

Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi

Sefa Kelekci, Kadir Savan, Levent Yaşar, Süha Sönmez, Levent Şahin, Ayşe Şentürk
S.B. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

ÖZET

EPİZYOTOMİ TAMİRİNİN PLASENTA ÇIKIŞINDAN ÖNCE VEYA SONRA YAPILMASININ PERİPARTUM KAN KAYBINA ETKİSİ

Amaç: Epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce veya sonra yapılmasının peripartum kan kaybına olan etkisini araştırmak.

Yöntem: Prospektif randomize bir çalışma. Şubat 2001-Kasım 2001 tarihleri arasında Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran toplam 334 doğum hastası çalışmaya dahil edildi. Randomize olarak 176 tanesinde epizyotomi tamiri plasenta çıkışından önce (Grup I), 158 tanesinde plasenta çıkışından sonra (Grup II) yapıldı. Epizyotomi tamiri mediolateral olarak yapıldı. Elde edilen veriler SPSS for windows 5.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Karşılaştırmalarda student's t testi, Mann Whitney U testi ve paired t testi kullanıldı. $P < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Grupların demografik özellikleri ve risk faktörleri benzerdi. Her iki grupta da antepartum hemoglobin ve hematokrit değerleri, postpartum hemoglobin ve hematokrit değerlerinden belirgin olarak yüksek idi ($P < 0.01$). Grup II de hemoglobin düşüşü grup I'den anlamlı derecede daha fazla idi ($P = 0.006$).

Sonuç: Epizyotomi tamirinin plasentanın çıkışından önce yapılması peripartum kanama miktarında bir miktar azalmaya sebep olmuştur. Seçilmiş vakalarda bu tip yönetimin etkinliği ve emniyetinin daha geniş hasta gruplarını içeren yeni çalışmalarla araştırılmasında yarar vardır.

Anahtar kelimeler: Epizyotomi tamiri, Plasenta çıkışı, Peripartum hemoraji

SUMMARY

THE EFFECT OF EPISIOTOMY REPAIRING BEFORE AND AFTER PLACENTAL DELIVERY ON PERIPARTUM HEMORRHAGE

Background and Objectives: Peripartum hemorrhage is a major cause of maternal morbidity. The aim of this study is to evaluate of effect of episiotomy repairing before placental delivery in the third stage of labour on peripartum hemorrhage.

Methods: It is a prospective randomised study. Total 334 patients who applied to Süleymaniye Maternity Hospital for delivery were admitted to study between February 2001 and November 2001. Patients were randomly assigned to group I (n:176 and reparation before placental delivery) and Group II (N:158 and reparation after placental delivery). Antepartum and postpartum hematologic profiles were studied. Statistical analysis were done by student's t test, Mann Whitney U test and paired t test. $P < 0.05$ values were interpreted as statistically significant.

Results: Demographic properties and risk factors for postpartum hemorrhage were similar in two groups. There were statistically significant differences in both groups between antepartum and postpartum hemoglobin – hematocrit levels ($P < 0.01$). The difference between ante and postpartum hemoglobin level in Group II was statistically significant compared to Group I ($P = 0.006$).

Conclusion: Episiotomy repairing before placental delivery caused a decrease in peripartum hemorrhage. We thought, especially in selected cases, this kind of active management of the third stage of labour may be safe and effective.

Key words: Episiotomy repair, Placental delivery, Peripartum hemorrhage

Postpartum kanama maternal morbiditenin majör sebeplerinden bir tanesidir. Gelişmekte olan ülkelerde, maternal morbidite oranı 1000 canlı doğumda 5-10 olarak bildirilmesine karşılık postpartum hemoraji maternal ölüm sebepleri arasında hala liderliğini korumaktadır (1,2). Yıllık doğum sayısının 1.5 milyon olduğu ülkemizde yüzde 49.2 maternal mortalite oranı ve %3.9 olarak postpartum kanama oranı bildirilmiştir (3). Peripartum kanama ile maternal morbidite ve transfüzyon ihtiyacı halen karşımızda ciddi bir sorun olarak durmaktadır.

