



ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ

**DOĞUM VE SEZARYEN
EYLEMİ YÖNETİM REHBERİ**

DOĞUM VE SEZARYEN EYLEMİ YÖNETİM REHBERİ

Giriş

Genel olarak sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanır.

Türkiye’de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %21.2 olan sezaryen oranının, 2008 TNSA ‘da %36.7 olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen oranı %15’dir. Gelişmiş batı ülkelerinde de 2008 itibariyle, %16.6(Norveç) ile %37.4(İtalya) arasında değişen sezaryen oranları bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğüne bunun nedenlerini ortaya koyacak geniş ölçekli retrospektif ve prospektif çalışmalar planlanmış olmakla birlikte, bu oranın yükselmesinde hekimin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanamaması, ebelerin aktif olarak doğumu takibi ve yaptırmasındaki yetersizlikler ve isteğe bağlı yapılan sezaryen uygulamaları (buna bağlı olarak da mükerrer sezaryenlerin artması) ve sezaryen endikasyonların genişletilmesi gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Günümüzde anestezi, kullanılan ilaç ve malzemeler, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik riskler, hastanede daha uzun kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler devam etmektedir.

Dünyada, isteğe bağlı sezaryen konusunda etik tartışmalar devam etmektedir. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO) sezaryeni isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2008’ de yaptığı açıklamada 39. haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılmasını kabul etmemektedir.

Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı sezaryenlerden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir.

Bakanlığımızca anne sağlığını korumak amacıyla ülke genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında doğum eylemi ve sonuçlarının izlenmesi çalışmaları yapılmaktadır. Bu çerçevede sezaryen endikasyonları ve sonuçlarının izlenmesi de önem arz etmektedir. Modern doğum hekimliğince önerilen tıbbi gerekçe ve endikasyonlara uyulması, hasta dosyalarına kayıtların belirli bir formda ve uygulama birliği içinde, detaylı ve doğru olarak yazılması, istatistiklerin düzgün tutulması ve etik kurallara uyulması bu hedefe ulaşmayı sağlayacak en önemli önlemlerdir.

Bu metin, uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacı ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ile Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Programı Bilim Kurulu tarafından hazırlanmış bir rehber niteliğindedir, değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin hukuki standartlarını oluşturmaz. Tıbbın ana prensibi olarak “hastalık değil hasta vardır” kuralına uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesini temel prensip olarak kabul eder.

Uygulamaya Yönelik Temel Öncelikler

- Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri göz önüne alınmalıdır.
- Annenin istemi, sezaryen için tek başına yeterli bir neden olmamakla beraber, kişiye ait aşırı korku, endişe, panik gibi psikolojik durumların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumlarda yeterli ve doğru danışmanlık verilmelidir.
- Sezaryen kararı, her hastanın bulguları bireyselleştirilerek verilmelidir.
- Tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi, sezaryen olgularında da bilgilendirilmiş rıza formu alınmalıdır.

Sezaryen Oranının Azaltılması

- Doğum eyleminin takip edildiği bütün gebeliklerde spontan doğum ilerleyişini izlemek için partograf kullanılmalıdır.
- Gebeliğin 36. haftasından itibaren komplikasyonsuz tekil makat bebeği olan gebelere, istisnai durumlar dışında (doğum eylemi başlamış olan, uterin skarı ve anormalliği olan, fetal sıkıntı, membran rüptürü olan, vajinal kanaması olan gebeler) dış sefalik versiyon (DSV) önerilebilir. Uygulama öncesi girişimin riskleri anne adayına bilgilendirilmiş rıza formu ile açıklanmalıdır.
- 42. gebelik haftasını aşan, komplikasyonsuz tekil gebelik yaşayan gebelerde, tedavinin bireyselleştirilmesi ve olguya göre karar verilerek doğum şeklinin belirlenmesi önerilmektedir. Doğumun indüklenmesi ile sezaryen oranında ve diğer komplikasyonlarda artış olabileceği bilinmelidir. Bu konu hakkında gerekli bilgiler anneye verilmelidir.
- Uygun olan vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğum önerilebilir. Uygulama öncesi girişimin riskleri anne adayına bilgilendirilmiş rıza formu ile açıklanmalıdır.
- Doğum öncesi dönemde ikinci izlemden itibaren normal doğum ve sezaryenle ilgili anne adaylarına danışmanlık verilmeli ve bu hizmet hazırlanacak eğitim materyelleri ile desteklenmelidir.
- Vajinal doğumda analjezi teşvik edilmelidir.

SEZARYEN ENDİKASYONLARI

Sezaryen ile doğum genel olarak aşağıda belirtilen durumlarda tercih edilmekle birlikte, bu endikasyonlar kesin olmayıp, olgunun özelliklerine göre doğum şeklinin bireyselleştirileceği, bulunulan koşullara göre karar verilmesi gereken durumlardır.

1. Fetal Endikasyonlar
 - 1.1. Fetal Sıkıntı
 - 1.2. Fetal Prezantasyon anomalileri
 - 1.2.a. Makat Prezantasyon
 - 1.2.b. Diğer Prezantasyon Anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)
 - 1.3. Çoğul Gebelikler
 - 1.4. Fetal Anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)
2. Maternal Endikasyonlar
 - 2.1. Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)
 - 2.2. Sistemik Hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon vb.)
 - 2.3. Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)
3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar
 - 3.1. Baş-pelvis Uyumsuzluğu
 - 3.2. Uzamış Eylem
 - 3.3. Fetal Makrozomi
4. Umblikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar
 - 4.1. Kordon Sarkması
 - 4.2. Plasenta Previa
 - 4.3. Ablasyo plasenta
 - 4.4. Vasa Previa

1.FETAL ENDİKASYONLAR

1.1.FETAL SIKINTI YÖNETİMİ

- Doğum sırasındaki gebelik haftası, konjenital anomali olması ve gelişme bozuklukları perinatal sonucu ciddi şekilde etkiler.
- Yenidoğan uzmanlarının kullandığı teknoloji ve prenatal bakımdaki ilerlemeler (yüksek riskli hastaların belirlenmesi, ultrasonografi ve erken doğum riski olanlarda antenatal steroidlerin artan kullanımı gibi) perinatal sonucu olumlu yönde etkilemektedir.
- Fetal kalp hızında düzelmeyen ve normale dönmeyen bir durum mevcutsa, perinatal morbidite ve mortaliteyi önlemek için sezaryen önerilir.

- Fetal sıkıntı tanısı konulan hastaya en geç 30 dakika içerisinde sezaryen yapılması gerekmektedir.

1. Fetal Sıkıntı Tanısını Koyunuz.

- 1) Partogram ve fetal kalp atım hızının fetoskop yardımı ile izlenmesi.
- 2) Aralıklı ya da sürekli elektronik fetal monitörizasyon.
- 3) Fetal saçlı deri kan örnekleme veya pals oksimetre.(Günümüzde bu yöntemler az sayıda hastanede uygulanabilmektedir ve pratik bir yaklaşım değildir.)

- Anormal kalp atım hızı eğrisi.
- Koyu-kalın mekonyumlu amnion sıvısı.

2.Fetal Sıkıntı Tanısı Var İse;

- Gebe sol yanına yatırılmalı veya oturur pozisyona getirilmelidir.
- Veriliyor ise oksitosin infüzyonu veya başka indüksiyon durdurulmalıdır.

3.Fetal Kalp Atım Hızını Değerlendiriniz.

- Normal kalp atım hızı kasılma esnasında yavaşlayabilir ancak genellikle uterus gevşer gevşemez normale döner.
- Kasılma olmadığı halde kalp atım hızının çok yavaş olması veya kasılma bittikten sonra yavaş devam etmesi fetal sıkıntıyı düşündürür.
- Hızlı kalp atım hızı annede yüksek ateş, annede kalp atım hızını arttıran ilaçlar (örn: tokolitik ilaçlar), koryoamnionitis, hipertiroidi veya yüksek tansiyona cevap olarak gelişebilir. Bu bilgilerin ışığı altında fetüste yüksek kalp atım hızı tespit edildiğinde ilk yapılması gereken maternal kaynaklı nedenlerin araştırılmasıdır.
- Anne kalp atım hızı normal olduğu halde fetüste yüksek kalp atım hızının varlığı fetal sıkıntının bir bulgusu olarak düşünölmelidir.

4. Mekonyum Varlığını Değerlendiriniz.

- Fetus matür hale geldikçe mekonyum ile boyanmış amnion mayisi sık olarak görülür ve tek başına fetal sıkıntının bir göstergesi olmayabilir. Kalp atım hızında anormallik olmaksızın mekonyumla boyalı amnion sıvı varlığında dikkatli olunmalıdır.
- Kalın-koyu mekonyum varlığı azalmış amnion mayisi içine mekonyum geçişi lehinedir ve eylem daha dikkatli izlenmelidir. Eğer bu bulgu doğum eyleminin erken fazında meydana geldiyse ve doğum eyleminin uzun süreceği (primigravida) öngörölüyorsa sezaryen düşünölebilir. Mekonyum

aspirasyonunu önlemek için doğumda gerekli ağız-burun aspirasyonu hızlı bir şekilde yapılmalıdır.

- Makat gelişte eylem esnasında fetüs karnına gelen bası nedeniyle mekonyum geçişi olur. Bu durum eylemin erken döneminde olmamak kaydıyla fetal sıkıntının bir bulgusu değildir.

5. Ek Kinik Bulgu Varlığını Değerlendiriniz.

- Enfeksiyon bulguları varsa (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) koryoamnionitte olduğu gibi antibiyotikler verilmelidir.
- Kordon gelen kısmın aşağısında veya vajinada ise kordon sarkması olarak yönetilmelidir.

6. Doğumu Planlayınız.

- Eğer fetus kalp atım hızındaki anormallik devam eder veya sıkıntının ilave bulguları var ise (kalın-koyu mekonyumlu amnion sıvısı) doğum planlanmalıdır:
 - Gerekli kondisyonların varlığında vakum ekstraksiyon veya forseps denenebilir. Aksi durumlarda sezaryen ile doğum gerçekleştirilir.
 - Serviks tam açık değil veya fetus başı 0 seviyesinin üstünde ise sezaryen ile doğurtulmalıdır.

FETAL SIKINTI AKIŞ ŞEMASI

Fetal sıkıntı tanısını koyunuz.
Anormal kalp atım hızı eğrisi
Koyu-kalın mekonyumlu amnios sıvısı
Fetal hipoksinin saptanması

Fetal sıkıntı tanısı (+)

Gebe sol yanına yatırılır veya oturur pozisyona getirilir
Veriliyorsa oksitosin infüzyonu veya başka indüksiyon durdurulur.

Fetal kalp atım hızındaki anormallik devam eder veya
Fetal sıkıntının ilave bulguları var ise (kalın-koyu mekonyumlu amnion sıvısı)

Enfeksiyon bulguları var ise
antibiyotik tedavisine başlayınız

Kordon sarkması var ise kordon
sarkması olarak yönetiniz

Hızlı bir şekilde doğumu planlayınız

Gerekli kondisyonların varlığında

Serviks açıklığı tam değil veya fetus başı 0
seviyesinin üstünde ise

Vakum ekstraksiyon veya forseps ile
doğurtunuz.

