

Normal spontan doğum eyleminin ilerlememesi veya durması çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir ve bu duruma distosi denir. Distosi kelime anlamı olarak zor doğum anlamına gelir ve doğum eyleminin anormal yavaşlamasıyla karakterizedir. Anormal doğum eylemi, dört farklı anormalliğin tek tek veya birlikte görülmesiyle oluşur^(1,2).

1. Anormal itici güç

Uterin kontraksiyonlar normalden zayıf veya fazla olabilir veya kontraksiyonlarda koordinasyon bulunmayabilir. Yine annenin ıkınmasının 2.evrede yetersiz oluşu da bu başlıkta değerlendirilir.

2. Fetal prezentasyon ve pozisyon anormallikleri
3. Maternal pelviste yetersizlik (kemik yapısı/çaplar)
4. Alt genital traktusta yumuşak dokuların engellemesi (tümör gibi)

Distoside 2 önemli kavram vardır:

1. Yavaşlama; normalden daha yavaş ilerleme vardır.
2. Durma (arrest): doğumun ilerleyişi tamamen durmuştur.

Bu iki kavramdan bahsetmek için eylemin aktif fazda olması (>4 cm) ve yeterli kontraksiyonun (>200 mv) sağlanmış olması gereklidir.

İtici kuvvette anomali olması:

Servikal dilatasyon için minimum basınç 15-25 mm Hg olsa da eylemdeki beklenen ortalama kuvvet 60 mm Hg kadardır.

¹ Doktor,SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Email:kadriyekaradag71@gmail.com

Maternal Komplikasyonlar

- Atoni
- Laserasyon
- Postpartum kanama
- Rektovajinal fistül
- Uterin rüptür insidanslarında artıştır ⁽²²⁻³⁰⁾.

Sonuç

Diyabet ve makrozomi omuz distosisi için en büyük risk faktörleridir, ancak çoğu omuz distosisi normal kilolu bebeklerde meydana geldiği için omuz distosisini tahmin etmek zordur. Obezite ve önceki makrozomi ve/veya omuz distosisi öyküsü ek bir risk oluşturmaktadır. Makrozominin ultrasonografi ile tanısı zor olabilir ve fetal ağırlığın klinik olarak değerlendirilmesinden üstün olmayabilir. Brakiyal pleksus hasarını tahmin edebilen hiçbir doğum paterni olmamasına karşın, hızlı bir ikinci evre süreci omuz distosisi ile ilişkili en sık saptanan doğum paternidir. Ayrıca doğumun ikinci evresinin uzaması karşısında aletli doğumun omuz distosisi oranındaki artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Operatör ve doğum ekibi omuz distosisini yönetmek için kullanılan manevralara aşina olmalı, bu acil durum meydana geldiğinde manevraları uygulamak için kısa bir planı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lerner H. Can shoulder dystocia be resolved without fetal injury when it does occur? <http://www.shoulderdystociainfo.com/resolvedwithoutfetal.htm>, 2006.
2. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, et al. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guideline. *J. Obstet. Gynecol.* 2006;195:657-72.
3. Beall MH, Spong C, McKay J, et al. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998;179:934-7.
4. Athukorala C, Middleton P, Crowther CA. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia (review). *The Cochrane Collaboration.* 2009(4)
5. Iffy L, Gittens-Williams LN. Intrapartum care In: Obesity and Pregnancy. The Royal Society of Medicine, UK. 2008;148-65.
6. Gabbe S.G, Niebyl J.R. Obstetrics normal and abnormal pregnancies. Book. Fifth edition. 2009;447-451.
7. Raio L, Ghezzi F, Di Naro E et al. Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500 g: an analysis of 3356 cases. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2003;109:160-5.
8. Queenan J.T, Hobbins J.C, Spong C.Y. High-risk pregnancies. Book, Fifth edition. 2010;529-33.
9. L.G. Williams. American College of Obstetrics and Gynecology: Macrosomia In: Compendium of Selected Publications Volume II: Practice Bulletins. ACOG, 2008;663-73.
10. Moore HM, Reed SD, Batra M, et al. Risk factors for recurrent shoulder dystocia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008;198:16-24.
11. Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998;179:476-80.