Postpartum kanama genellikle 500 ml daha fazla kan kaybı olarak tanımlanır. Ancak bu tanımlama kan kaybının görsel hesaplanması nedeni ile çok uygun değildir. Kan kaybının kantitatif değerlendirilmesi için çok sayıda klinik ve laboratuvar metod önerilmesine karşın en sade ve en kolay tanımlama doğuma kabul ile postpartum dönem arası hematokrit seviyelerinde 10 ve daha fazla düşme veya transfüzyon gereksinimi olmasıdır (4,5). Peripartum kan kaybının az bir seviyede olması bile ülkemiz gibi doğumun sık aralıklarla ve fazla sayıda olduğu toplumlarda çok önemlidir.

Postpartum kanama vakalarının büyük çoğunluğu uterin atoni, plasenta kalması, maternal yumuşak doku zedelenmeleri veya bunların birkaçının birlikteliğine bağlıdır. Yapılan çalışmalarda, postpartum kanamanın nulliparlarda, doğumun induksiyonundan sonra, uzamış doğum eyleminden sonra, forseps uygulamasından sonra epizyotomi uygulamasından sonra ve çoğul gebeliklerde daha sık olarak bildirilmiştir (6-9).

Biz de bu çalışmada, epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce yapılmasının peripartum kan kaybı üzerine etkisini ve olası risklerini prospektif randomize bir çalışma ile araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışma prospektif randomize olarak planlandı. Şubat 2001-Kasım 2001 tarihleri arasında Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine doğum amaçlı olarak başvuran ve çalışma desenine uyan toplam 583 hasta çalışmaya dahil edildi. Postpartum kontrollere gelmemesi sebebi ile 249 hasta çalışmadan çıkarıldılar. Doğum salonuna aktif doğum eylemi olarak kabul edilen hastaların sözlü rızaları alınıp detaylı anamnez, fizik muayene ve obstetrik muayeneleri yapıldı. Hastaların yaşı, gebelik haftaları, gravida, parite, abortus sayıları, anne kilosu ve boyu kaydedildi.

Kanama diatezi, plasantasyon anomalisi, öyküde gebelik esnasında kanaması, önceki gebeliklerde postpartum kanaması olanlar, doğum induksiyonu yapılanlar ve yumuşak doku laserasyonu

olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Antepartum dönemde hemoglobin, hematokrit, trombosit, kanama zamanı ve pıhtılaşma zamanları kontrol edildi.

Hastalarda doğumun birinci evresi tamamlandıktan sonra randomizasyon tablosuna göre ve bir başka doktor tarafından görmeden gruplardan birisine dahil edildi. Daha sonra doğumu yaptıran doktor tarafından grubuna göre epizyotomi tamiri plasenta çıkışından önce veya sonra yapıldı. Epizyotomi tamiri mediolateral olarak yapıldı. Doğum sonrası bebek doğum kilosu, aktif travay süresi, plasenta çıkış süresi ve şekli, komplikasyonları, postpartum sekizinci saat hemoglobin ve hematokritleri kaydedildi. Postpartum 24 saat takip edildikten sonra taburcu edilip bir hafta sonra kontrole çağrıldı.

Elde edilen veriler SPSS for windows 5.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Karşılaştırmalarda student's t testi, Mann Whitney U testi ve paired t testi kullanıldı. P<0.05 değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 334 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 176 tanesinde epizyotomi tamiri plasenta çıkışından önce (grup I), 158 tanesinde de epizyotomi tamiri plasenta çıkışından sonra (grup II) yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, doğum eylemi süreleri ve plasenta çıkış süreleri birbirine benzerdi (Tablo 1).

Her iki grupta da antepartum hemoglobin, hematokrit ve trombosit sayıları benzerdi. Her iki grupta kanama ve pıhtılaşma zamanı normal sınırlarda olmasına karşın pıhtılaşma zamanları benzer iken grup I'in kanama zamanı grup II'nin kanama zamanından anlamlı derecede daha uzundu (Şekil 1). Plasenta çıkışları grup I'de 92 hastada (%52.2) Schultze tipi, 84 hastada (%47.8) Duncan tipi idi. Grup II'de ise 80 hastada (%50.6) Shultz tipi ayrılırken 78 hastada (%49.4) Duncan tipi ayrıldı. Plasenta ayrılış şekilleri arasında gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı. Grup I hastalarının hiç birisinde epizyotomi tamiri sonrası plasentanın çıkarılması için tekrar müdahaleye ve tekrar epizyotomi tamirine gerek kalmadı. Epizyotomi yeri hematoma ve postpartum analjezi ihtiyaçları açısından her iki grup benzerdi.

