

MAKAT DOĞUM

26. BÖLÜM

Emine Dilşad HERKİLOĞLU¹

GİRİŞ

Vajinal makat doğum, baş prezente vajinal doğumlar ile karşılaştırıldığında artmış neonatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Makat prezente fetus ile doğum yapacak kadınlar için seçenekler sezaryen doğum veya makat vajinal doğumdur. Sezaryen doğum çoğu hastanede tercih edilen yaklaşımdır. Makat doğumların yüzde 90'ından fazlası sezaryen doğum ile gerçekleştirilir ve bu oran dünya çapında giderek artmaktadır^(1,2). Makat prezentasyon için rutin sezaryen doğum politikası olan kurumlarda bile, hızlı doğum, hastane dışı doğum ve ölümcül fetal anomali veya fetal ölüm gibi durumlar nedeniyle vajinal makat doğumlar meydana gelebilir. Bu nedenle, klinisyenlerin vajinal makat doğum için gerekli tekniklere aşina olmaları önemlidir.

VAJİNAL MAKAT DOĞUMU

Sezaryen doğum, makat prezentasyon ile doğum yapan tüm hastalar için tercih edilen doğum şeklidir. Bununla birlikte, vajinal makat doğum yapmak isteyen hastalar için deneyimli klinisyenlere, en düşük risk altındaki gebelik-

lerin belirlenmesine yardımcı olacak kriterler geliştirilmiştir. Aşağıda açıklanan bu kriterler büyük ölçüde uzman görüşüne dayanmaktadır ve bu nedenle klinisyenler arasında bir miktar farklılık göstermektedir^(3,4). Miad makat prezente olan 8000'den fazla kadını içeren prospektif seride, kadınların yaklaşık yüzde 30'u benzer kriterleri karşılamıştır⁽⁵⁾. Bu önerilen ölçütler:

- Vajinal doğum için kontrendikasyon olmaması; örneğin plasenta previa. Fetal pelvis uyumsuzluğu olan kasılmış bir pelvis vajinal doğum için bir kontrendikasyon olmasına rağmen, çoğu durumda doğru bir tanıyı koymak mümkün değildir. Makat prezente olan kadınlarda pelvimetrinin (klinik veya radyografik [manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, radyografi]) doğum eylemi ve vajinal doğum veya daha iyi neonatal sonuç için daha iyi hasta seçimine yol açan bilgiler sağladığına dair ikna edici bir kanıt yoktur, büyük veya randomize çalışmalarda çok az veri bulunmaktadır^(6,7).
- Önceki doğumun sezaryen doğum olmaması, uzman görüşüne dayanan göreceli bir kontrendikasyondur, çünkü hem vajinal ma-

¹ Op. Dr., Yeni Yüzyıl Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Gaziosmanpaşa dilsadherkiloglu@hotmail.com

avukatına danışmak ve eyalet ve federal düzenlemeleri gözden geçirmek akıllıca olacaktır.

Nitelikli yardım ve uygun tesislerin yokluğunda doğum - Aşağıdaki özet, doğum ve doğum ünitesinde meydana gelmeyen makat prezentasyonunda bir fetüsün yakında verilmesi sırasında kadınların yönetimini tarif eder. Her zamanki uygulamalarının bir parçası olarak obstetrik doğum yapmayan sağlık hizmeti sağlayıcılarına yöneliktir.

- Yardım çağırın. Obstetrik doğumda iki hasta vardır, anne ve bebek; her birinin en az bir sağlık uzmanına ihtiyacı vardır. Varsa, bir kadın doğum uzmanı ve çocuk doktoru ya da aile hekimi çağırılmalıdır.
- Fetüsün hiçbir kısmı vajinadan ortaya çıkmadıysa, anneyi katlanmamaya teşvik edin; nefes nefese onu itmekten kaçınmaya yardımcı olabilir. Bu, onu doğum ve doğum birimine taşımak ve / veya yetenekli bir doğum asistanının gelmesi için biraz zaman sağlar.

