

# Bölüm 14

## Omuz Distosisi



Zeynep ÖZTÜRK İNAL<sup>1</sup>

### Giriş

Önceden öngürülemeyen ve önlenemeyen omuz distosisi baş gelişli normal vajinal doğumların %0.2-3'ünde görülebilen, başın doğmasından sonra normal traksiyon esnasında omuzların doğumunun başarısız olması olarak tanımlanmakta olup maternal ve neonatal komplikasyonlara neden olabildiğinden dolayı acil bir obstetrik durum olarak kabul edilmektedir [1].

Olguların çoğunda herhangi bir risk faktörü olmadan ortaya çıktığı için, doğumu yaptıran ekibin distosiyi hemen farketmesi ve ek obstetrik manevralar ile doğumu 5 dakika içinde gerçekleştirmesi asfiksi, hipoksik iskemik ensefalopati, brakial pleksus yaralanması gibi ciddi neonatal hasarlar ile fetal ölümü ayrıca, perine yaralanmaları, pelvik kemik ırıkları ve maternal kanamayı önlenmesi açısından çok önemlidir [2].

### Fizyopatoloji

Fetüs ile maternal pelvik yapı arasındaki uyumsuzluk omuz diztozisinin temelini oluşturmakta olup, fetal omuz çapını artıran durumlar, pozisyon uyumsuzluğu ve doğum esnasında rotasyonun gerçekleşmemesi de distosiye neden olabilmektedir [3]. Ön omuz distosisi arka omuz distosisine göre daha sık görülmekte olup, fetal başın aşağıya inişi esnasında brakial pleksustaki sinirlerin gerilmesine bağlı nörolojik hasar oluşabilmekte ayrıca umbilikal kordun sıkışması ve fetal boyundaki damarların kompresyonuna bağlı olarak da fetal asidemi gelişebilmektedir [4] (Şekil 1).

<sup>1</sup> Doç. Dr. Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, zeynephafiza@gmail.com



### **Maternal komplikasyonlar**

En sık görülen komplikasyon postpartum hemoraji (%11) olup ardından 3-4. derece perine laserasyonu, vajinal ve servikal laserasyon, mesane rüptürü, uterin rüptür, diastazis simfisiz, sakroiliak eklem dislokasyonu ve lateral femoral kutanöz sinirde hasarlanma görülmektedir [9].

Yukarıda bahsedilen bu komplikasyonların önlenmesi için omuz distosisine hızlı ve etkin bir şekilde müdahale edilmeli, doğumu gerçekleştirecek ekibin yeterli bilgi, deneyim ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir.

Ayrıca omuz distosisi medikal bir problem olmasının yanı sıra yasal olarak da ciddi sorunlara ve davalara neden olabilmektedir. Bu nedenle omuz distosisi doğum dosyaları ayrıntılı bir şekilde düzenlenmeli, başın doğum zamanı ile gövdenin doğum zamanı arasında geçen süre kayıt edilmeli, müdahalede bulunan ekibin isimleri eksiksiz yazılmalı, yapılan her müdahale ve manevralar ayrıntılı olarak tarif edilmeli ve süre dökümente edilmeli, bebeğin APGAR skoru ve umbilikal arter pH'sı not edilmelidir.

Sonuç olarak, önceden öngürülemeyen ve önlenemeyen obstetrik acillerden birisi olan omuz distosisinde, risk faktörü tayini, doğum ekibinin eğitimi, doğum kliniğinin omuz distosisi yönetim algoritmasının olması omuz distosisini daha az korkulan bir komplikasyon yapacak, ayrıca neonatal ve maternal komplikasyonların minimize edilmesine yardımcı olacaktır.

### **Kaynaklar**

1. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 657-72.
2. Sivri Aydın D, Yayla M. Omuz Distosisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği İstanbul Şubesi*. 2014. <http://www.tjodistanbul.org/egitim/istanbul-kliniklerinden/omuz-distosisi>
3. Kim SY, Sharma AJ, Sappenfield W, Wilson HG, Salihu HM. Association of maternal body mass index, excessive weight gain, and gestational diabetes mellitus with large-for-gestational-age births. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(4):737-44
4. Daly MV, Bender C, Townsend KE, Hamilton EF. Outcomes associated with a structured prenatal counseling program for shoulder dystocia with brachial plexus injury. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2012; 207:123.e1-5.
5. Athukorala C, Middleton P, Crowther CA. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia (review). *The Cochrane Collaboration*. 2009; Issue 4.
6. Angin DA, Temizkan O, Karakus R, Sanverdi I, Polat M, et al. Doğum Sırasında Omuz Distosisi İçin Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçları, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2014; 48(2): 96-101.



## ANTENATAL BAKIM

7. Hoffman MK, Bailit JL, Branch DW, Burkman RT, Van Veldhusien P, Lu L, et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1272-8.
8. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. İçinde: Yanık, F. Malprezantasyon. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2009, 447-452.*
9. Chauhan SP, Laye MR, Lutgendorf M, McBurney JW, Keiser SD, Magann EF, et al. A multi-center assessment of 1,177 cases of shoulder dystocia: lessons learned. *American journal of perinatology*. 2014;31(5):401-6.
10. Leung T, Stuart O, Sahota D, Suen S, Lau T, Lao T. Head-to-body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011;118(4):474-9.
11. Paris AE, Greenberg JA, Ecker JL, McElrath TF. Is an episiotomy necessary with a shoulder dystocia? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;205(3):217. e1-. e3.
12. Leung T, Stuart O, Suen S, Sahota D, Lau T, Lao T. Comparison of perinatal outcomes of shoulder dystocia alleviated by different type and sequence of manoeuvres: a retrospective review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011;118(8):985-90.
13. Vollebergh JHB, Dongen PWJ. The Zavanelli manoeuvre in shoulder dystocia: case report and review of published cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000; 89: 81-84
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Executive summary: neonatal brachial plexus palsy. *Obstet Gynecol* 2014; 123:902.
15. Toriki M, Barton L, Miller DA, Ouzounian JG. Severe brachial plexus palsy in women without shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology*. 2012;120(3):539-41.