

MALPREZENTASYON

13. BÖLÜM

Dr. Cuma TAŞIN

GİRİŞ

Gebeliğin son haftaların da doğum eylemi yaklaşıncaya fetus çoğunlukla verteks şeklinde pelvise prezente olur. Ancak, miad gebeliklerin yaklaşık %3 ila 5'inde anormal duruş ve prezentasyonlar oluşur. Bu prezentasyon ve duruş sapmalarına fetal malprezentasyon denilir. Malprezentasyon hem anne hemde fetus için olumsuz obstetrik riskleri de beraberinde getirir. Daha önceden fetusun başa çevrilmesi için çözüm olarak kullanılan, internal podalik versiyon artan maternal ve fetal mortalite ve morbidite nedeniyle terk edilmiştir. Günümüzde ters gelen fetusun doğumu için sezaryen yöntemi tercih edilmektedir

RİSK FAKTÖRLERİ

Genel olarak, malprezentasyon ile ilişkili faktörler uterin anomaliler, anormal fetal hareketler, pelvik girimde darlık veya tıkanıklık, fetal malformasyon, prematüredir. Doğum sayısının artması ile birlikte karın kaslarındaki gevşeklik normal uterin aksta kayıp malprezentasyon ile ilişkilendirilmiştir. Bunun yanında plasentanın fundus veya servikte olması da fetusun longütüdinale duruşunu engellediğinden malprezentasyonu artırır. Rahimde miyom, intrauterin sineşi ve müllerian anormalliklerde de benzer şekilde malprezentasyon

ile beklenenden daha yüksek oranda görülür. Hem prematürite hem de polihidramniyoz fetal mobilitateye yol açtığından malprezentasyonu artırır. Bunun yanında, kromozom anöploidileri, genital miyotonik distrofi, artirogripoz, oligohidramniyoz ve fetal kas tonusunda, gücünde veya aktivitesinde olduğu gibi fetal nörolojik disfonksiyonu da malprezentasyon ile ilişkilidir. Ciddi hidrosefali gibi sefalopelvik orantısızlık da fetal başın pelvise yerleşimini engellediğinden malprezentasyonu artırır.

Makat Geliş

Gebe uterusun da fundus daha geniş olduğundan fetusun en geniş kısmı fundusa yerleşir. Gebelik haftası artıkça baş kalça oranı kalça yönünde değiştiğinden makat gelme olasılığı gebelik haftası artıkça azalır. Miad gebeliklerin yaklaşık %3-4 makat geliş olarak başvurur.

Makat Çalışması Birliği Grubunun yaptığı çalışma, makat normal doğum konusunda ciddi değişimlere sebep olmuştur(Hannah,2000). Bu çalışmada planlı sezaryen doğum grubunda planlı vajinal doğum grubuna göre perinatal mortalite azalmıştır(%3 ve %13). Ayrıca perinatal morbidite de azalmıştır(%1.4 ve %3.8). Bu çalışmadan sonra vajinal doğum oranlarında ciddi azalma olmuştur.

Dikkat edilmesi gereken noktalardan biride yüz gelişi ile gelen fetuslarda malformasyon oranları daha fazladır. Bunların çoğunu anensefali fetüsler oluşturur. Bunun yanında sefalopelvik uyumsuzluğu olan hastalarda da yüz gelişi olası-lığı artar.

Yüz prezentasyonu olan hastaların çoğu doğum eylemine alın gelişi ile başlar. Bebeğin doğumunun prognozu çenenin yönüne bağlıdır. Hastaların yaklaşık %60-80'i mentum anteriordur(Duffy P, 1981). Mentum posteriorda olan hastaların yaklaşık %25'i tekrar mentum anteriora dönerek vajinal olarak doğabilir. Fakat kalıcı mentum posterior ile gelen hastalarda fetusun kafası simfisiz pubise takılacağından hastaya sezaryen önerilmelidir.

Alın Geliş

Alın gelişi fetusun başının kısmi felkesiyonu mevcuttur. Muayende alın kemikleri tespit noktasıdır. Sıklığı 1500 doğumda birdir. Sefalopelvik uyumsuzluk,, prematürite ve gratmultiparite risk faktörüdür. Alın gelişin tanısı vajinal muayene ile koyulur. Alın gelişlerin çoğu doğum eylemi sırasında spontan olarak fleksiyona geçer çok az bir kısmı defleksiyon yapar. Eğer pelvis çok geniş ve fetus çok küçükse alın geliş şeklinde doğumda gerçekleşebilir.

