

Operatif doğum; doğumun gerçekleşmesi için vajinal veya abdominal yoldan başvuru her türlü obstetrik prosedürdür. Operatif vajinal doğum ve sezaryen doğum olarak ikiye ayrılır.

OPERATİF VAJİNAL DOĞUM

Operatörün, fetüsü vajinadan çıkarmak için forseps, vakum veya başka cihazları kullandığı bir prosedür anlamına gelir. Fetüsü doğurtmak için bir enstrüman kullanma kararı, sezaryen doğum gibi alternatif seçeneklere karşı, prosedürün maternal, fetal ve neonatal etkilerini dengeler.

Forseps veya vakum kullanımı, doğumu gerçekleştirmek için bir cerrahi müdahale gerektiğinde ve operatif vajinal doğum güvenli ve kolay bir şekilde gerçekleştirilebildiğinde makul olur. Aksi takdirde sezaryen doğum daha iyi bir seçenektir.

Forseps ve vakum kullanımının beceriye ve eğitime bağlı olduğunu vurgulamak önemlidir. Operatör, kendi yeteneklerini ve prosedürün güvenli sınırlarını net bir şekilde anlamış olmalı ve bunların hiçbirini geçmemelidir.

Operatif vajinal doğum endikasyonları forsepsler ve vakum ekstraktörleri için aynıdır.

Endikasyonlar

Aşağıdaki endikasyonlar hiçbir kontrendikasyon olmadığında geçerlidir (1, 2) :

- Doğum eyleminin uzamış ikinci evresi - Nullipar kadınlarda 2 saat, multipar kadınlarda 1 saatten daha uzun doğumun gerçekleşmemesi durumudur. Bu süre epidural uygulanmış gebelerde birer saat daha uzatılabilir.
- Doğumun ikinci evresinde acil ya da potansiyel fetal iyilik hali şüphesi varsa doğumu biran önce gerçekleştirmek için vakum veya forseps uygulanabilir.
- Annenin yararına doğumun ikinci evresinin kısaltılması – Annenin yorulması tükenmesi, kanama, valsava manevrasının kontrendike olduğu kalp veya akciğer hastalığı ve spontan pnömotoraks gibi durumları içerir.
- Yetenekli ellerde, makat vajinal doğumunda arkadan gelen baş da dahil olmak üzere fetal malpozisyon operatif vajinal doğumunun endikasyonları olabilir.

Gerekli önkoşullar aşağıdakileri içerir (1) :

- Baş angaje olmalıdır
- Serviks tam dilate ve silinmiş olmalıdır
- Başın konumu bilinmeli
- Pelvik kapasitenin klinik değerlendirmesi yapılmalıdır; başın büyüklüğü ile pelvik giriş ve midpelvisin büyüklüğü arasında orantısızlıktan şüphelenilmemelidir

vers (örn., Pfannenstiel, Mayland, Joel Cohen) insizyonu ile yapılan laparotomi

- Transvers (Monroe-Kerr) veya vertikal (örn., Kronig, DeLee) insizyonu ile hysterotomi
- Fetal doğum
- Rahim onarımı
- Kapatma

Postoperatif Yönetim

- Ameliyat sonrası rutin değerlendirme
- Vital bulguların izlenmesi, idrar çıkışı ve vajinal kanama miktarı
- Fundusun palpasyonu
- IV sıvılar; Uygun şekilde oral diyet yapıldığında erken beslenmenin hastanede kalış süresini kısalttığı gösterilmiştir (36).
- Hasta uzun etkili bir analjezik almadıysa veya genel anestezi aldıysa, IV veya intramüsküler (IM) analjezi; Rejyonel anestezi almışsa analjezi genellikle gerekli değildir.
- Ameliyat sonrası 1. günde mobilizasyon; tolere edildiği şekilde ilerlemeli
- Komplikasyon yoksa postoperatif 2. veya 4. günlerde taburculuk (37)

Komplikasyonlar

- Sezaryen doğum ile maternal mortalite ve morbiditede yaklaşık 2 kat artış olur (38) (Kısmen prosedürün kendisiyle ve kısmen de sezaryen doğum yapılması gerekmesine neden olabilecek durumlarla ilgili)
- Enfeksiyon (örneğin, postpartum endometriyometrit, fasyal dehissensi, yara, idrar yolu)
- Tromboembolik hastalık (örneğin, derin venöz trombozu, septik pelvik tromboflebit)
- Anestezik komplikasyonlar
- Cerrahi yaralanma (örneğin, uterus laserasyonlar; mesane, barsak, üreteral yaralanmalar)
- Uterin atoni
- Bağırsak fonksiyonunun gecikmiş geri dönüşü