12. Cohen B, Penning S, Major C, et al. Sonographic prediction of shoulder dystocia in infants of diabetic mothers. *Obstet. Gynecol.* 1996;88:10-3.
13. Jazayeri A, Heffron JA, Phillips R, et al. Macrosomia prediction using ultrasound fetal abdominal circumference of 35 centimeters or more. *Obstet. Gynecol.* 1999;3:523-6.
14. Weiss JL, Malone FD, Emig D, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate – a population-based screening study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004;190:1091-7.
15. Robinson H, Tkatch S, Mayes DC, et al. Is maternal obesity a predictor of shoulder dystocia? *Obstet. Gynecol.* 2003;101:24-7.
16. Usha Kiran TS, Hemmadi S, Bethel J, et al. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *BJOG.* 2005;112:768-72.
17. Jensen DM, Damm P, Sørensen B, et al. Pregnancy outcome and pre-pregnancy body mass index in 2459 glucose-tolerant Danish women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003;189:239-44.
18. Ginsberg NA, Moisisidis C. How to predict recurrent shoulder dystocia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001;184:1427-9.
19. Chauhan SP, Cowan BD, Magann EF, et al. Intrapartum detection of a macrosomic fetus: clinical versus 8 sonographic models. *Aust N Z J. Obstet. Gynaecol.* 1995;35:266-70.
20. Chauhan SP, Lutton PM, Bailey KJ, et al. Intrapartum clinical, sonographic, and parous patients' estimates of newborn birth weight. *Obstet. Gynecol.* 1992;79:956-8.
21. O'Reilly-Green C, Divon M: Sonographic and clinical methods in the diagnosis of macrosomia. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2000;43:309-20.
22. Gudmundsson S, Henningsson AC, Lindqvist P. Correlation of birth injury with maternal height and birthweight. *BJOG* 2005;112:764-7.
23. al-Najashi S, al-Suleiman SA, el-Yahia A, et al. Shoulder dystocia – a clinical study of 56 cases. *Aust N Z J. Obstet. Gynaecol.* 1989;29:129-32.
24. McFarland M, Hod M, Piper JM, et al. Are labor abnormalities more common in shoulder dystocia? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995;173:1211-4.
25. Acker DB, Sachs BP, Friedman EA. Risk factors for shoulder dystocia in the average-weight infant. *Obstet. Gynecol.* 1986;67:614-8.
26. Mehta SH, Bujold E, Blackwell SC, et al. Is abnormal labor associated with shoulder dystocia in nulliparous women? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004;190:1604-7.
27. Poggi SH, Stallings SP, Ghidini A, et al. Intrapartum risk factors for permanent brachial plexus injury. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003;189:725-9.
28. Neumann G, Agger AO, Rasmussen K. Pre-pregnancy body mass index in non-diabetic women with and without shoulder dystocia. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2001;100:22-4.
29. Allen RH, Rosenbaum TC, Alessandro G, et al. Correlating head-to-body-delivery intervals with neonatal depression in vaginal births that result in permanent brachia plexus injury. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002;187:839-42.
30. Iffy L. Minimizing the risks of shoulder dystocia-related fetal injury. In: *Shoulder Dystocia and Birth Injury: Prevention and Treatment*. Book, 3rd Edition. 2009;209-25.
31. Beall MH, Spong CY, Ross MG. A randomized controlled trial of prophylactic maneuvers to reduce head-to-body delivery time in patients at risk for shoulder dystocia. *Obstet. Gynecol.* 2003;102:31-5.
32. Gherman RB, Goodwin TM, Souter I, et al. The McRoberts' maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successful is it? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1997;176:656-61.
33. Gonik B, Allen R, Sorab J. Objective evaluation of the shoulder dystocia phenomenon: effect of maternal pelvic orientation on force reduction. *Obstet. Gynecol.* 1989;74:44-8.
34. McFarland MB, Langer O, Piper JM, et al. Perinatal outcome and the type and number of maneuvers in shoulder dystocia. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1996;55:219-24.
35. Woods, CE. A principle of physics as applicable to shoulder delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1943;45:796-812.
36. Rubin A. Management of shoulder dystocia. *JAMA.* 1964;189:835-7.

37. Poggi SH, Spong CY, Allen RH. Prioritizing posterior arm delivery during severe shoulder dystocia. *Obstet. Gynecol.* 2003;101:1068-72.
38. Baskett TE, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet. Gynecol.* 1995;86:14-7.
39. Ross MG, Beall MH. Cervical neck dislocation associated with the Zavanelli maneuver. *Obstet. Gynecol.* 2006;108:737-8.
40. Gonik B, Walker A, Grimm M. Mathematic modeling of forces associated with shoulder dystocia: a comparison of endogenous and exogenous sources. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000;182:689-91.
41. Gonik B, Zhang N, Grimm MJ. Prediction of brachial plexus stretching during shoulder dystocia using a computer simulation model. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003;189:1168-72.