku travmaları sıklıkla vajinal yolla doğum eylemine bağlı olmaktadır. Eritem ve abrazyonlar (sıyrıklar) çoğunlukla yüzeysel lezyonlardır. Abrazyon, sezaryan yolla doğuma bağlı sıklıkla baş bölgesinde görülmektedir. Çok derin olmadıkça temiz tutulması yeterli olup, birkaç gün içinde düzelirler. Peteşiler, tüm vücutta görülebilir fakat sıklıkla baş, boyun, göğüs ve sırtta yaygın görülür. Hemorajik hastalıklar mutlaka ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Ekimoz, prematürelde daha sık görülür. Ekimoza bağlı anemi ve sonrasında hiperbilirubinemi gelişebilir. Doğum travmasına bağlı mekanik bası sonucu derialtı yağ nekrozu görülebilir. Kutanöz doku ve subkutanöz dokuyu tutan keskin kenarlı, sert lezyonlardır ve bu lezyonlar kalsifiye olabilirler.

¹ Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, drhakanay@gmail.com,

Doğum eylemine bağlı baş travmalarında sıklıkla kaput suksadenuma ve sefal hematoma rastlanmaktadır. Saçlı derinin yumuşak dokusunun ödemi ve kanamasına kaput suksadenum denir. Süturleri ve orta hattı geçer. Parietal ve oksipital bölgede sıklıkla görülür. Vakaların büyük bir kısmı 1-2 haftada kendiliğinden iyileşir, aşırı kanama olan olgularda hiperbilirubinemi gelişebilir. Tedavi gerekmez. Sefal hematoma ise subperiosteal kanamadır. Sefal hematoma vakum ve forseps kullanılan doğumlarda sıklıkla görülebilmekle beraber bu doğumların 100 de 2.5 unda sefal hematoma görülmektedir (3). Genelde parietal bölgede olur ve süturleri geçmez. Lineer kemik kırıkları nadiren de olsa eşlik edebilir. Genellikle 2-3 ayda kendiliğinden rezorbe olurlar. Ağır hematomlarda hiperbilirubinemi, anemi ve şok görülebilir. Bakteriyel enfeksiyonlar ve osteomyelit nadir komplikasyonlar arasındadır. Kanama diyatezi açısından dikkat edilmeli, kemik fraktürü varsa beyin tomografisi yararlı olabilir. Subgaleal hematoma, galea aponeurotica altındaki gevşek doku içine olan kanamalardır. Spontan vajinal yolla olan doğumların 10.000 tanesinin içinde 4'ünde, vakum aracılığıyla gerçekleşen doğumların ise 10.000 tanesinin içinde 59'unda ise subgaleal kanama saptanmıştır (4). Şişlik fluktasyon verir, süturları geçer. Enseye ve kulaklara ilerleyerek kulakları öne itebilir. İntrakranial kanamaların en sık nedeni doğum travmasıdır. Kanama bozuklukları ve vasküler anomalilere bağlı kanamalar nadir görülür. Epidural kanama seyrekdir. Klinik bulgular genellikle geç olduğundan tanısı kolay değildir. En sık subaraknoid kanamalar görülür. Subaraknoid kanama genellikle asemptomatik seyreder, nadiren yenidoğanda fokal klonik tipte konvülsiyon olabilir. Subdural kanamalar ise intrakraniyal kanamaların en az görülen tipidir. Doğum eyleminden kısa bir süre sonra klinik belirtiler ortaya çıkar. Fontanel gerginliği, stupor, konvülsiyon, pupil ışık refleksinin alınamaması ve koma gibi bulgular olabilir.

Doğum travmasına bağlı kafatası kırıkları lineer veya depresyon kırıkları şeklindedir. Çoğu lineer kırıklardır ve sıklıkla tedavi gerektirmezler. Depresyon kırıkları daha çok forseps yardımıyla gerçekleşen doğumlarda görülür, çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte, intrakraniyal ve özellikle kortikal hasara neden olabilirler. Nadiren görülen kafa kaidesi kırıkları da şok ile sonuçlanabilir.

Doğum travmasına bağlı yenidoğanda yüz bölgesinde burun, maksilla, mandibula ve septal kırıkta kırıklar nadiren de olsa olabilmektedir. Nazal septal dislokasyon en sık görülen yüz kemiği dislokasyonu olup, stridor ve siyanoz ile klinik belirti gösterebilir. Travmaya bağlı fasiyal paralizinin en sık sebebi, forseps uygulanmasına bağlı periferik tipte fasiyal paralizidir. Etkilenen tarafta paralizi olur. Yenidoğan ağlarken ağız sağlam tarafa doğru eğilir, alın kırışıklığı kaybolmuştur, göz kapanmaz, nazolabial sulkus silinmiştir ve ağız köşesi aşağı eğiktir.