Bir beta semptomimetik ilaç (örn., Deri altından 0.25 mg veya intravenöz olarak 2.5 ila 10 mcg / dakika), uterus kasılmalarının gücünü ve sıklığını azaltmaya yardımcı olabilir. Alternatif olarak bir beta semptomimetik inhaler kullanılabilir.

Bununla birlikte, fetus kısmen doğduktan sonra (kalça veya bacak veya bacaklar introitusta veya ötesinde görünür), doğumun tamamlanmasına yardımcı olmak daha iyidir. Göbek kordonu genellikle doğum sırasında sıkıştırılacaktır, bu nedenle fetus 10 dakika içinde ideal olarak verilmelidir.

The Kritik prensip, birkaç dakika boyunca annelik yatış çabalarında kesinlikle ilerleme olmadıkça fetüste herhangi bir çekişten kaçınmaktır. Fetüsün çekilmesi, boynun / başın uzamasına neden olur, bu da vücudu yükseltmeyi ve kafayı fleksiyonla teslim etmeyi imkansız hale getirir, bu da başın doğumunu zorlaştırır.

- Introitusta bulunan fetal kalçalar, uylukları bükülmüş ve birbirinden ayrılarak anneyi yarı dik, çömelmiş veya diz çökmüş bir pozisyonda (hangisini en iyi hissederse) destekleyin ve mümkün olduğu kadar güçlü bir şekilde katlanmaya teşvik edin kasılmalar sırasında. Çoğu durumda, tüm fetus kendiliğinden doğum yapar ve kafa doğdukça vücudun sadece hafif bir desteğine ihtiyaç vardır.
- Doğumun ilerlemesinde gecikme olursa, anneyi diz çökmüş bir konuma getirmeyi deneyin ve bu pozisyonda ayısının yatmasını sağlayın. Alternatif olarak, kasılmalar sırasında uterusunun üstüne, pelvisine doğru hafif, sabit bir baskı uygulayın. Keskin basınçtan kaçının.
- Başka ilerleme yoksa, bu konuda açıklanan manevraları deneyin. (Bkz. Yukarıdaki 'Makat fetüsünün verilmesi').

KAYNAKLAR

1. Hehir MP. Trends in vaginal breech delivery. J Epidemiol Community Health 2015; 69:1237.
2. Morton R, Burton AE, Kumar P, et al. Cesarean delivery: Trend in indications over three decades within a major city hospital network. Acta Obstet Gynecol Scand 2020; 99:909.
3. Su M, McLeod L, Ross S, et al. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:740.
4. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, et al. Vaginal delivery of breech presentation. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31:557.
5. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1002.
6. van Loon AJ, Mantingh A, Serlier EK, et al. Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term. Lancet 1997; 350:1799.
7. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. Am J Obstet Gynecol 1980; 137:235.

