

BÖLÜM 4

Doğum Travmalarına Yaklaşım



Necla İPAR¹

GİRİŞ

Doğum travması, doğumda meydana gelen olumsuz bir olay nedeniyle yenidoğanın vücut yapısında veya fonksiyonunda meydana gelen bozulma olarak tanımlanır. Doğum odasında resüsitasyon gerektiren yenidoğanlarda doğum travması riski daha yüksektir (1). Doğum travmaları küçük ve kendi kendini sınırlayan lezyonlardan (peteşi, ekimoz) ciddi morbidite veya mortalite ile sonuçlanabilecek yaralanmalara (spinal kord hasarı) kadar uzanan geniş bir yelpazededir (1).

Doğum travması olasılığını artıran birçok risk faktörü vardır. Bunlar üç kategoride sınıflandırılabilir: fetal nedenler, doğum şekli ve maternal faktörlerdir. Fetal nedenler arasında makrozomi, makat prezentasyon, anormal fetal prezentasyon, prematürite ve ani doğum sayılabilir (2). Fetal ağırlık 4000 gramı aştığında doğum travmalarının insidansı artar (3). Makrozomi; omuz distosisi, kaburga kırıkları, klavikula kırıkları, sefal hematoma ve kaput sukssadenum gibi doğum travmaları ile ilişkilidir (2, 3).

Verteks pozisyonu dışındaki diğer fetal prezentasyonlar (yüz, makat geliş) doğum travması riskinde artış ile ilişkilidir. Forseps veya vakumla doğum, uzamış veya hızlı süren doğum eylemi artmış risk ile ilişkilidir. Maternal obezite ($>40 \text{ kg/m}^2$ VKİ), annenin kısa boylu olması ve annede pelvik anomali varlığı doğum travması riskinin artmasıyla ilişkilidir (4, 5, 6).

¹ Uzm. Dr. Koç Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, neclairpar@gmail.com



ile başvururken, subkapsüler hematomlu bebeklerde yetersiz beslenme, taşikardi ve takipne gibi gecikmiş veya daha sinsi gelişen semptomlar olabilir (34). Şok ve batin distansiyonu saptanan yenidoğanlarda intraperitoneal kanama akla gelmelidir (10). Ultrasonografi iç organ yaralanmalarını teşhis etmek için en sık kullanılan yöntemdir. Gereklik halinde bilgisayarlı tomografi (BT) de tanısal fayda sağlayabilir. Tedavi semptomatiktir. Karaciğer veya dalak rüptürü olan veya hemodinamik olarak stabil olmayan bebeklerde kanamayı kontrol etmek için laparotomi gerekebilir (33).

Sonuç

Doğum travmaları, yenidoğan döneminde önlenebilen morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Gebelik sürecinde risk faktörlerinin belirlenmesi, gebeliğin bu açıdan takip edilerek bebeğin uygun şekilde doğurtulması travmatik doğum sıklığını azaltacaktır. Riskli bebeklerin doğum sonrası detaylı fizik muayenesinin yapılarak yakın izlenmesi erken tanı ve tedaviye olanak sağlayacaktır. Erken tanı ve tedavi yenidoğan morbidite ve mortalitesini azaltması açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Gupta R, Cabacungan ET. Neonatal Birth Trauma: Analysis of Yearly Trends, Risk Factors, and Outcomes. *J Pediatr* 2021; 238:174.
2. Ojumah, N, et al. Neurological neonatal birth injuries: a literature review. *Cureus*, 2017, 9.12.
3. Boulet SL, Alexander GR, Salihu HM, Pass M. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1372.
4. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 103:219.
5. Hughes CA, Harley EH, Milmo G, et al. Birth trauma in the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125:193
6. Çolak R et al. Doğum yaralanmaları: Klinik bulgular ile maternal, fetal ve obstetrik risk faktörleri. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, 2017, 7.1.
7. Rosenberg A. Traumatic birth injury. *NeoReviews* 2003; 4:270.
8. Dağoğlu, T. (2018). Doğum Travmaları. Türkan Dağoğlu, Fahri Ovalı (Ed.), *Neonatoloji içinde* (273-281). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
9. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114:297.
10. Gomella, TL. (2017). *Neonatoloji*. (Asuman Çoban, Zeynep İnce, Çev. Ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri
11. Alexander JM, Leveno KJ, Hauth J, et al. Fetal injury associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108:885.