Sezaryen ile doğum gerçekleştiriniz.

1.2.FETAL PREZENTASYON ANOMALİLERİ

1.2.a.MAKAT PREZENTASYON YÖNETİMİ

Term tekil gebeliklerin yaklaşık %4'ü makat prezentasyondur. Gebelik haftası azaldıkça görülme sıklığı artar.

- Makat gelişlerin hepsinin doğumu, ameliyat yapma imkanı olan hastanelerde gerçekleştirilmelidir.

1.Makat prezantasyonunu antenatal dönemde değerlendiriniz.

Komplike olmayan tekil makat prezantasyonun tanımı:

- 37-42 haftalık gebelik
- Tam (fleksiyonlu) veya saf (ekstansiyonlu) makat
- Feto-pelvik uyumsuzluk yok
- Fetal baş tam fleksiyonda veya hiperekstansiyonu yok (Leopold 3, 4)
- Fetal anomali yok
- Herhangi bir mekanik engel yok
- Fetusun klinik olarak 3500 gr'ın altında hesaplanması

Komplike olmayan tekil makat prezantasyonu tanısı konulduğunda gebelik, 36 haftadan büyük ise ve kontraendikasyon yoksa DSV önerilir. DSV başarılı olursa, sonraki izlemlerde halen sefalik geliş ise vajinal doğum yaptırılır. DSV başarısız olursa veya DSV başarılı olduğu halde sonraki izlemlerde halen makat geliş ise doğum seçeneklerini tartışın. Gebelik 36 haftadan büyük ve DSV için kontraendikasyon varsa doğum seçeneklerini tartışın.

Ancak DSV ülkemiz doğum hekimliğinde yaygın kullanılan bir yöntem değildir. Hekimin bu konuda deneyimi olması durumunda alternatif olarak sunulabilir.

- Tahmini fetal ağırlık 2500-3500 gram arasında olan saf ve tam makat prezantasyona sahip multipar gebelerde planlanmış vajinal doğum önerilebilir.
- Vajinal makat doğumlarda uzmanlaşmak çok önemlidir ve bu pratiğe sahip olunmadan doğum eyleminin denenmesi önerilmemektedir.
- DSV başarılı olursa normal eylem takibi yapılır.
- DSV başarısız olursa vajinal makat doğum olarak izlenir veya sezaryen ile doğurtulur.

2.Makat prezantasyonunda doğum eylemi için aşağıdakileri yapınız.

- Kadın doğum uzmanı aktif eylemin başlangıcından itibaren haberdar edilmelidir.
- Planlanmış vajinal makat doğum için olması gereken hastane koşulları şunlardır;

- Deneyimli ebe
- Pediatri uzmanı
- Travayı izlemek ve doğumu yaptırmak için gerekli donanıma sahip kadın doğum uzmanı
- Acil sezaryen için ameliyathane ve acil koşullarının olması
- Gebe, düzenli olarak muayene edilerek eylemin ilerleyişi doğum eylemi izlem grafiğinde işaretlenmelidir.

3.Servikal dilatasyonu değerlendiriniz.

- Servikal Dilatasyonun:
 - Multiparlar için 3 cm' den sonra saatte en az 0.5 cm açılarak ilerlemesi,
 - Nulliparlar için 3 cm.' den sonra 1.5 saatte en az 0.5 cm açılarak ilerlemesi,
 - Tam dilatasyondan sonra 2 saat içerisinde makatın perineye inmesi gereklidir.

4.Eylem takibinde bu kriterlere uymayan durumlarda uzamış eylemden söz edilir.

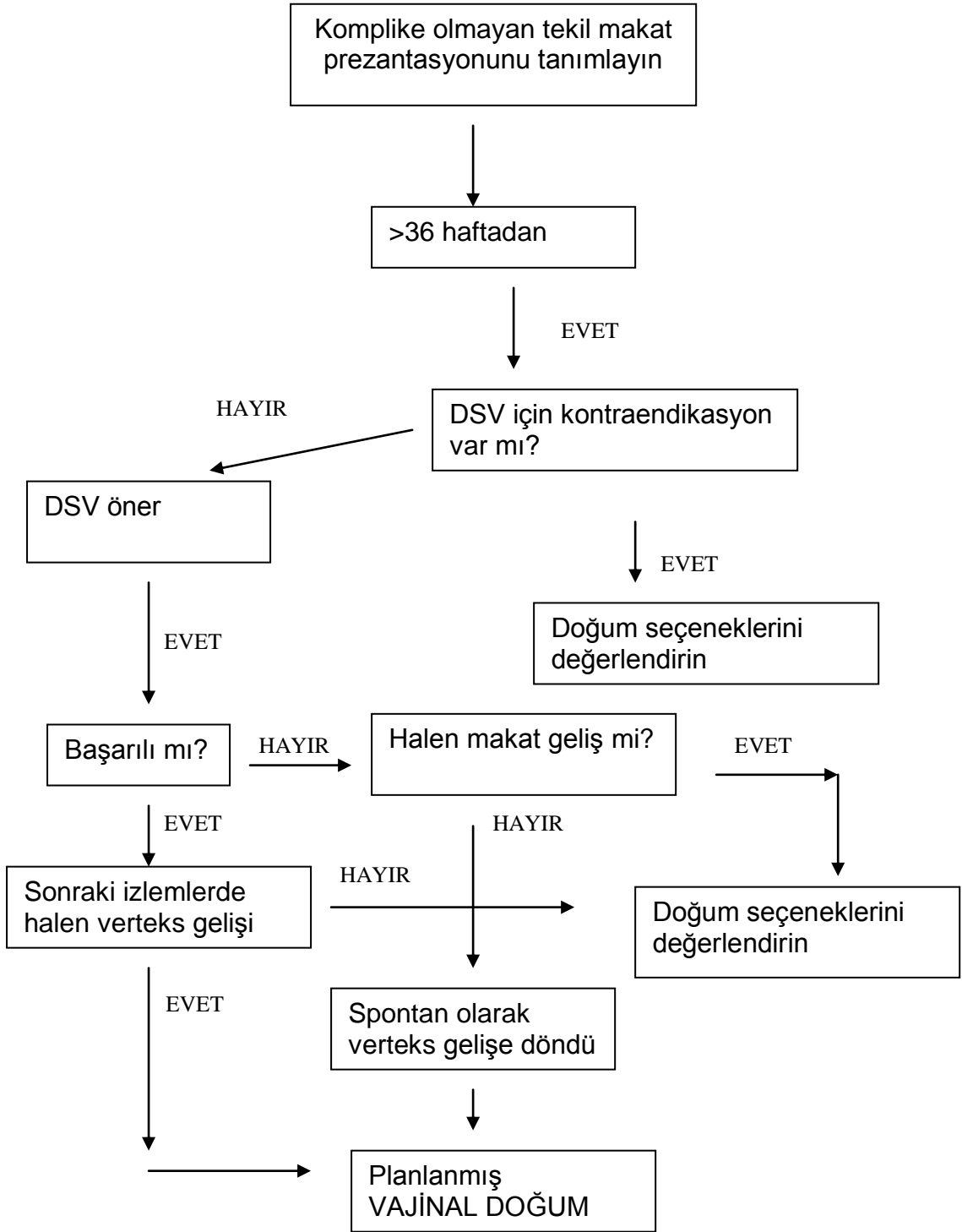
- Makat perineye inene kadar gebeye aktif itme hareketi yaptırılmamalıdır.
- Bir saatlik aktif itmeden sonra doğum yakındır.
- Gebeye aktif doğum pozisyonu verilir.
- Eğer toraksın doğumu yavaşlarsa "Lovsett" manevrası yapılmalıdır. Takiben kontrollü ve nazik bir şekilde baş doğurtulmalıdır.
- Gerekli durumlarda arkadan gelen başa bu konuda yeterli donanım ve deneyime sahip obstetrisyence forseps uygulanabilir.

5.Makat prezantasyonda sezaryen ile doğumu değerlendiriniz.

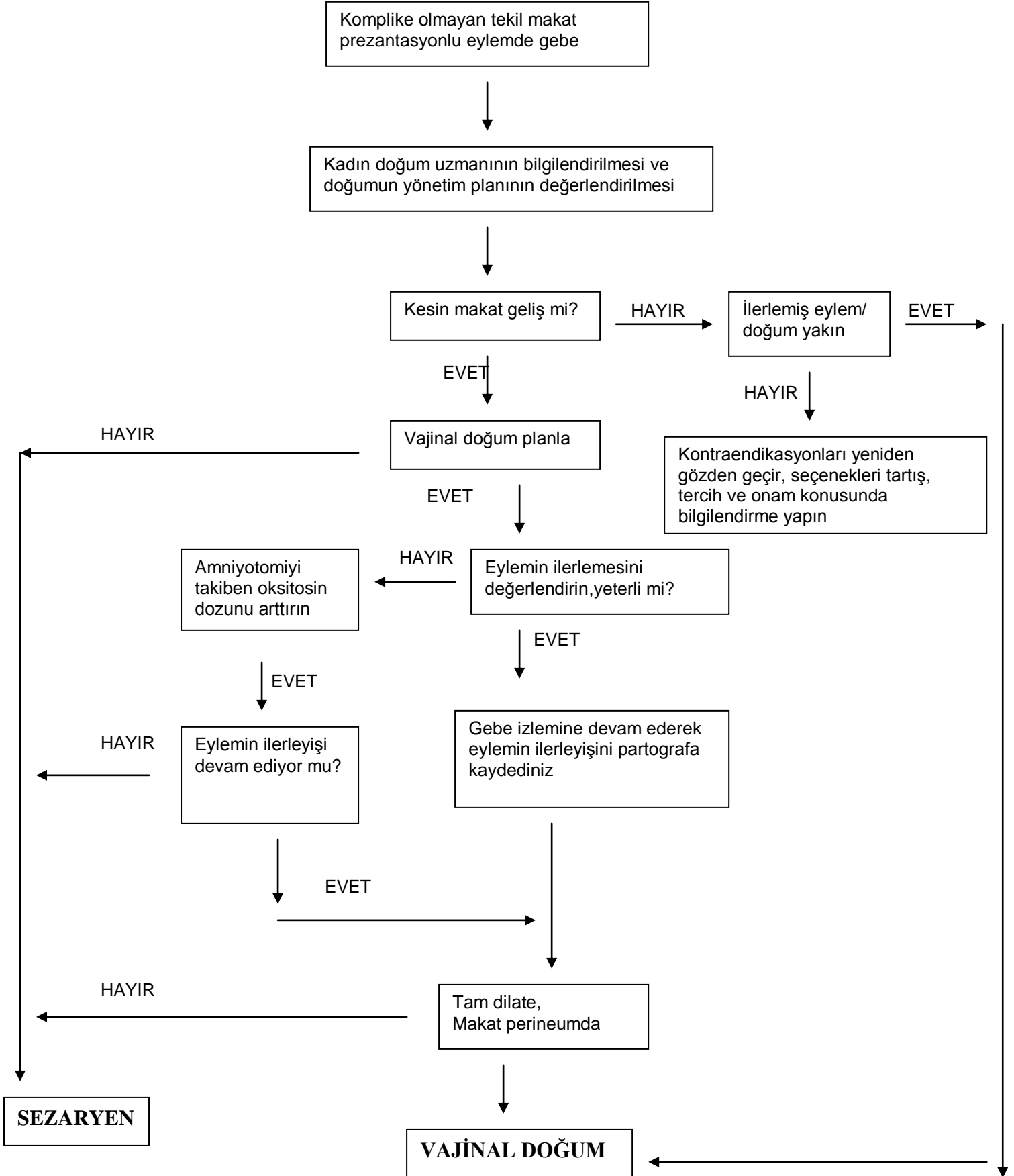
- Makat gelişte uzamış eylem bir sezaryen endikasyonudur.
- Zarlar açılmamalıdır, zarlar açılınca gebe kordon sarkması açısından hemen muayene edilmelidir.
- Eğer kordon sarkarsa ve doğum yakın değil ise sezaryen ile doğurtulmalıdır.
- Erken makat doğumda fetüsün gestasyonel haftası 34. gebelik haftasından küçük ise sezaryen uygundur.
- Makat prezantasyonda, sezaryen ile doğum aşağıda sıralanan durumlarda sıklıkla önerilmektedir;
 1. Büyük fetüs
 2. Uygunsuz pelvis
 3. Boyunda kordon dolanması
 4. Başın hiperekstansiyonu