8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG). The management of breech presentation. London (UK). RCOG. December 2006.
9. Bleu G, Demetz J, Michel S, et al. Effectiveness and safety of induction of labor for term breech presentations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016.
10. Macharey G, Ulander VM, Heinonen S, et al. Induction of labor in breech presentations at term: a retrospective observational study. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 293:549.
11. Gaillard T, Girault A, Alexander S, et al. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2019; 98:885.
12. Jennewein L, Allert R, Möllmann CJ, et al. The influence of the fetal leg position on the outcome in vaginally intended deliveries out of breech presentation at term - A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One* 2019; 14:e0225546.
13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356:1375.
14. Jennewein L, Kielland-Kaisen U, Paul B, et al. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term of children weighing more or less than 3.8 kg: A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One* 2018; 13:e0202760.
15. Svenningsen NW, Westgren M, Ingemarsson I. Modern strategy for the term breech delivery--a study with a 4-year follow-up of the infants. *J Perinat Med* 1985; 13:117.
16. Westgren M, Grundsell H, Ingemarsson I, et al. Hyperextension of the fetal head in breech presentation. A study with long-term follow-up. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88:101.
17. Ballas S, Toaff R. Hyperextension of the fetal head in breech presentation: radiological evaluation and significance. *Br J Obstet Gynaecol* 1976; 83:201.
18. Brouwer WK, Veenstra van Nieuwenhoven AL, Santema JG. [Neonatal outcome after a planned vaginal breech birth: no association with parity or birth weight, but more birth injuries than in planned cesarean section]. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2001; 145:1554.
19. Diro M, Puangricharern A, Royer L, et al. Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women: a 5-year experience at the University of Miami/Jackson Memorial Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:247.
20. Uygur D, Kiş S, Tuncer R, et al. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78:127.
21. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993; 82:605.
22. Goldenberg RL, Nelson KG. The unanticipated breech presentation in labor. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27:95.
23. Richmond JR, Morin L, Benjamin A. Extremely preterm vaginal breech delivery en caul. *Obstet Gynecol* 2002; 99:1025.
24. Jettstad MC, Schiøtz HA, Yli BM, Kessler J. Fetal monitoring in term breech labor - A review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 239:45.
25. Beazley JM, Banovic I, Feld MS. Maintenance of labour. *Br Med J* 1975; 2:248.
26. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, et al. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol* 2004; 103:407.
27. Bin YS, Roberts CL, Ford JB, Nicholl MC. Outcomes of breech birth by mode of delivery: a population linkage study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2016; 56:453.
28. Jotkowitz MW, Picton FC. An appraisal of an anatomically and physiologically correct method of breech delivery: the Bracht manoeuvre. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1970; 10:151.
29. Grosfeld O, Kretowicz J, Brokowski J. The temporomandibular joint in children after breech delivery. *J Oral Rehabil* 1980; 7:65.
30. Verkuyl DA. Think globally act locally: the case for symphysiotomy. *PLoS Med* 2007; 4:e71.
31. Verkuyl DA. Symphysiotomies are important option in developing world. *BMJ* 2001; 323:809.
32. Vaginal breech delivery and symphysiotomy. <http://apps.who.int/rhl/videos/en/> (Accessed on September 14, 2012).
33. Iffy L, Apuzzio JJ, Cohen-Addad N, et al. Abdominal rescue after entrapment of the aftercoming head. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154:623.
34. Steyn W, Pieper C. Favorable neonatal outcome after fetal entrapment and partially successful Zavanelli maneuver in a case of breech presentation. *Am J Perinatol* 1994; 11:348.
35. Sandberg EC. The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience. *Obstet Gynecol* 1999; 93:312.

36. Ross MG, Beall MH. Cervical neck dislocation associated with the Zavanelli maneuver. *Obstet Gynecol* 2006; 108:737.
37. Haesslein HC, Goodlin RC. Delivery of the tiny newborn. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134:192.
38. Westgren LM, Songster G, Paul RH. Preterm breech delivery: another retrospective study. *Obstet Gynecol* 1985; 66:481.
39. Ezra Y, Wade C, Rolbin SH, Farine D. Uterine tocolysis at cesarean breech delivery with epidural anesthesia. *J Reprod Med* 2002; 47:555.
40. Westgren M, Ingemarsson I, Ahlström H, et al. Delivery and long-term outcome of very low birth weight infants. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982; 61:25.
41. Hobel CJ, Oakes GK. Special considerations in the management of preterm labor. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 23:147.
42. Schutterman EB, Grimes DA. Comparative safety of the low transverse versus the low vertical uterine incision for cesarean delivery of breech infants. *Obstet Gynecol* 1983; 61:593.
43. de Hundt M, Vlemmix F, Bais JM, et al. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012; 165:8.
44. Illingworth RS. A paediatrician asks--why is it called birth injury? *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92:122.