12. Chaturvedi A, Chaturvedi A, Stanescu AL, et al. Mechanical birth-related trauma to the neonate: An imaging perspective. *Insights Imaging* 2018; 9:103.
13. Chung HY, Chung JY, Lee DG, et al. Surgical treatment of ossified cephalhematoma. *J Craniofac Surg* 2004; 15:774.
14. Plauché WC. Subgaleal hematoma. A complication of instrumental delivery. *JAMA* 1980; 244:1597.
15. Gebremariam A. Subgaleal haemorrhage: risk factors and neurological and developmental outcome in survivors. *Ann Trop Paediatr* 1999; 19:45.
16. Kilani RA, Wetmore J. Neonatal subgaleal hematoma: presentation and outcome--radiological findings and factors associated with mortality. *Am J Perinatol* 2006; 23:41.
17. Dupuis O, Silveira R, Dupont C, et al. Comparison of "instrument-associated" and "spontaneous" obstetric depressed skull fractures in a cohort of 68 neonates. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:165.
18. Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, et al. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. *BMJ* 2004; 329:24.
19. Looney CB, Smith JK, Merck LH, et al. Intracranial hemorrhage in asymptomatic neonates: prevalence on MR images and relationship to obstetric and neonatal risk factors. *Radiology* 2007; 242:535.
20. Högberg U, Andersson J, Squier W, et al. Epidemiology of subdural haemorrhage during infancy: A population-based register study. *PLoS One* 2018; 13:e0206340.
21. Chamnanvanakij S, Rollins N, Perlman JM. Subdural hematoma in term infants. *Pediatr Neurol* 2002; 26:301.
22. 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; 341:1709.
23. Huang AH, Robertson RL. Spontaneous superficial parenchymal and leptomeningeal hemorrhage in term neonates. *AJNR Am J Neuroradiol* 2004; 25:469.
24. Heyman R, Heckly A, Magagi J, et al. Intracranial epidural hematoma in newborn infants: clinical study of 15 cases. *Neurosurgery* 2005; 57:924.
25. Podoshin L, Gertner R, Fradis M, Berger A. Incidence and treatment of deviation of nasal septum in newborns. *Ear Nose Throat J* 1991; 70:485.
26. Sooknundun M, Kacker SK, Bhatia R, Deka RC. Nasal septal deviation: effective intervention and long term follow-up. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1986; 12:65.
27. Holden R, Morsman DG, Davidek GM, et al. External ocular trauma in instrumental and normal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:132.
28. Hsu TY, Hung FC, Lu YJ, et al. Neonatal clavicular fracture: clinical analysis of incidence, predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Am J Perinatol* 2002; 19:17.
29. Lam MH, Wong GY, Lao TT. Reappraisal of neonatal clavicular fracture: relationship between infant size and neonatal morbidity. *Obstet Gynecol* 2002; 100:115.
30. Bhat BV, Kumar A, Oumachigui A. Bone injuries during delivery. *Indian J Pediatr* 1994; 61:401.
31. Caviglia H, Garrido CP, Palazzi FF, Meana NV. Pediatric fractures of the humerus. *Clin Orthop Relat Res* 2005; 49.
32. Menticoglou SM, Perlman M, Manning FA. High cervical spinal cord injury in neonates delivered with forceps: report of 15 cases. *Obstet Gynecol* 1995; 86:589.
33. Uhing MR. Management of birth injuries. *Pediatr Clin North Am* 2004; 51:1169.
34. Share JC, Pursley D, Teele RL. Unsuspected hepatic injury in the neonate--diagnosis by ultrasonography. *Pediatr Radiol* 1990; 20:320.