5. 12 saat veya daha uzun süre önce gelişen membran rüptürü varlığında spontan travayın başlamamış olması
6. Uterus disfonksiyonu
7. Ayak prezentasyonu
8. 34. gebelik haftası ve altındaki gebeliklerde, görünüşte sağlıklı olan preterm fetusta, annenin aktif doğum eyleminde olması
9. Ciddi fetal büyüme geriliği
10. Geçirilmiş perinatal ölüm veya doğum travmalı çocuk hikayesi
11. Sterilizasyon istemi

**MAKAT PREZANTASYONLU GEBENİN
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEMDE DEĞERLENDİRİLMESİ
AKIŞ ŞEMASI**



MAKAT PREZANTASYONDA EYLEM VE DOĞUM AKIŞ ŞEMASI



1.2.b.1. YAN GELİŞ (TRANSVERS GELİŞ)YÖNETİMİ

- Eylemin erken döneminde ve zarlar açık değil ise fetüsü dışardan döndürme (eksternal versiyon) denenebilir. Bu prosedürün erken doğuma ve ablasyo plasentaya yol açabileceği anne adayları ile bilimsel ölçülerde tartışılmalı ve gerekirse anne adayının rızası ile elektif şartlarda sezaryen düzenlenmelidir.
- Gebe 36. gebelik haftasından sonra doğum yapacağı hastaneye yakın yerde ikamet etmelidir.
- Dışardan döndürme girişimi başarılı olursa normal eylem takibi yapılır.
- Dışardan döndürme girişimi başarılı olmaz ise veya yapılması uygun değil ise gebe sezaryen ile doğurtulmalıdır.
- Kordon sarkması konusunda obstetrisyenin uyanık olması ve izlemi dikkatli bir şekilde yapması gerekir. Kordon sarkması olur ve doğum yakın değil ise gebe sezaryen ile doğurtulmalıdır.
- Transvers geliş malprezentasyonların en tehlikelisi olup, yüksek morbidite ile seyrettiğinden istisnai örnekleri göz önüne almadan (DSV vs.) elektif sezaryen düzenlenebilir.
- Olgu ihmal edilirse uterus rüptürü gelişebilir. Obstetrisyen anne adayları ile görüşüp maternal-fetal mortalite riskini tartışmalı ve sezaryen önermelidir.

1.2.b.2 ALIN GELİŞ YÖNETİMİ

- Fetüs canlı ise sezaryen ile doğurtulur
- Fetus ölü ise vajinal doğum ön planda düşünülmelidir

1.2.b.3 YÜZ GELİŞ YÖNETİMİ

Çene Arkada Pozisyon (Mentum posterior)

- Sezaryen ile doğurtulur
- Fetus ölü ise vajinal doğum ön planda düşünülmelidir.

Mentum Anterior

- Yakın izlem ile vajinal doğum sağlanabilir.

1.3.ÇOĞUL GEBELİKLERİN YÖNETİMİ

- Çoğul gebelikler 15/1000 sıklıkla gebeliklerde gözlenmektedir, bunların da büyük çoğunluğunu ikiz gebelikler oluşturmaktadır (ikiz gebelikler:14.4/1000, üçüz gebelikler:4/10000).
- Çoğul gebeliklerde perinatal morbidite ve mortalite (serebral palsy, ölü doğum, neonatal ölüm vb.) oranları anlamlı bir şekilde arttığından doğum şeklinin belirlenmesi önemli bir süreçtir.

- Komplike olmayan ikiz gebeliklerde, planlı sezaryen için en ideal hafta 38. gebelik haftası olarak görünmektedir. Bununla birlikte, ikiz gebeliklerin büyük bir çoğunluğu 35-38. gebelik haftaları arasında doğmaktadır. 35. gebelik haftasından önce gerçekleşecek doğum sonucu bebeklerde solunum sorunları riski artmaktadır.
- **ÇOĞUL GEBELİKLER YETERLİ DENEYİM VE DONANIMA SAHİP MERKEZLERDE DOĞURTULMAK ÜZERE PLANLANMALIDIR.**
- **ÇOĞUL GEBELİKTE DOĞUM EYLEMİ**

1-Fetüs Sayısını Belirleyiniz.

- Fetüs sayısı USG ve abdominal muayene ile belirlenir.

2-Birinci Bebeği Değerlendiriniz.

- Verteks gelişi ise tekil verteks geliş gibi eylemin ilerlemesine izin verilir ve eylemin ilerleyişi doğum eylemi grafiği (partogram) kullanılarak izlenir, olağan dışı durum yok ise vajinal doğum uygulanır.
- Makat gelişi ise sezaryen tercih edilen yöntemdir.
- Yan gelişi ise sezaryen ile doğurtulur.

3.- İkizler Monoamniyotik İse;

- Bu ikiz gebelikler, ikizlerin doğum anında kilitlemesi ve kordonlarının birbirine düğümlenmesi gibi perinatal mortaliteyi arttıran özellikler ile ilişkilidir. Tanı USG kullanımı ile mümkündür. Bu durumda doğum tercihi sezaryen olmalıdır.

4.-İkinci Bebeği Değerlendiriniz.

Birinci bebek vertex ve ikinci bebek vertex geliş ise;

- vajinal doğum yapılır.
- İlk bebeğin doğumunu takiben fetal sıkıntı bulguları gözden geçirilir.
- İkinci fetus mortalite ve morbidite açısından her zaman yüksek riske sahip olmasına rağmen bu riskin büyük bir bölümü birinci fetus lehine büyümenin uygunsuzluğundan kaynaklanır.

Birinci bebek vertex, ikinci bebek vertex geliş değil ise;

İkinci Bebek Makat Geliş ise,

- Vajinal doğum planlanır.
- Kasılmalar arasında fetüs kalp atım hızı kontrol edilir.

- Olağan dışı durum var ve vajinal doğum mümkün değil ise sezaryen ile doğurtulur.

İkinci Bebek Yan Geliş İse;

- İnternal podolik versiyon (İPV) ile vajinal doğum planlanır (eğer hekim yeterli tecrübeye sahip ve teknik koşullar uygun ise). İPV işlemleri yüksek morbidite ve mortalite ile seyredilmektedir. Dolayısı ile fetüs-fetüslerin malprezentasyonu veya malpozisyonları önceden öngörülebiliniyorsa sezaryen planlanabilir.

Her iki durumda da yeterli deneyim ve uygun koşullar yok ise sezaryen tercih edilebilir

Not: Uterusta skar var, membranlar açılmış, amnion mayisi kalmamış ve uygulayacak kişinin eğitimi yok ise İPV girişiminde bulunulmaz. Bebek kolayca dönmüyor ise ısrar edilmez.

Olağan Dışı Durumlar;

- Anormal kanama
- Kordon prolapsusu
- İkinci bebeğin birincisinden çok büyük olması
- Serviksin kasılması ve birinci bebeğin doğumundan sonra kalınlaşması, kendiliğinden dilate olamaması
- Fetal kalp seslerinin 100/dk altına inmesi, 180/dk üstüne çıkması

Bu durumlarda sezaryen ile acil doğum planlanmalıdır.

5.Üçüz ve Üzeri Gebeliklerde İse;

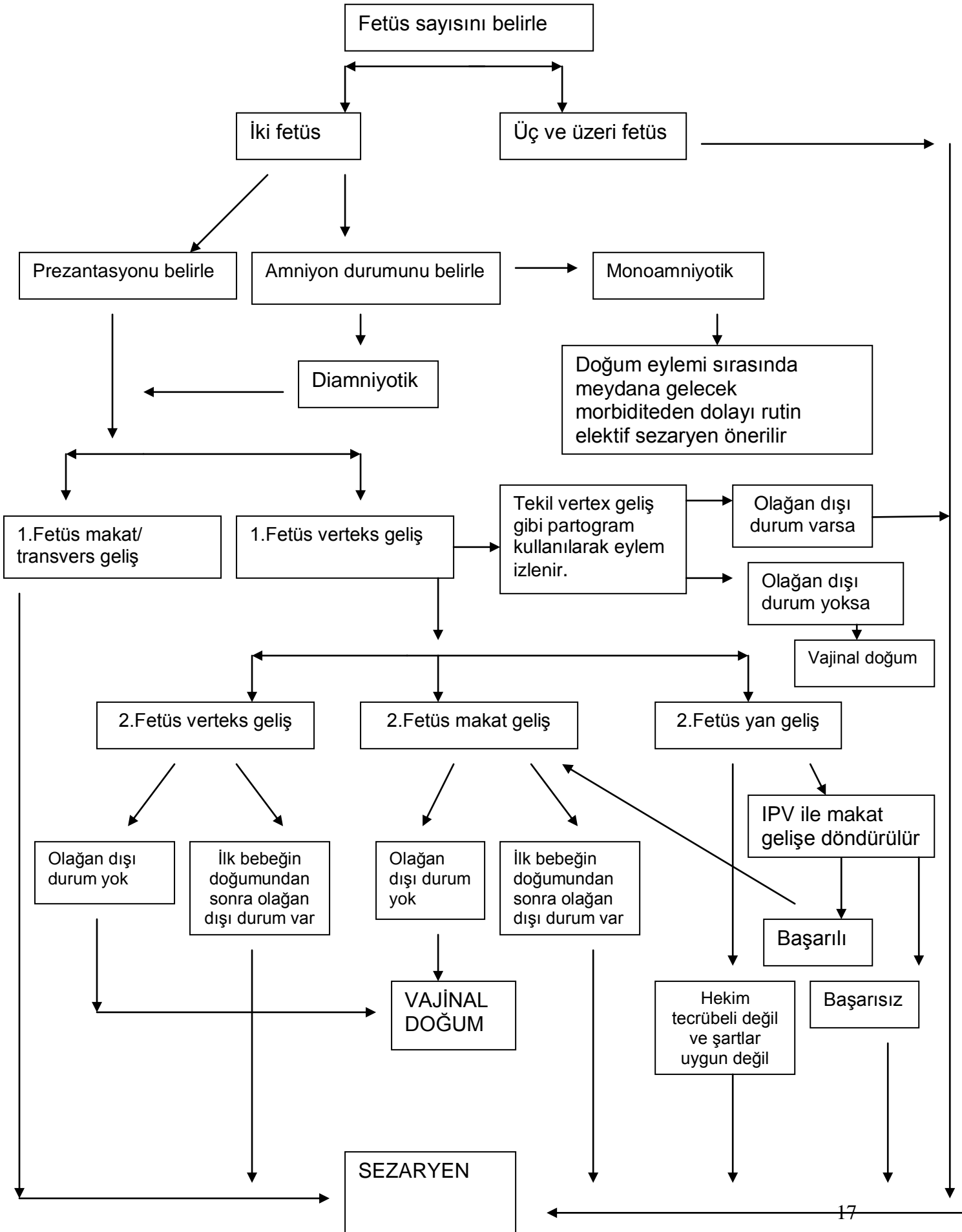
-Doğumda düşük Apgar skoru olasılığını ve perinatal ölüm insidansını düşürdüğü için sezaryen uygulanır.