Birleşik prezentasyon

Prezente olan organın yanında çoğunlukla ellerin tespit edildiği geliş şeklidir. Yaklaşık 800 doğumda bir görülür(Levy DL,1976). Tanısı doğum eyleminin ilerleyişinde aksama olduğunda vajinal muayede başın yanında düzensiz yapının tuşelenmesi ile anlaşılır. Prematürite en sık risk faktörüdür.

Doğum eylemi sırasında prezente olan parça kendiliğinden geri çekilebilir. Eğer prezentasyon düzelmez ise en güvenli yol hastaya sezaryen önermektir. Travay takibinde hastanın kordon prolapsusu açısından sıkı takibi uygundur.

Anahtar Kelimeler: Malprezentasyon, makat geliş, alın geliş, eksternal versiyon

KAYNAKLAR

1. **Abenhaim HA**, Varin J, Boucher M.: External cephalic version among women with a previous cesarean delivery: report on 36 cases and review of the literature: *J Perinat Med.* 37(2):156-60, 2009.
2. **Al-Qattan MM**: Total obstetric brachial plexus palsy in children with internal rotation contracture of the shoulder, flexion contracture of the elbow, and poor hand function: improving the cosmetic appearance of the limb with rotation osteotomy of the humerus: *Ann Plast Surg.* Jul;65(1):38-42,2010.
3. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: External cephalic version. Practice Bulletin No. 13 February 2000, Reaffirmed 2012a
4. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Mode of term in singleton breech delivery. Committee Opinion No. 340 July 2006, Reaffirmed 2012b
5. **Buhimschi CS, Buhimschi IA**, Wehrum MJ, et al: Ultrasonographic evaluation of myometrial thickness and prediction of a successful external cephalic version: *Obstet Gynecol.* Oct;118(4):913-20,2011.
6. Bogner G, Xu F, Simbrunner C, et al: Single-institute experience, management, success rate, and outcome aer external cephalic version at term: *Int J Gynaecol Obstet* 116(2):134, 2012.
7. Canpolat FE, Köse A, Yurdakök M: Bilateral humerus fracture in a neonate after cesarean delivery: *Arch Gynecol Obstet* 281(5):967, 2010.
8. Demirci O, Tuğrul AS, Turgut A, et al: Pregnancy outcomes by mode of delivery among breech births: *Arch Gynecol Obstet* 285(2):297, 2012.
9. Duffy P. Diagnosis and management of face presentation: *Obstet Gynecol.* 57:105-112, 1981.
10. Fox AE, Paton RW: The relationship between mode of delivery and developmental dysplasia of the hip in breech infants: a four-year prospective cohort study: *J Bone Joint Surg Br* 92(12):1695, 2010.
11. Hartnack Tharin JE, Rasmussen S, Krebs L: Consequences of the Term Breech Trial in Denmark: *Acta Obstet Gynecol Scand* 90(7):767, 2011.
12. **Huang JP**, Chen CP, Chen CP, et al: Term pregnancy with umbilical cord prolapse: Taiwan J Obstet Gynecol. Sep;51(3):375-80,2012.
13. Kok M, van der Steeg JW, van der Post JA, et al: Prediction of success of external cephalic version after 36 weeks: *Am J Perinatol* 28(2):103, 2011.
14. Levy DL. Persistent brow presentations : a new approach to management: *Southern Med J.* 69:191-192,1976.
15. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, et al: Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 375(9713):490, 2010
16. **Mathews R**, Sheridan ME, Patil U: Neonatal testicular loss secondary to perinatal trauma in breech presentation: *BJU Int.* Jun;83(9):1069-70, 1999.
17. Reddy UM, Zhang J, Sun L, et al: Neonatal mortality by attempted route of delivery in early preterm birth: *Am J Obstet Gynecol* 207(2):117.e1, 2012.
18. **Stine LE**, Phelan JP, Wallace R, et al: Update on external cephalic version performed at term: *Obstet Gynecol.* May;65(5):642-6, 1985.
19. Vialle R, Piétin-Vialle C, Ilharreborde B, et al: Spinal cord injuries at birth: a multicenter review of nine cases: *J Matern Fetal Neonatal Med* 20(6):435, 2007 .