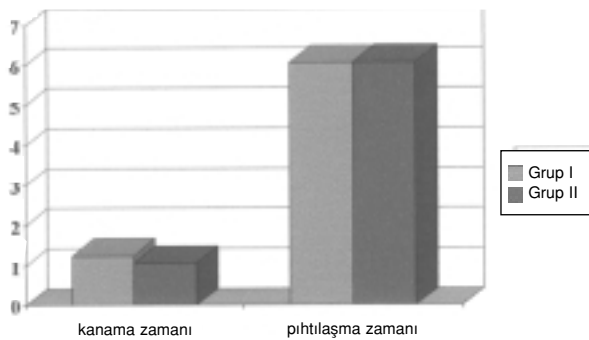
Grup I'de dokuz hastada (%5.1) epizyotomi yeri enfeksiyonu gelişirken bu oran grup II'de %4.4 (7 hasta) idi. Epizyotomi yeri enfeksiyonları açısından da gruplar arasında fark yoktu.

Her iki grupta da antepartum ve postpartum hemoglobin seviyeleri (Şekil 2) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (P<0.01). Her iki grup da antepartum hemoglobin seviyeleri benzer iken, postpartum hemoglobin değerleri bakımından kar-

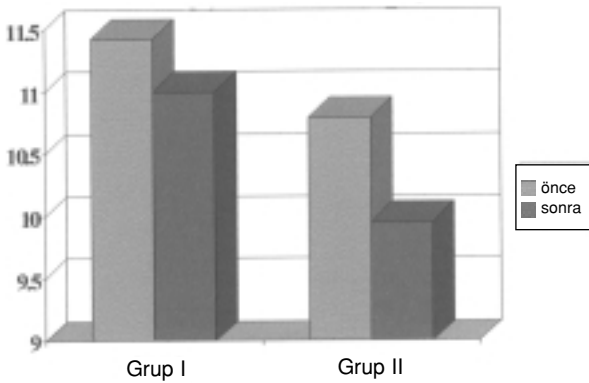
Tablo 1. Grupların Demografik Özellikleri ve Risk Faktörleri

	Grup I (n=176)	Grup II (n=158)	P değeri
Yaş (yıl)	23.51 ± 4.72	24.50 ± 3.96	0.346
Gebelik yaşı (hafta)	38.78 ± 1.96	39.16 ± 1.01	0.440
Doğum kilosı (gr)	3202 ± 489.6	3298 ± 370.1	0.367
Gravida	1.83 ± 1.1	1.57 ± 0.7	0.611
Parite	0.80 ± 1.17	0.61 ± 0.6	0.971
Doğum eylemi süresi (Saat)	9.1 ± 4.2	10.3 ± 5.1	0.615
BMI*(kg/m ²)	27.4 ± 4.2	28.7 ± 3.9	0.324
Plasenta çıkış süresi (Dakika)	15.8 ± 3.5	17.2 ± 4.1	0.430

* Body Mass Index (Vücut kitle indeksi)



Şekil 1. Grupların kanama ve pıhtılaşma zamanları.



Şekil 2. Grupların doğum öncesi ve doğum sonrası hemoglobin seviyeleri.

şılaştırıldığında ise grup II de postpartum hemoglobinin seviyeleri istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 2).

TARTIŞMA

Peripartum kanama üzerine etkili bir çok faktör sayılabilir. Peripartum kanama miktarı üzere en önemli üç değişken şunlardır; 1) Doğumun üçüncü evresinin uzaması; 2) Uterin atoni ile ilişkili değişkenler ;preeklampsi, çoğul gebelik, doğum eylemi anormallikleri, nulliparite; 3) Yumuşak doku travması ile ilgili değişkenler (yırtılmalar, epizyotomi, müdahaleli doğumlar). Bu değişkenlerden biri veya birkaçı kanama miktarı üzerine direkt etkilidir (10,11). Bizim çalışmamızda bu değişkenler çalışma planlanırken mümkün olduğu kadar azaltıldı. Diğer etkili olabilecek faktörler ve demografik özellikler her iki grupta benzerdi. Bununla birlikte kanama zamanının normal sınırlar içerisinde birinci grupta ikinci gruptan daha yüksek olması sonuçların yorumlanması açısından çalışmanın gücünü artıran bir faktördür.