6. Düşük Doğum Ağırlıklı İkizler İse;

- Prezantasyon vertex-vertex geliş ise ve de fetüslerin doğum ağırlığının 1500 gram altında olduğu düşünülüyorsa literatür vajinal doğumu desteklemektedir. Bununla birlikte, düşük doğum ağırlığının, intrauterin gelişme geriliği (IUGR) gibi kronik hipoksiye bağlı bir sonuç olabileceği ve fetal sıkıntı ile karşılaşılabilen gözden kaçırılmamalıdır. Çoğul gebeliklerde, koryonite tayinine göre ikizler arasında gelişim yönünden dengesizlik olabileceği ve bu sebeple plasental rezervin değerlendirilmesi için Doppler USG'nin gerekebileceği unutulmamalıdır. Eğer, fetüslerden birinde veya ikisinde kronik hipoksi bulguları mevcut ise, gebeliğin sezaryenle sonlandırılması uygundur.

- Düşük doğum ağırlıklı (1500 gram altı) vertex geliş olmayan ikinci ikizin olduğu durum çok tartışmalıdır ve anne ile bebek arasındaki kar-zarar oranını değerlendirmek zordur. Bu durumda hekim bulunduğu koşulları ve eğitimi göz önüne alarak doğumu planlamalıdır.

ÇOĞUL GEBELİK AKIŞ ŞEMASI



1.4.FETAL ANOMALİLER

- Fetal myelomeningosel, sakrokoksigeal teratom, fetal batin ön duvarı defektleri ve non-immun hidrops gibi durumlarda sezaryen ile doğum önerilebilir.
- Genel olarak fetal anomalilerde doğum şekli olgunun özelliklerine göre bireyselleştirilmelidir. Bu olgularda sezaryenden beklenen perinatal morbidite ve mortaliteyi düşürmektir.

2.MATERNAL ENDİKASYONLAR

2.1.GEÇİRİLMİŞ UTERUS CERRAHİSİ

SEZARYENDEN SONRA VAJİNAL DOĞUM YÖNETİMİ

- Sezaryen sonrası vajinal doğum ile tekrar sezaryen arasında doğru tercih yapılabilmesi için her iki durum hakkındaki gerekli bilgilendirme tam olarak yapılmalıdır.
- Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) sadece uygun merkezlerde uygulanmalıdır. Bu tip merkezlerde, 24 saat hizmet veren kan bankası, 24 saat fetal monitorizasyon ve 24 saat cerrahi yapabilecek ekibe ihtiyaç vardır. Dolayısıyla acil konsültan hekimin ve anestezi verecek ekibin hastanede kalmadığı durumlarda bu uygulama yapılmamalıdır.
- Kanıtlanmış herhangi bir kontrendikasyon yoksa, daha önce transvers alt segment kesili sezaryen ile doğum yapmış gebelere, maternal ve perinatal risk ve faydalar ile ilgili uygun bir tartışmadan sonra SSVD, uygun koşulları taşıyan merkezlerde önerilebilir. Ancak uterustaki skar dokusunun alt segment lokalizasyonu dışında bulunması olasılığı varsa vajinal doğum denenmemelidir.
- Eğer gebe SSVD' yi tercih etti ise, bunu açık bir şekilde ifade etmelidir. Daha önceki uterin insizyonun yeri hakkında bilgi yok ise, bu konuda gebeye bilgi verilerek perinatal mortalite riskinin arttığı vurgulanmalıdır. Bu bilgi açık bir şekilde prenatal kayıtlarda yer almalıdır.
- Daha önce sezaryen ile doğum yapmış gebeler antenatal bakım sırasında tercihan 36. haftadan önce kadın doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.
- Daha önce iki kez sezaryen ile doğum yapmış ve vajinal doğum için herhangi bir ek risk faktörü olmayan gebelere riskler ve yararlar (yukarıdaki belirtilen riskler) anlatıldıktan sonra planlanmış vajinal doğum önerilebilir.
- Sınırlı sayıdaki veri daha önce sezaryen ile doğum yapmış gebelerde oksitosin ile eyleme yardımının dikkatli bir şekilde kullanımını önermektedir.

- Başarılı vajinal doğum şansını arttırdığına dair herhangi bir kanıt olmamasına rağmen daha önce sezaryen ile doğum yapmış gebelere epidural anestezi önerilebilir.
- Daha önce sezaryen ile doğum yapmış gebelerde sürekli elektronik fetal izlem yapılmalıdır.
- Hangi izlem metodu seçilirse seçilsin fetal kalp atım hızı kaydedilmelidir. Fetal kalp atım hızındaki bozukluklar acil olarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanı konsültasyonunu gerektirir.
- Önceden hem vajinal doğum hem de sezaryen ile doğum yapmış olan gebelerin vajinal doğuma daha yatkın olduğu bilinmelidir.
- Her hastanenin, olası acil sezaryenden sorumlu konsültasyon hekimine nasıl ulaşılabileceğine dair yazılı bir politikası olmalıdır.

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Koşulları;

- Sezaryenin alt segment transvers insizyonla yapılmış olması
- Uterusta sezaryen dışında başka skar ya da anormallik olmaması
- Pelvik darlık olmaması
- Fetüsün 4000 gramın altında olması
- Hastanın tüm eylem süresince bir hekimce izlenebilmesi ve gerektiğinde acil sezaryen yapılabilme koşullarının bulunması
- 24 saat fetal monitorizasyonun gerçekleşeceği koşulların bulunması
- Acil bir durum için gereken anestezi ekibi ve ameliyathane koşullarının bulunması
- Acil bir durum halinde kan nakline olanak sağlayan koşulların bulunması

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Kontrendikasyonları;

- Daha önce klasik veya ters T insizyonu olanlar
- Geçirilmiş histeretomi ve myomektomi operasyonları
- Geçirilmiş uterus rüptürü
- Bazı plasenta previa ve prezentasyon bozukluklarında olduğu gibi eylemin kontrendike olduğu durumlar
- Daha önce bilinmeyen bir şekilde (alt segment, T, klasik insizyon) sezaryen operasyonu geçiren gebe, vajinal doğum isteğinde bulunursa, uterus rüptürü ve perinatal mortalite riskinin, önceki uterin kesinin alt segment insizyonu olmadığı durumlarda daha fazla olduğu açıklanmalıdır.

1-Antenatal süreçte gebeyi değerlendiriniz.

Göz önünde bulundurulması gerekenler:

- Önceki uterus insizyon tipi
- Gebelik yaşı

- Diğer tıbbi koşullar

2-Riskleri ve yararlarını değerlendiriniz.

Yararları:

- Azalmış enfeksiyon riski
- Azalmış kan kaybı ve kan transfüzyonu, azalmış pıhtılaşma bozuklukları
- Erken mobilizasyon
- Azalmış tıbbi müdahale ihtiyacı
- Daha önce sezaryen olmuş ve uygun vajinal doğum kondisyonları taşıyan gebelerin vajinal doğum başarı oranları % 60-80'dir.

Riskleri:

- Uterus rüptürü [% 0.2-1.5 (önceki sezaryende alt transvers insizyon ise)]
- Acil sezaryen gereksinimleri (% 30)
- Fetal sıkıntı ve bebek için yenidoğan ünitesine ihtiyaç

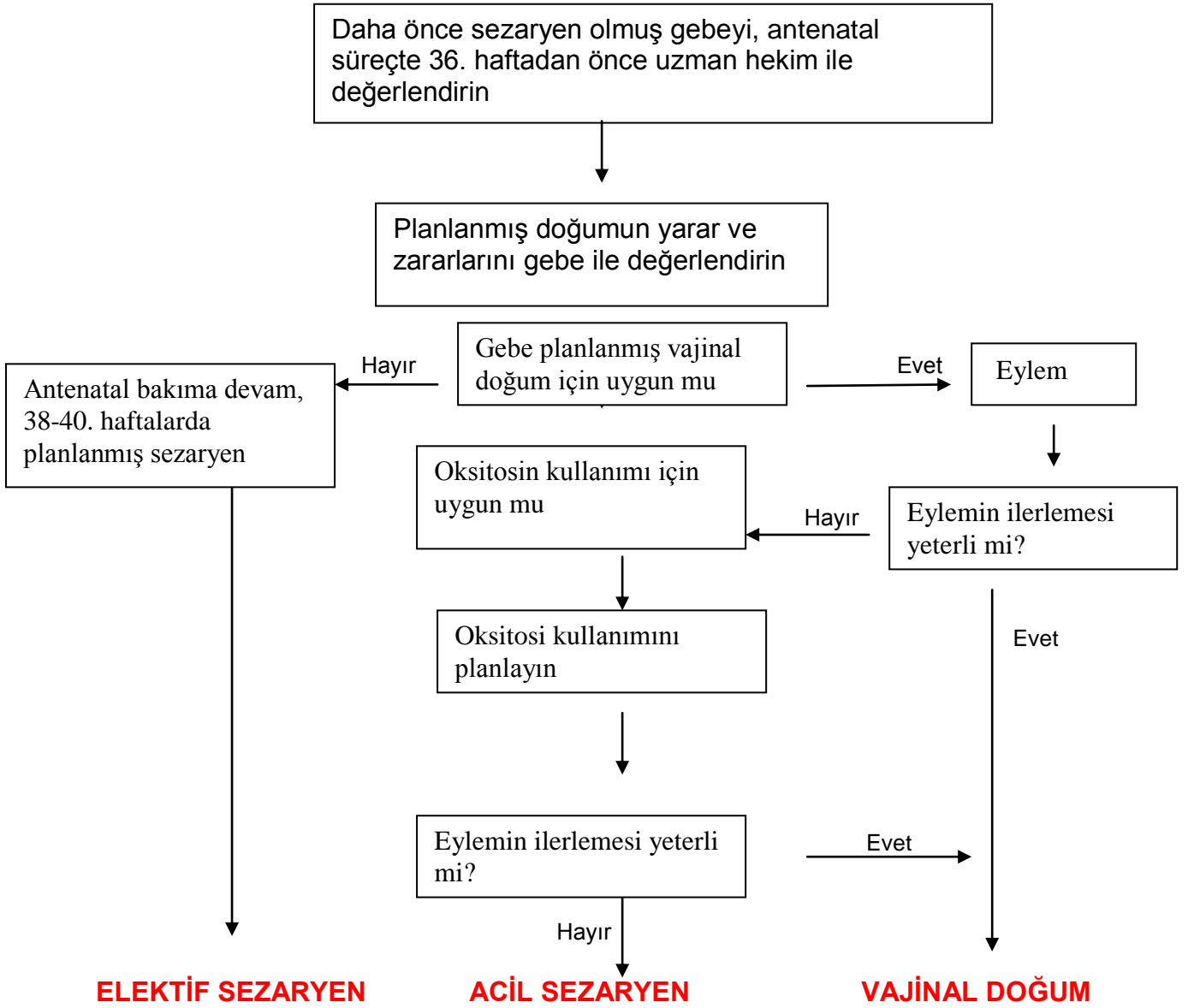
3-Planlanmış vajinal doğum için;