KAYNAKLAR

1. Operative vaginal delivery. Practice Bulletin No. 154. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015; 126:56-6
2. Yeomans ER. Operative vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2010 Mar. 115(3):645-53.
3. Hayman R, Gilby J, Arulkumaran S. Clinical evaluation of a "hand pump" vacuum delivery device. *Obstet Gynecol*. 2002 Dec. 100(6):1190-5.
4. Johanson R, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000. (2):CD000446.
5. Bofill JA, Rust OA, Schorr SJ. A randomized trial of two vacuum extraction techniques. *Obstet Gynecol*. 1997 May. 89(5 Pt 1):758-62.
6. Suwannachat B, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15. 8:CD006636.
7. Baume S, Cheret A, Creveuil C, Vardon D, Herlicoviez M, Dreyfus M. [Complications of vacuum extractor deliveries]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004 Jun. 33(4):304-11.
8. Feraud O. [Forceps: description, obstetric mechanics, indications and contra-indications]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec. 37 Suppl 8:S202-9.
9. Hale R. Dennen's Forceps Deliveries. 4th ed. Philadelphia, Pa: FA Davis; 2001.
10. Bofill JA, Rust OA, Perry KG, et al. Operative vaginal delivery: a survey of fellows of ACOG. *Obstet Gynecol*. 1996 Dec. 88(6):1007-10.
11. Nikpoor P, Bain E. Analgesia for forceps delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 30. 9:CD008878.
12. Leslie KK, Dipasquale-Lehnerz P, Smith M. Obstetric forceps training using visual feedback and the isometric strength testing unit. *Obstet Gynecol*. 2005 Feb. 105(2):377-82.
13. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *BJOG*. 2005 Jul. 112(7):941-5.
14. Johnson JH, Figueroa R, Garry D, Elimian A, Maulik D. Immediate maternal and neonatal effects of forceps and vacuum-assisted deliveries. *Obstet Gynecol*. 2004 Mar. 103(3):513-8.
15. Pretlove SJ, Thompson PJ, Toozs-Hobson PM, Radley S, Khan KS. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. *BJOG*. 2008 Mar. 115(4):421-34.
16. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, et al. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol*. 1998 Dec. 92(6):955-61.
17. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG*. 2008 Jan. 115(1):104-8.
18. Raisanen SH, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter

- rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009. 88(12):1365-72.
19. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Munoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol.* 2012 Feb. 119(2 Pt 1):233-9.
 20. Al-Suhel R, Gill S, Robson S, Shadbolt B, Kjelland's forceps in the new millennium. Maternal and neonatal outcomes of attempted rotational forceps delivery. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2009 Oct. 49(5):510-4.
 21. Towner DR, Ciotti MC. Operative vaginal delivery: a cause of birth injury or is it?. *Clin Obstet Gynecol.* 2007 Sep. 50(3):563-81.
 22. Duval M, Daniel SJ. Facial nerve palsy in neonates secondary to forceps use. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Jul. 135(7):634-6.
 23. Dupuis O, Silveira R, Redarce T, et al. [Instrumental extraction in 2002 in the "AURORE" hospital network: incidence and serious neonatal complications]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003 Nov. 31(11):920-6.
 24. Caughey AB, Sandberg PL, Zlatnik MG, et al. Forceps compared with vacuum: rates of neonatal and maternal morbidity. *Obstet Gynecol.* 2005 Nov. 106(5 Pt 1):908-12.
 25. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med.* 1999 Dec 2. 341(23):1709-14.
 26. Baud O. [Neonatal outcomes after instrumental vaginal delivery]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008 Dec. 37 Suppl 8:S260-8.
 27. Werner EF, Janevic TM, Illuzzi J, Funai EF, Savitz DA, Lipkind HS. Mode of delivery in nulliparous women and neonatal intracranial injury. *Obstet Gynecol.* 2011 Dec. 118(6):1239-46.
 28. Gardella C, Taylor M, Benedetti T, et al. The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Oct. 185(4):896-902.
 29. Bhide A, Guven M, Prefumo F, Vankalayapati P, Thilaganathan B. Maternal and neonatal outcome after failed ventouse delivery: comparison of forceps versus cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007 Jul. 20(7):541-5.
 30. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Feb. 170(2):495-504.
 31. Ruys TP, Cornette J, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and delivery in cardiac disease. *J Cardiol.* 2013 Feb. 61(2):107-12.
 32. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: a report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology.* 1999 Mar. 90(3):896-905.
 33. Crenshaw JT, Winslow EH. Actual versus instructed fasting times and associated discomforts in women having scheduled cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Mar-Apr. 35(2):257-64.
 34. Smaill FM, Gyte GM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20. CD007482.
 35. Weiner Z, Ben-Shlomo I, Beck-Fruchter R, Goldberg Y, Shalev E. Clinical and ultrasonographic weight estimation in large for gestational age fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Oct 10. 105(1):20-4.
 36. Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2001 Jul. 98(1):113-6.
 37. Tan PC, Norazilah MJ, Omar SZ. Hospital discharge on the first compared with the second day after a planned cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012 Dec. 120(6):1273-82.
 38. Landon MB. Vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol.* 2008 Sep. 35(3):491-504, ix-x.