Yenidoğanlarda doğum travmasına bağlı göz kapaklarında ödem ve ekimoz olabilir. Orbita kırıklarında, ekstraokula göz kaslarının hareketlerinde patoloji ve ekzoftalmus olabilir. Oftalmoloji konsültasyonu ivedilikle istenmelidir. İleriki dönemde karşılaşılabilecek görme kusurlarının önüne böylelikle geçilebilir (5). Göz muayenesinde miyozis, enoftalmus, yüzün aynı tarafında anhidroz ve kısmi pitoz varsa Horner sendromu akla gelmelidir. Konjunktival ve retinal kanamalar genellikle patolojik değildir ve klinik önemi yoktur. Retinal kanamalar sıklıkla vakum yardımıyla yapılan doğumlarda görülür.

Klavikula, doğum eyleminde en sık kırılan kemiktir. 1000 canlı doğumdan 15'inde görülür (6). İri bebek, makat geliş, zor doğum ve travmanın iyi yönetilememesi gibi nedenlere bağlı olarak görülebilir. Ekstremiteler kırıklarından da humerus kırıkları en sık görülmektedir. Klavikula kırıkları, yaş ağaç kırığı olduğu için sıklıkla semptom vermez. Fizik muayende palpasyonla krepitasyon alınır. Moro refleksi tek taraflı azalmış ya da alınmaz. Etkilenen taraf kol hareketlerinde azalma görülür. 7-10 gün içinde kallus oluşumu gerçekleşir.

Zorlu doğum eylemine bağlı her 1000 canlı doğumun 2.5'unda servikal sinir kökünün gerilmesiyle brakial pleksus hasarı meydana gelir (7). Doğum eyleminde kolun ani traksiyonu sonucu C5-6 hasarına bağlı Erb-Duchenne tipi brakial pleksus zedelenmesi olur. En sık olandır. Kol omuzdan internal rotasyonda ve adduksiyonda, ön kol ekstensiyon ve pronasyonda ve el bileği fleksiyondadır (bahşiş eli). Tek taraflı moro refleksi alınmaz. Elin yakalama fonksiyonu korunmuştur. Klumpke tipi hasarda C7-8 ile T1 kökleri tutulur. El paralizidir. Bilek hareket etmez. Yakalama refleksi yoktur. Düşük el görülür. T1'in servikal sempatik dallarında da hasar varsa aynı tarafta Horner Sendromu görülebilir.

Nadiren de olsa frenik sinir paralizisi zorlu makat doğumlarda görülebilir. Genellikle üst brakial sinir paralizisi eşlik eder. Yenidoğanda siyanoz epizodları, takipne, düzensiz solunum ve karın şişmeden toraks solunumu gibi bulgular varsa frenik sinir paralizisi akla gelmelidir. Etkilenmiş tarafta diyafragma evantrasyonu olur ve solunum sesleri azalır.

Sternokleidomastoid kasın orta kesiminde sert, immobil, keskin sınırlı kitle palpe edilir. Etkilenen tarafa boyun eğik, çene karşı tarafa omuza dönüktür. Baş normal pozisyona getirilemez, boyunda eğrilik vardır.

Spinal sinir yaralanmaları, medulla spinalisin gerilmesine bağlı olarak tutulum bölgesine göre semptomlar gösterir. Nadirdir.

Doğum travmasına bağlı en çok etkilenen iç organ karaciğerdir. Karaciğer rüptüründe kanamaya bağlı şok, karında şişlik, anemi ve irritabilite görülebilir.

SONUÇ

Yenidoğanda doğum travmaları özellikle normal doğum eylemine bağlı olarak görülmesine rağmen sezaryen yolla doğumlarda da görülebilir. Klinikte yenidoğan muaynesinde doğum şekli mutlaka sorgulanmalıdır. Doğum travmasına bağlı patolojilerde yaklaşımlar patolojinin tipine göre değişiklik göstermekte olup multidisipliner yaklaşımlar önem arz etmektedir. Yenidoğan bebek doğum salonunda değerlendirildikten sonra mutlaka ilk 24 saatte bir çocuk hekimi tarafından detaylı muayene edilmelidir. Böylelikle doğum travmasına bağlı patolojiler ivedilikle tespit edilecek ve ileriki dönem prognoz açısından avantaj sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Merriam AA, Ananth CV, Wright JD, Siddiq Z, D'Alton ME, Friedman AM. Trends in operative vaginal delivery, 2005-2013: a population-based study. *BJOG*. 2017 Aug;124(9):1365-1372.
2. Vitner D, Hirsch L, Ashwal E, Nassie D, Yogev Y, Aviram A. Outcomes of vacuum-assisted vaginal deliveries of mothers with gestational diabetes mellitus. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019 Nov;32(21):3595-3599.
3. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. Head trauma after instrumental births. *Clin Perinatol*. 2008 Mar;35(1):69-83, viii.
4. Plauché WC. Subgaleal hematoma. A complication of instrumental delivery. *JAMA*. 1980 Oct 03;244(14):1597-8.
5. McAnena L, O'Keefe M, Kirwan C, Murphy J. Forceps Delivery-Related Ophthalmic Injuries: A Case Series. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2015 Nov-Dec;52(6):355-9.
6. Dumpa V, Kamity R. Birth Trauma. [Updated 2022 Aug 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539831/>
7. Borschel GH, Clarke HM. Obstetrical brachial plexus palsy. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Jul;124(1 Suppl):144e-155e.