- Planlanmış vajinal doğum için, hastanede olması gereken koşullar:
 1. Yeterli beceriye sahip ebe, kadın doğum uzmanı, yenidoğan uzmanı
 2. Fetal monitorizasyon olanağının olması
 3. Acil sezaryen durumu için, ameliyathane ve anestezi olanakları
 4. Doğumda ağrının azaltılması (kişisel tercihtir)
 5. Elektronik metotlarla ya da fetoskop ile dinleme yoluyla izlem
 6. Damar yolunun açılması
 7. Kan transfüzyonu imkanı
 8. Oksitosin ile eyleme yardım (kontrendike değildir)

4- Oksitosin kullanımı;

- Kanıta dayalı olarak tavsiye edilebilecek çok etkili oksitosin dozu bulunmamaktadır.
- Oksitosin kullanım süresi 6 saatle sınırlıdır.
- Uterus rüptürü için izlem sürdürülmelidir.

SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM AKIŞ ŞEMASI



2.2. SİSTEMİK HASTALIKLAR

GEBELİĞİN HİPERTANSİF HASTALIKLARI

PREEKLAMPSİ - EKLAMPSİ YÖNETİMİ

- Hipertansiyonlu gebede fetüste ciddi gelişme geriliği veya sıkıntı (distres) bulgusu varsa ileri değerlendirme ve muhtemelen doğumu hızlandırmak için gebe hastaneye yatırılmalıdır. Bununla birlikte, sadece tansiyon yüksekliği bile takip için hospitalizasyon gerektirebilir.
- Gebe ve ailesi preeklampsi ve eklampsinin tehlike bulguları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Hafif preeklampsi olguları, gebelik haftası ve fetüsün matürasyonuna göre değerlendirilerek tedavileri düzenlenmelidir.
- Ağır preeklampsi ve eklampside gebelik haftası ne olursa olsun maternal klinik durum stabilize edilerek doğum sağlanmalıdır.
- Ağır preeklampsi ve eklampside MgSO₄ perfüzyonu altında doğum eylemi indüklenmelidir. İndükleme başarısız olduğunda sezaryen ile doğum düşünülebilir. Eğer 34. gebelik haftasından önce doğum öngörülüyor ise fetal akciğer matürasyonun sağlanması için maternal steroid uygulaması yapılabilir, ancak bu durum doğumu geciktirmemelidir. Ek olarak, doğum sonrası yenidoğan bakımı koşullarının da sağlanmış olması gerekmektedir.
- Eklamptik gebeleri mümkün olan en kısa sürede doğurtmak gerekir. Gebenin gerekli vital bulguları düzeltildikten sonra indüksiyon ile doğum sağlanmaya çalışılır, indüksiyon başarısız olur ya da başka obstetrik endikasyonlar çıkar ise sezaryen ile doğum planlanmalıdır.
- Serviks değerlendirilmelidir.
 1. Serviks olgun ise (yumuşak, ince, kısmen açık) membranlar açılır ve oksitosin kullanılarak doğum eylemi indüklenir.
 2. Fetal kalp atım eğrisinde anormallik varsa sezaryen ile doğum gerçekleştirilir.
 3. Serviks olgun değil (sert, kalın, kapalı) ise prostaglandinler kullanılarak serviks olgunlaştırılabilir veya sezaryen ile doğum gerçekleştirilir.
- Fetüs ölü veya immatür ise;
 1. Vajinal doğum planlanır.
 2. Serviks olgun değil ise (sert, kalın, kapalı), prostaglandinler ile serviks olgunlaştırılır.
 3. Bunlara rağmen vajinal doğum gerçekleşmiyorsa sezaryen ile doğum planlanabilir

KRONİK HİPERTANSİYON YÖNETİMİ

- Kronik hipertansiyonlu hastada komplikasyon gelişmez ise termde doğum planlayınız. Bununla birlikte, kronik hipertansiyona bağlı fetal morbidite ve mortalite de artış olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Ek olarak, bu tip hastalar da preeklampsi riskinin arttığı bir gerçek olup olguların yakın izlemi gerekmektedir .
- Fetal kalp atım eğrisinde anormallik var ise fetal sıkıntıdan şüphelenilmelidir.
- Eğer fetüste ciddi gelişme geriliği var ve gebelik yaşı güvenilir ise serviks değerlendirildikten sonra doğum düşünülmelidir.

Not: Gebeliğin ultrasonografi ile geç gebelikte değerlendirilmesi gestasyonel yaş açısından güvenilir değildir.

- Eğer serviks olgun ise (yumuşak, ince, kısmen açılmış) membranları açarak oksitosin ile doğum eylemi indüklenmelidir.
- Eğer serviks olgun değil ise (kalın, sert, kapalı), prostaglandin kullanarak serviks olgunlaştırılmalıdır.
- Doğum eylemi izleminde olağan dışı bir durum gerçekleşir ise sezaryen ile doğum gerçekleştirilir.

2.3.ANNEDEN FETUSA BULAŞABİLECEK MATERNAL ENFEKSİYONLAR

Bu başlık altında genel olarak maternal HIV(human immunodeficiency virus), Hepatit B virus, Hepatit C virus ve genital herpes simplex virus (HSV-2) ele alınmaktadır.

HIV

- Anneden çocuğa bulaş, hiçbir müdahale yapılmayan doğumların yaklaşık %25.5'inde görülür. Antiretroviral tedavi, sezaryen ile doğum, anne sütü ile beslenmeme birlikteliği ile bu oran %1'e düşmektedir.
- Sezaryen ile doğum çocuğa bulaş anlamlı bir şekilde azaltmaktadır (0.05 vs 0.55).
- HIV pozitif gebelere planlanmış sezaryen önerilmelidir.

Hepatit B virus

- Bulaş doğumda ve postnatal dönemde gözlenmektedir.
- Hepatit B immunglobulin ve hepatit B aşısının bebeğe doğumda ve sonrasında (1. ve 6. aylarda) uygulanması ile bulaş önemli ölçüde azalmaktadır.

- Sezaryen ile doğum ile bulaşın azalacağı düşünülse de bu konuda yapılmış yeterli çalışma bulunmamaktadır.
- Yeterli kanıt olmadığından hepatit B pozitif gebelere planlanmış sezaryen önerilmemektedir.

Hepatit C virus

- Bulaş riski düşüktür (%3-5).
- Elimizdeki verilere göre doğum şekline göre virusun bulaş riski değişmemektedir.
- Bulaş riski değişmediğinden dolayı hepatit C pozitif gebelere planlanmış sezaryen önerilmemektedir.
- Ancak hepatit C pozitif olup HIV virusu ile co-infekte olan gebelere planlanmış sezaryen önerilir.

Genital herpes simplex virus (HSV-2)

- Seksüel olarak bulaşan ülseratif enfeksiyondur.
- Neonatal HSV yüksek mortalite ile seyreden sistemik bir hastalıktır ve enfekte annenin doğum kanalından temas ile bulaştığı düşünülmektedir (1.65/100000 canlı doğum).
- Yeterli kanıt olmasa da neonatal herpes yüksek mortalite ile seyrettiğinden doğum kanalında lezyon bulunan HSV-2 enfeksiyonunda sezaryen ile doğum önerilmektedir.
- Rekürrent HSV-2 enfeksiyonu olan gebelerde planlı sezaryenin neonatal HSV riskini azalttığı yönünde bir etkisinin olduğu kesin değildir.

3.TRAVAY VEYA DOĞUMA AİT ENDİKASYONLAR

3.1.UZAMIŞ EYLEM (DİSTOSİ)

- Distosi dört farklı anomalinin tek tek veya kombinasyon halinde görülmesi ile oluşur;
 1. İtici güçlerdeki anormallik;
Serviksin dilate olması veya silinmesine yetmeyecek şiddetteki uterin kontraksiyonlar (uterin disfonksiyon) veya doğumun ikinci aşamasında yetersiz istemli kas eforu.
 2. Maternal kemik pelvis anormallikleri; Pelvik kontraksiyon
 3. Fetüs gelişim, pozisyon veya prezantasyon anormallikleri
 4. Fetüsün ilerlemesine engel teşkil eden ürogenital sistem yumuşak doku anormallikleri

3.2. BAŞ-PELVİS UYUMSUZLUĞUNA BAĞLI ANORMAL EYLEM

- Baş-pelvis uyumsuzluğu ifadesi; fetal baş ve maternal pelvis şeklinin (üç boyutlu) normal vajinal yolla doğuma olanak sağlamadığı, doğum eyleminin bu nedenle tıkanıdığı durumlarda kullanılır. Bu uyumsuzlukların çoğu fetal başın malpozisyonundan kaynaklanmaktadır (asinklitizm, hiperekstansiyon vb.)
- Oksitosin ile augmentasyona rağmen eylemin durması halinde baş-pelvis uyumsuzluğundan veya olası bir makrozomik fetustan şüphelenilmelidir.

Bu durumda;

1. Vajinal doğuma devam edilmesi kanama ve uterin rüptür riskini artırır.
 2. Uzamış membran rüptürü nedeni ile anne ve fetüs için enfeksiyon riskini artırır.
 3. Omuz distosisine bağlı anne ve fetüste travma riskini artırır. Bununla birlikte makrozomik olmayan bebeklerde de omuz distosisi gerçekleşebilir. Omuz distosisini doğum eyleminden önce ve doğum eylemi sırasında öngörmek mümkün değildir.
- Pelvimetri eylemde "ilerleme olmamasını" öngörme konusunda yararlı değildir, o yüzden doğum biçimi konusunda karar vermede kullanılmamalıdır.
 - İntrapartum bakımda aşağıdakilerin "eylemin ilerlemesi" konusunda sezaryen olasılığını etkilediği görülmüştür ve bu yüzden gerekmedikçe bunlar önerilmemektedir.