Çalışmamızda plasenta çıkış süresi epizyotomi tamiri önce yapılan grupta ortalama 15.8 dk, epizyotomi tamiri plasenta çıktıktan sonra yapılan grupta 17.2 dk olarak bulunmuştur. Bu sürelerin normalin üzerinde bulunması ve buna bağlı olarak

Tablo 2. Grupların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Hematolojik Profilleri

	Grup I (n=176)	Grup II (n=158)	P değeri
Önce			
Hematokrit (%)	34.2 ± 4.2	32.8 ± 4.1	0.158
Hemoglobin (gr/dl)	11.4 ± 1.9	10.8 ± 1.5	0.118
Sonra			
Hematokrit (%)	32.5 ± 4.3	30.8 ± 3.5	0.080
Hemoglobin (gr/dl)	10.9 ± 1.6	9.9 ± 1.2	0.006*
Trombosit (bin/ml)	221.9 ± 71.1	219.7 ± 65.6	0.900

* İstatistiksel olarak anlamlı

retroplasental kanama veya hematoma oluşması her iki gruptaki postpartum hemoglobin ve hematokrit değerlerindeki düşmeyi açıklayabilir (12).

Çalışmamızdaki en dikkat çekici bulgu her iki grupta da prepartum ve postpartum hemoglobin ve hematokrit değerleri arasındaki fark ve postpartum hemoglobin değerinin epizyotomi tamiri plasenta çıkışından sonra yapılan grupta önce yapılan gruba göre daha belirgin düşme idi. Her iki grupta da doğum süreci hematolojik profillerinde önemli değişikliğe neden olmuştur. Grup II'deki hemoglobin değerindeki belirgin düşmeye katkıda bulunabilecek faktörlerden birisi doğum eyleminin üçüncü evresinin anlamlı derecede olmasa da diğer gruba göre uzun olmasıdır. Bu süreye etkili olacak en önemli faktör epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından sonra yapılmasıdır. Ayrıca epizyotomi tamirinin sonra yapılması epizyotomi yerinden olan kan kaybını da artırıp peripartum kan kaybına direkt etkide bulunabilir. Perine laserasyonları, median epizyotomi ile artmış laserasyon ve hemoraji riski peripartum kan kaybını artırabileceği bildirilmiştir (13,14). Özellikle hemorajisi olan epizyotomi yerinin erken tamiri ve hemostazı kan kaybını azaltabilir.

Çalışmamızda ilk bakışta çelişki gibi göze çarpan ikinci gruptaki hemoglobin değerlerinde fark olmasına karşın hematokrit değerlerinde fark olmasıdır. Ancak hematokrit ile ölçülen değerlerin etkilenebileceği eritrosit morfolojisi, hastanın plazma volümü ve hidrasyon durumu gibi faktörler bu farkı açıklayabilir (15,16).

Epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce yapılmasının olası en büyük riski plasentanın manuel çıkarılma gereksinimi doğmasıdır. Böyle bir durumda epizyotomi tamirinin tekrar açılması gerekebilir. Ancak doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi ile bu risk oldukça düşüktür (17-20). Bizim vakalarımızın hiç birisinde böyle bir girişime gereksinim kalmadı. Son yıllardaki epizyotomi yapılmaksızın yapılan doğum yönetiminin gerekçelerinden bir tanesi de doğumun üçüncü evresini kısaltmaya yöneliktir (21,22). Doğumun üçüncü evresinin kısaltılması peripartum kan kaybını azaltabilir. Ayrıca çalışmamızda epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce yapılması postpartum analjezi gereksiniminde artışa ve epizyotomi yeri enfeksiyonu oranında herhangi bir artışa sebep olmamıştır.

Günümüzde standart uygulama epizyotomi tamirinin plasenta çıktıktan sonra yapılmasıdır. Böylece plasenta ayrılma belirtileri gözden kaçmamakta ve plasenta gecikme olmaksızın çıkarılıp implantasyon yerinden olabilecek kanama miktarını azaltmaktadır (23). Ancak belirli bir deneyime ulaşan hekimler plasenta çıkmadan öncede epizyotomi tamiri yapmaktadırlar. Bu nedenle çalışmamızda ula-

şılan bulguların alternatif bir yaklaşım olabilmesi için daha geniş hasta gruplarını içeren çalışmalara gereksinim vardır.