-Doğum eyleminin aktif yönetimi (indüksiyon)

-Erken amniyotomi.

- Distosiye bağlı gereksiz sezaryenleri azaltabilmek için endikasyonsuz doğum indüksiyonlarından kaçınılması ve serviksi uygun olmayan hastalarda serviksi olgunlaştıracak prostoglandin preparatlarından faydalanılması gerekmektedir.

Baş-Pelvis Uyumsuzluğuna Bağlı Anormal Eylem Yönetimi

1. evre

- Partograf kullanarak uzamış eylemin erken tanısı ve yönetimi yapılmalıdır.
- Baş-pelvis uyumsuzluğunun ekarte edildiği ağrı zaafına bağlı uzamış eylem tanısı koyulduktan sonra amniyotomi yapılır ve oksitosin uygulanır.
- Eğer uterus aktivitesi sağlandıysa eylem hala zor ilerliyorsa mekanik engel düşünülmelidir. Bu durum kesin baş-pelvis uyumsuzluğu veya başın yanlış yerleşimine bağlı göreceli baş-pelvis uyumsuzluğu olabilir.

2. evre

- Oksipito lateral veya posterior pozisyondaki fetusların doğum eylemlerinin daha uzun sürebileceği akılda tutulmalıdır. Yine bu gebelerde de ameliyathanede müdahaleli vajinal doğum denenebilir. Tüm bunlara rağmen doğum gerçekleşmiyorsa sezaryen tercih edilmelidir.
- Uzamış eylemden;
 - Oksitosin infüzyonuna başlandıktan sekiz saat sonra halen gebe aktif döneme geçmemiş ise,
 - Servikal açılma doğum eylem grafiğinde (partograf) uyarı hattının sağında ise,
 - Gebede 12 saat veya üzerinde devam eden eylem ağrılarına rağmen doğum gerçekleşmez ise,

söz edilir.

İlerlemeyen Eylemin Tanısı

Bulgular	Tanı
Serviks açık değil Kasılma yok/seyrek	Yalancı Eylem
8 saatten uzun süredir düzenli kasılmalara rağmen serviks açıklığı 4 cm'i geçmez	Uzamış Latent Safha
Servikal açılma doğum eylem grafiğinde uyarı hattının sağında	Uzamış Aktif Safha
Yeterli kasılmaların bulunmasına rağmen servikal açılma ve gelen kısmın inişinin duraklaması	Baş-Pelvis Uyumsuzluğu
Büyük baş, saçlı deride 3. düzey ödem (moulding), serviksin gelen kısma uyum sağlamaması, servikte ödem, uterus alt bölümde balonlaşma, retraksiyon halkasının oluşması, anne ve fetusta sıkıntı gibi nedenler ile servikte açılma ve gelen kısmın inişinin duraklaması	Tıkanmış Eylem (Obstrüksiyon)
10 dakika içinde, 40 saniyeden kısa süren, üçten az kasılma	Yetersiz Uterus Aktivitesi
Oksiput anterior verteks dışındaki gelişler	Kötü Prezantasyon Veya Pozisyon
Serviks tam açık ve kadının güçlü ıkınmalarına karşılık iniş yok	Uzamış İkinma (Expulsive) Safhası

Anormal Doğum Eylemi Paternleri, Tanı Kriterleri ve Tedavi Yöntemleri

Doğum Eylemi Paterni	Tanı Kriterleri		Tercih Edilen Tedavi	İstisnai Tedavi
	Nullipar	Multipar		
Uzamış latent faz	>20 saat	>14 saat	Yatak istirahati, beslenme	Acil problemler için oksitosin veya sezaryen doğum
Uzama Bozuklukları				
Aktif faz dilatasyonunun uzaması	<1.2 cm/saat	<1.5 cm/saat	Bekle-Destek tedavi	Sefalopelvik uygunsuzluk için sezaryen
İnişin uzaması	<1.0cm/saat	<2.0cm/saat		
Duraklama bozuklukları				
Deselerasyon fazının uzaması	>3 saat	>1 saat	Sefalopelvik uygunsuzluk yok - oksitosin	Yorgunluk söz konusu ise yatak istirahati
Dilatasyonda sekonder duraklama	>2 saat	>2 saat	Sefalopelvik uygunsuzluk-sezaryen	Sezaryen doğum
İnişin duraklaması	>1 saat	>1 saat	Hastaya göre karar ver	
İnişin yetersizliği	Doğumun deselerasyon fazında veya ikinci fazda iniş yok			

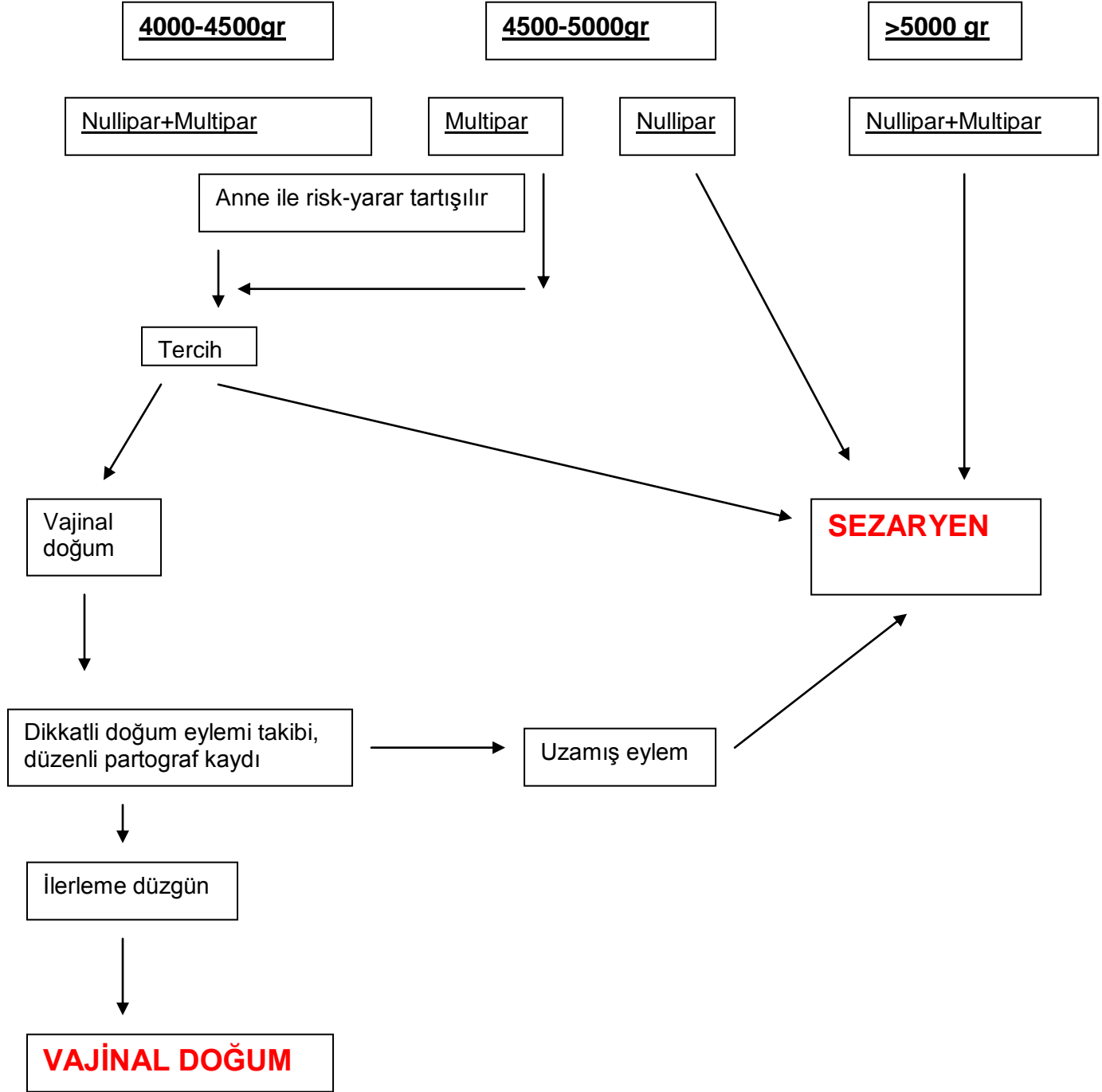
3.3.FETAL MAKROZOMİ

- Fetusun doğum ağırlığının 4000 gr ve üzerinde olmasıdır (sıklığı:%9).
- Fetal makrozomi maternal (postpartum hemoraji, anal sfinkter laserasyonu, postpartum enfeksiyon) ve fetal morbidite (uzamış eylem, artmış müdahaleli doğum olasılığı, omuz distosisi, brakial pleksus zedelenmesi, mekonyum aspirasyonu, fetal mortalite) oranlarını yükseltir.
- Gebelik takibinde gerek klinik (fundal uzunluk-Leopold manevrası) gerekse ultrasonografik (yapılabiliyorsa) olarak tahmini fetal ağırlık belirlenmelidir.
- Ultrasonografik yöntemlerin bile kilo tahmininde \pm 125-150gr/kg hata payı taşıdığı bilinmelidir.
- Obez, diabetik ve makrozomik bebek doğumu öyküsü olan gebelerde fetal makrozomi açısından uyanık olmak gerekmektedir.
- Postterm gebeliklerde de tahmini fetal ağırlık açısından gebe dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.
- 4000-4500 gr tahmini fetal ağırlığı (TFA) olan non-diyabetik gebelerde normal vajinal yolla doğum denenebilir (anne ile bütün riskler ve yararlar tartışıldıktan sonra). Doğum eylemi takibi dikkatli yapılmalı, ilerlemeler düzenli bir şekilde

partograf kullanılarak kaydedilmelidir. Doğum eylemine yardımcı indüksiyon kullanılabilir (sezaryen oranlarını arttırdığı unutulmamalıdır). Uzamış eylem düşünülüyorsa sezaryen ile doğum gerçekleştirilir.

- TFA'sı >4500 gr olan nullipar gebeliklerde ve >4000 gr olan diyabetik anne adaylarına sezaryen önerilmektedir.
- Geçirilmiş sezaryen öyküsü olan tahmini fetal ağırlığı (TFA) >4000 gr olan gebelerde doğum sezaryen ile yapılmalıdır.
- Omuz distosisi öyküsü olan TFA>4000 gr olan gebelerde doğum sezaryen ile yapılmalıdır.

**FETAL MAKROZOMİDE
AKIŞ ŞEMASI**
Komplike olmayan gebeliklerde*



*** Komplike olmayan gebelikler;**

- 1) Gebenin diyabetik olmaması
- 2) Geçirilmiş sezaryen öyküsünün olmaması
- 3) Omuz distosisi öyküsünün olmaması

4.UMBİLİKAL KORD VE PLASENTAYA AİT ENDİKASYONLAR

4.1.KORDON SARKMASI YÖNETİMİ

- Son yıllarda doğum şekli ne olursa olsun kordon sarkmasına bağlı fetal mortalite oranı %0.43'ten %0.55' e yükselmiştir.
- Kordon sarkmasının %20-30'unda serviks tam açık ve baş spinaların hizasında veya altındadır. Bu durumda acil forseps ve vakum ile doğum olabilmekle beraber, vakum ve forseps kondisyonları uygun olmasına rağmen morbidite oranının yüksek oluşu (intrakraniyal hematoma, fasiyal veya kraniyal hasarlar vs.) nedeni ile sezaryen uygulanabilir.

1. Kordon sarkması tanısı koyunuz.

- Göbek kordonu doğum kanalında, fetüsün gelen kısmının altında uzanır.
- Membranlar açıldıktan sonra göbek kordonu vajinada görülür.

2. Kordon pulsasyon veriyor ise;

- Fetus canlıdır.
- Hemen vajinal muayene yapılarak eylemin safhasını belirlenmelidir.

▪ Gebe eylemin ilk safhasında ise, olguların tümünde;

1. Steril eldiven giyerek el vajinaya yerleştirilmeli ve kordon üzerindeki basıncı azaltmak için gelen kısım yukarı doğru itilip pelvisten uzaklaştırılmalıdır.
2. Diğer el karından pubis üstüne konarak gelen kısım pelvis dışında tutulmalıdır.
3. Gelen kısım pelvis girişinin üstünde sıkıca tutulurken vajinadaki el çekilmelidir. Sezaryen yapıncaya kadar karındaki el tutulmaya devam edilmelidir.
4. Kasılmaları azaltmak için, eğer mümkünse tokolitik ajanlar uygulanmalıdır.
5. Takiben acil sezaryen yapılmalıdır.

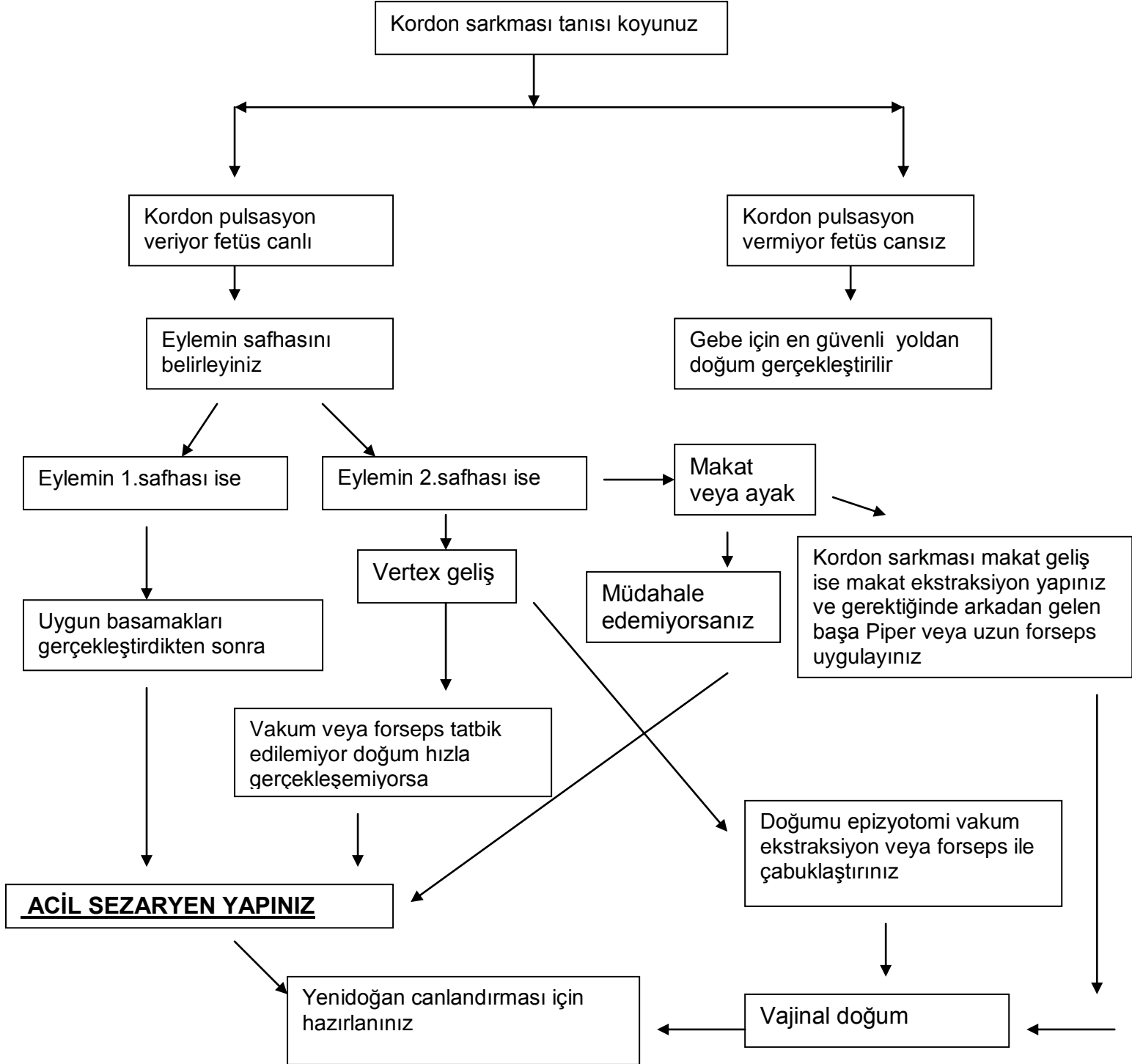
▪ Gebe Doğum Eyleminin İkinci Safhasında ise;

1. Doğum epizyotomi ve mümkün ise vakum ekstraksiyon veya forseps ile çabuklaştırılmalıdır.
2. Kordon sarkması durumunda prezantasyon makat geliş veya ayak geliş ise makat ekstraksiyon yapıp arkadan gelen başa gerektiğinde Piper veya uzun forseps uygulanabilir. Bununla birlikte bu yöntem uygulanabilirliği açısından önemli derecede eğitim gerektirmektedir. Ek olarak prosedüre bağlı olarak morbidite artacaktır. Makat veya ayak geliş tespit edilir edilmez sezaryen uygulaması yapılabilir.
3. Yenidoğan resusitasyonu için yenidoğan hekimi ile birlikte hazırlanılmalıdır.

3. Kordon Pulsasyon Vermiyor ise;

- Fetus ölüdür.
- Gebe için en güvenli yoldan doğum gerçekleştirilmelidir.

KORDON SARKMASI AKIŞ ŞEMASI



4.2.PLASENTA PREVIA YÖNETİMİ

- Plazenta previa (Pp) gebeliklerin %0.3-0.5'inde görülür.
- Geçirilmiş sezaryen ve uterin cerrahi, sigara kullanımı, ileri yaş gebeliği, multiparite, çoğul gebelikler, kokain kullanımı risk faktörleridir.
- Tüm sezaryenlerin yaklaşık %3'ünde Pp ilk endikasyondur (%2.2 aktif olmayan, %0.9 aktif vajinal kanama gözlenir).
- Pp ağrısız kanama ile beraber olabilir. Pp grade 3 ve 4'de (plazenta internal os u kapatmış) gebe fetüsle beraber değerlendirilir ve 36. haftadan sonra gebenin sezaryen olasılığı tartışılabilir. Elektif sezaryen 36-37. gebelik haftalarında mümkünse fetal akciğer maturasyonu dökümanente edildikten sonra uygulanabilir.
- Pp nedeniyle sezaryen olan gebelerin kan kaybı riski, diğer sezaryen endikasyonlarına göre daha fazladır. Bu nedenle kan transfüzyon ünitesi ve tecrübeli obstetrisyen gereklidir.
- Plazenta previa ve plazenta akreta birlikteliği her zaman akılda tutulmalıdır (imkan varsa ultrasonografi ile ekarte edilmelidir).
- Ultrasonografi ile plasentanın internal osa uzaklığı hesaplanabiliyorsa, uzaklığın 2 cm ve üzeri olduğu durumlarda vajinal doğum denenebilir.
- Plazenta previa ve anterior duvar yerleşimi birlikteliği mevcutsa sezaryendeki insizyon, ciddi hemoraji riski göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

1-Plazenta Previa Tanısı Koyunuz.

- Plazenta previa, plasentanın serviks üzerine veya yakınına implante olmasıdır.
- Plazenta previa 20. haftadan sonra tespit edilmiş olmalıdır. Eğer plazenta servikal os üzerini kaplamış ise aylık olarak USG tekrarlanmalıdır.
- Vajinal kanama mevcut ve Pp tanısı konuldu ise acil olarak en az dört ünite eritrosit süspansiyonu ve koagülasyon faktörleri hazırlanmalıdır.
- Gebelik haftası 24-34 ise fetal akciğer maturasyonu için steroid uygulanmalıdır.

- Gebelik haftası 34'den düşük ise aktif uterin kontraksiyonların varlığında Pp tanısı alan hasta neonatoloji bakımı yapabilen merkezlere sevk edilmelidir. (Annenin durumu stabilize edilerek).

2-Doğumu Planlayınız.

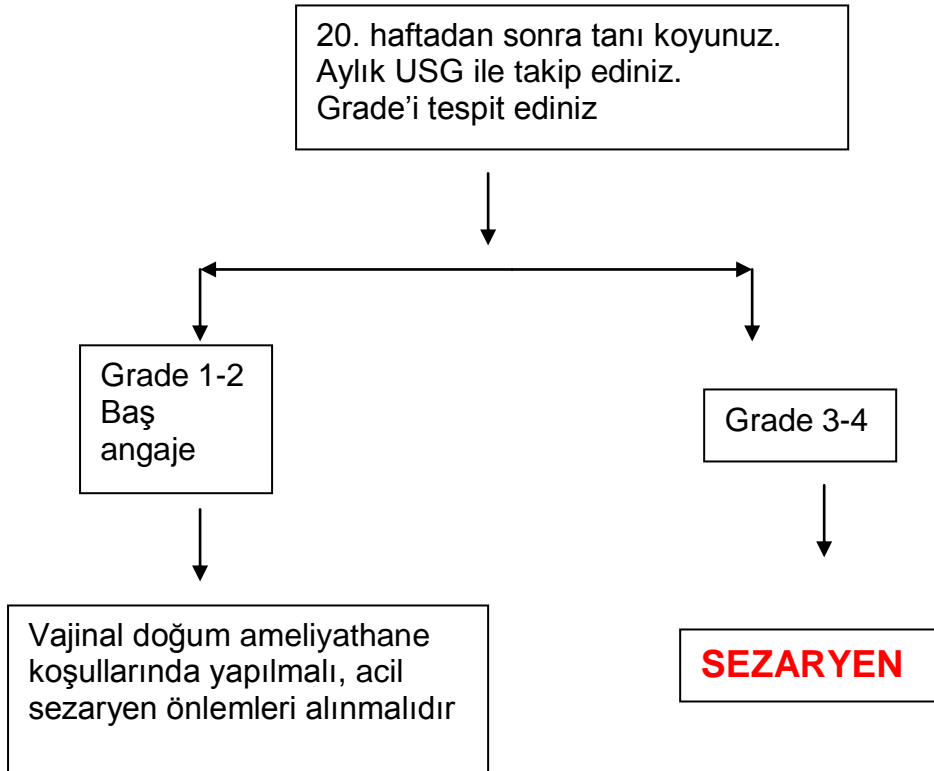
1. Pp grade 1 veya 2 ve fetal baş yerleşmiş ise vajinal doğum denenebilir. Bununla birlikte anne adayı ile doğum eylemi ve prosedür sırasındaki riskler konuşularak sezaryen onamı ile birlikte sezaryen düzenlenebilir. Eğer vajinal doğum düşünülüyor ise amniyotomi ameliyathanede yapıp acil sezaryen önlemleri alınmalıdır.