SONUÇ

Peripartum kan kaybı anne morbiditesine sebep olan önemli faktörlerden birisidir. Tedavi yaklaşımlarından kan transfüzyonun potansiyel riskleri de göz önüne alınırsa bunu azaltmaya yönelik klinik araştırmaların önemi açıktır. Çalışmamızda epizyotomi tamirinin plasenta çıkışından önce yapılması ile peripartum kanama miktarını azaltmada emniyetli ve etkin bir yönetim şekli olduğu gösterilmiştir. Özellikle plasentasyon anomalisi olmayan vaginal doğumlarda epizyotomi tamirinin önce yapılmasının kanama miktarını azalttığı sonucunun daha geniş hasta grupları ile yapılacak yeni çalışmalarla desteklenmesi gerekir düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Harrison KA. Maternal mortality in developing countries. Br J Obstet Gynaecol 1989;96:1-3.
2. El Kady AA, Saleh S, Gadalla S, Fortney J, Bayoumi H. Obstetric deaths in Menoufia Governorate, Egypt. Br J Obstet Gynaecol 1989;96 :9-14.
3. Açıkalin A. Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile planlaması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000;10:176-80.
4. Brant HA. Precise estimation of postpartum haemorrhagia: Difficulties and importance. Br Med J 1967;1:398-400.
5. Gahress EE, Albert SN, Dodek SM. Intrapartum blood loss measured with Cr 51 -tagged erythrocytes. Obstet Gynecol 1962;19:455-62.
6. Gilbert L, Porter W, Brawn VA. Postpartum haemorrhage : A continuing problem. Br J Obstet Gynaecol 1987; 94:67-71.
7. Newton M, Mosey LM, Egli GE, Gifford WB, Hull CT. Blood loss during and immediately after delivery. Obstet Gynecol 1991; 17: 9-18.
8. Brindsen PRS, Clark AD. Postpartum haemorrhage after induced and spontaneous labour. Br Med J 1978;2 :855-6.
9. Hall MH, Halliwell R, Carr-Hill R. Concomitant and repeated happenings of complications of the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92 732-8.
10. Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; 77 :69-76.
11. Prendiville W, Elbourne D, Chalmers I. The effects of routine oxytocic administration in the management of third stage of labour : An overview of the evidence from controlled trials. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95:3-16.
12. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol Third stage Trial: Active versus physiological management of third stage of labour. BMJ 1988;297: 1295-300.
13. Dewhurst CJ, Dutton WAW. Recurrent abnormalities of the third stage of labour. Lancet 1957;ii: 764-7.
14. Combs CA, Robertson PA, Laros RK. Risk factors of the third and fourth degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. Am J Obstet Gynecol 1990;163: 100-4.
15. Sherard GB, Newton ER. Cost effectiveness of routine hemoglobin and hematocrit testing on admission to labor and delivery for expected vaginal delivery. Obstet Gynecol 2001; 97:62-5.
16. Despotis GJ, Saleem R, Bigham M, Barnec D. Clinical evaluation of a new, point-of-care hemacytometer. Crit Care Med 2000;28:1185-90.
17. De Groot AN. Prevention of postpartum haemorrhage. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1995;9:619-31.

18. Rogers J, Wood J, Mc Cardlish R, Ayers S, Truesdale A, Elburne D. Active versus expectant management of third stage of labour. *Lancet* 1998;35:693-9.
19. Makkonen M, Suonino S, Saarikoski S. Intraumbilical oxytocin for management of retained placenta. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;48:165-72.
20. McDonalds J, Prendiville WJ, Blair E. Randomised controlled trial of oxytocin alone versus oxytocin and ergometrin in active management of third stage of labour. *BMJ* 1993; 307:1167-71.
21. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States :1980-1998. *Birth* 2001;28:152-60.
22. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:1180-4.
23. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al (eds). Conduct of normal labor and delivery In *Williams Obstetrics*, 20th edition Appleton&Lange 1997; p:344-5.