2.Pp grade 3 veya 4 gebeler (Plasentası iç servikal os'u kısmen veya tamamen kaplayan) sezaryen olmalıdır.

Uyarı: Acil sezaryen hazırlığı yapmadan vajinal muayene yapılmamalıdır.

- Kanama tekrarlırsa anne ve fetüs açısından doğuma karşılık bekle-gör tedavisinin fayda ve riskleri karşılaştırılarak tedaviye karar verilmelidir.

PLASENTA PREVİA AKIŞ ŞEMASI



4.3. ABLASYO PLASENTA YÖNETİMİ

- Ablasyo plasenta doğumların yaklaşık %1'inde görülür.
- Travma, sigara kullanımı, çoğul gebelikler, hipertansiyon, preeklampsi, trombofililer, ileri yaş gebeliği, intrauterin enfeksiyonlar, polihidroamnios, erken membran rüptürü, daha önceki gebeliklerde ablasyo öyküsü, erkek fetus ve kokain kullanımı ablasyo plasenta için risk faktörleridir.
- Tanı temelde klinik olarak konulur, ultrasonografi ve Kleihauer-Betke testi'nin tanıda sınırlı değeri vardır.
- Ablasyo plasentada yönetim bireyselleştirilmelidir. Karar hastaya göre, (ablasyonun ciddiyeti, gebelik haftası ve fetusun prezentasyonuna göre) verilmelidir.
- Büyük ablasyo plasenta'da (>%50) fetus açısından bakıldığında fetus canlı olsa bile sonuçlar kötüdür.
- Ablasyo plasenta'da koagülopati ve hipovolemik şok açısından dikkatli olunmalı ve bu koşullara göre tedbir alınmalıdır.
- Eğer vajinal doğum planlanıyor ise perinatal mortaliteyi azaltmak için sürekli fetal izlem gerekmektedir. Anne adayına süreç hakkında bilgi verilmeli ve bilgi alışverişi sonunda annenin sezaryen istemi halinde acil sezaryen uygulanmalıdır.
- Preterm gebeliklerde daha az ciddi vakalarda fetal akciğer matürasyonu sağlanıncaya kadar konservatif yönetim politikası kabul edilebilir.
- Anne stabil ve fetus kaybedildiyse, vajinal doğum tercih edilmelidir.
- Ablasyo plasenta ve ağır preeklampsi birlikteliği unutulmamalıdır.
- Canlı fakat sıkıntıda olan fetüsün doğumu sezaryen ile olmalıdır.
- Ciddi koagülasyon bozuklukları sezaryende gelişebilecek kanama riskini arttırmakla birlikte, ağır ablasyo plasenta durumunda vajinal doğum sırasında fetüsü kaybedebilme olasılığı oldukça yüksektir. Dolayısı ile ablasyo plasenta saptandığında gebeye olası riskler hakkında gerekli bilgiler verilmelidir. Sonuçta ablasyo plasenta tespit edildiğinde olay daha kötüye gitmeden doğum sezaryen ile gerçekleştirilebilir.

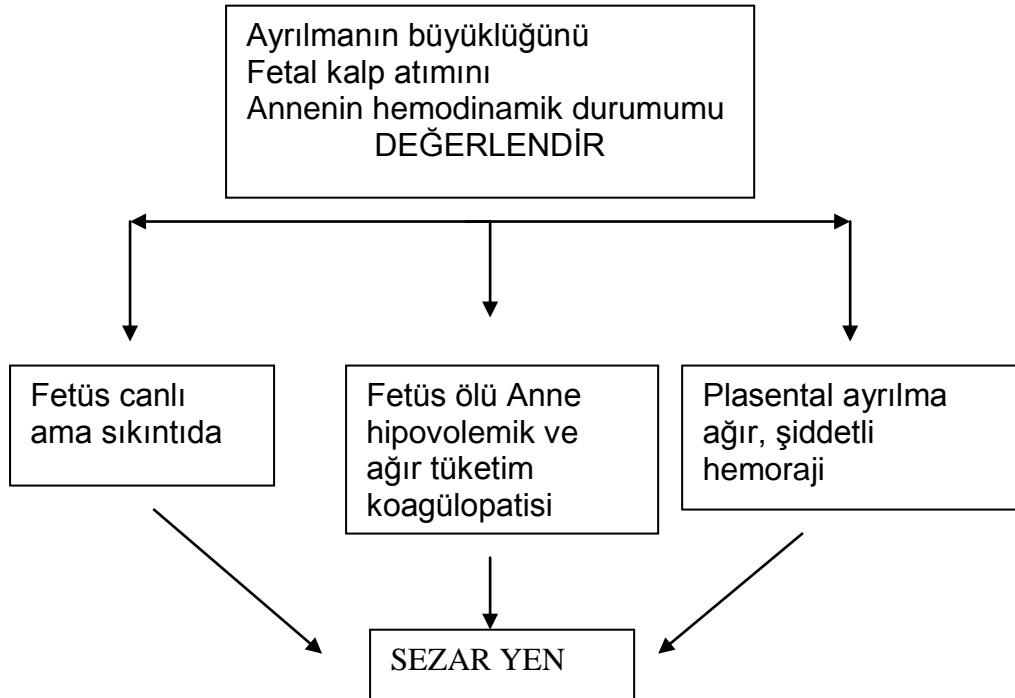
Ablasyo Plasenta'da Aşağıdaki Durumlarda Sezaryen Doğumunu Tercih Ediniz.

1. Ablasyo plasenta ağır ise, mümkün olan en kısa sürede sezaryen için olası koagülasyon problemleri de düşünülerek (taze donmuş plazma, fibrinojen, eritrosit süspansiyonu hazırlatılarak) hazırlık yapılmalıdır.
2. Annede hipovolemi ve ağır tüketim koagülopatisi varsa ve olayın kaynağı ablasyo plasenta ise, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC)'nin kesin tedavisi doğumun biran önce gerçekleşmesi ile olacaktır.
3. Normal vajinal doğum kararı alındıktan sonra doğum eylemi hızlı bir şekilde ilerlemez ise doğumu sezaryen ile gerçekleştirilmelidir.
4. Feto-pelvik uyumsuzluk, malprezantasyon, geçirilmiş uterus cerrahisi durumlarında koagülopati gelişme riski de olduğundan sezaryen ile doğum tercih edilmelidir.

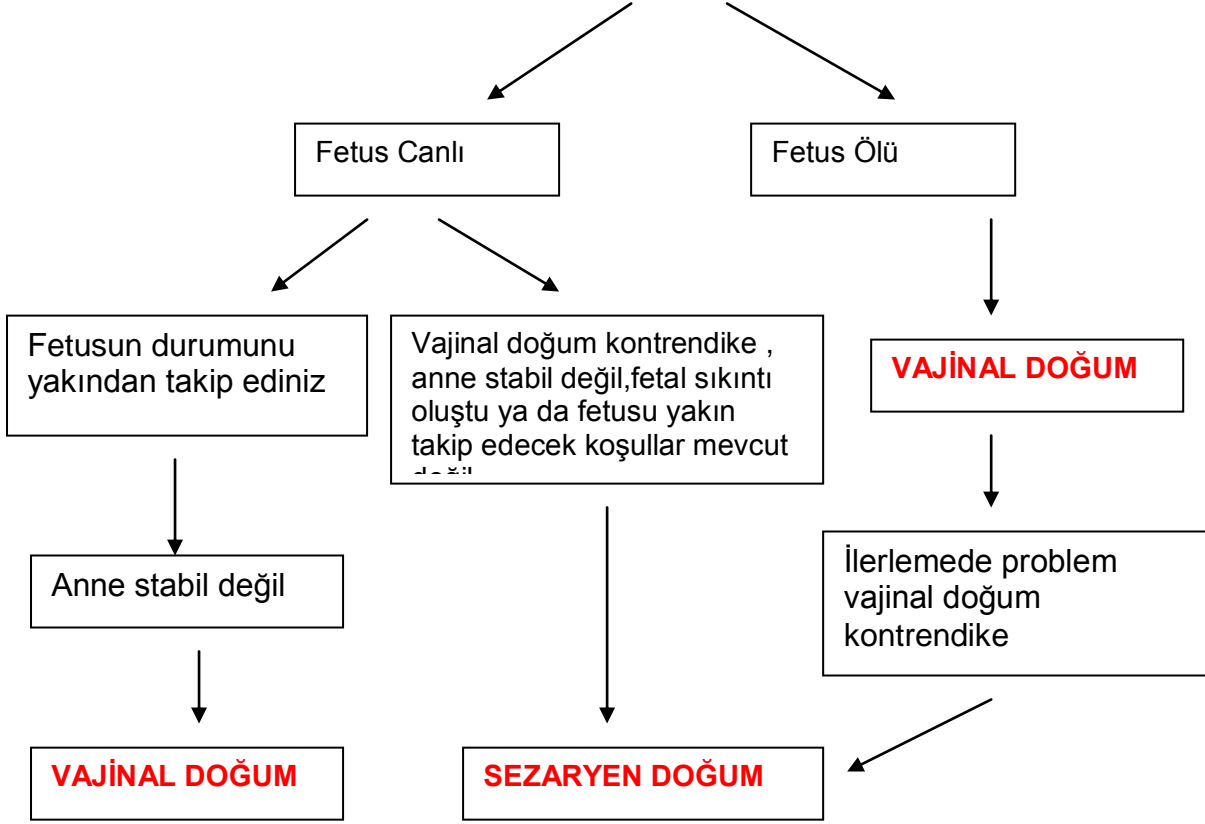
Ablasyo Plasentada Doğum Sonu Bakım:

- Doğum sonrası anne yakın takibe alınmalıdır. Vital bulguların izlenmesi için monitörizasyon ve aldığı-çıkardığı sıvının takibi yapılmalıdır. Annenin koagülopati yönünden yakın izlemi sağlanmalıdır.
- Doğum sonrası uterin tonus ve boyut dikkatlice takip edilmelidir (Kanama devam ediyor ve uterus hipotonik ise histerektomi gerekebilir).

ABLASYO PLASENTA AKIŞ ŞEMASI



ABLASYO PLASENTA (Term Gebelikte) AKIŞ ŞEMASI



4.4.VASA PREVİA YÖNETİMİ

- Yüksek fetal mortalite ile seyreden nadir görülen bir durumdur.
- Antenatal tanısında transvajinal ultrasonografi ve renkli Doppler ultrasonografik inceleme faydalı olabilir.

Elektif sezaryen yapılmalıdır.