

İntrapartum Tespit Edilen Göbek Kordonu Rüptürü

Emrah CAN *, Serdar CÖMERT *, Muhittin ÇELİK *, Ali BÜLBÜL *, Sinan USLU *

ÖZET

Doğum öncesinde göbek kordonu anomalilerinin tespiti her zaman olası değildir. Antenatal dönemde fetusun düzenli takip edilmesi; fetus için tehlikeli durumların tespiti için en önemli basamağı oluşturmaktadır. Göbek kordonu rüptürü sıklıkla göbek kordonu anomalilerine bağlı olarak veya antenatal dönemde yapılan girişimlere sekonder olarak oluşmaktadır. Gestasyon yaşına göre term olan olgu, antenatal dönemde düzenli takipliydi. Ancak, gelişen fetal distress nedeniyle acil olarak sezaryen ile doğurtuldu. Doğum sırasında göbek kordonunun bebek tarafındaki alandan ayrılmış olduğu tespit edildi. Postnatal acil yapılan hemostaz ile olgunun kanaması durdurularak kan kaybı engellendi. Olgu gözlemleyici bakımda izleme alındı.

Kordon rüptürüne günlük pratikte sık olarak rastlanmaktadır. Özellikle intrapartum gerçekleşen olgular da erken müdahale ile bebeğin morbiditesi ve mortalitesi önlenmektedir. Özellikle annenin antenatal anamnezinde özellik saptanması plasental anomalileri akla getirmelidir.

Anahtar kelimeler: umbilical kord, yenidoğan, rüptür

SUMMARY

Detection of umbilical cord anomalies before delivery is not always possible. The most important method to determine high risk situations is the routine follow up of the fetus during antenatal period. Umbilical cord rupture develops either due to umbilical cord anomalies or secondary to interventions performed to the mother during antenatal period. A term neonate with regular antenatal follow up was delivered by emergent cesarean section because of developing fetal distress. During labor umbilical cord was found to detach at fetal site. Blood loss was prevented by immediate application of compress. The patient was monitorized and given observational care.

Umbilical cord rupture is frequently encountered during everyday practice. Especially in patients with intrapartum umbilical cord rupture, early manipulation would prevent morbidity and mortality. Especially a positive maternal antenatal history should raise the suspicion of placental anomalies.

Key words: umbilical cord, newborn, rupture

GİRİŞ

Göbek kordonu fetus ile plasenta arasında fetusun amniyotik sıvı içinde hareketine ve anne dolaşımı ile amniyotik sıvı arasında madde alışverişine izin veren ve mekanik bağı oluşturan oldukça önemli bir yapıdır ⁽¹⁾. Göbek kordonuna

bağlı anomaliler yenidoğan morbidite ve mortalitesi için önemli bir neden oluşturmaktadır. Göbek kordonu rüptürü doğum öncesinde, doğum kanalında veya doğum sırasında gelişebilmektedir. Antenatal dönemde gerçekleşen ve fetus için potansiyel olarak tehlikeli olabilecek komplikasyonların sıklığı % 1 olarak bildirilmektedir ⁽¹⁾. Göbek kordonu rüptürünün insidansı 1/6.000 canlı doğum olarak bildirilmektedir ⁽²⁾. Uterus içinde gerçekleşen rüptürde fetusun mortalite hızı % 50'dir ⁽²⁾. Bu nedenle göbek

Alındığı tarih: 12.08.2010

Kabul tarihi: 12.10.2010

* Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, Uzm. Dr.

kordonu rüptürü intrauterin büyüme geriliği (İUBG), gestasyon yaşına göre küçük bebek (SGA), multipl gebelik gibi riski olan bebeklerin yakın USG ile takibi, neonatal mortalite ve morbiditenin önlenmesi açısından oldukça önem taşımaktadır ⁽³⁾.

Bu makalede antenatal dönemde tanısı olmayan ve zamanında doğan bir yenidoğanda intrapartum saptanan göbek kordonu rüptürü olgusu sunulmuştur.

OLGU

Bebek A, 28 yaşındaki annenin üçüncü gebeliğinden, sezaryen doğum ile zamanında, 2,800 g 48 cm boy ve 33 cm baş çevresi ile erkek bebek olarak doğdu. Apgar skoru 1. ve 5. dk.'da 2 ve 9 idi. Anamnezinde antenatal 24. haftada yapılan fetal Ekokardiyografi (EKO) incelemesinde Fallot tetralojisi, pulmoner atrezi, trunkus arteriozus ön tanıları aldığı ve genetik değerlendirme amacıyla antenatal kordosentez yapıldığı öğrenildi. Antenatal dönemde düzenli takibi olan ve sorunsuz izlenen bebeğin doğum sırasında kalp atışlarında ani değişikliklerin saptandığı ve bu nedenle yapılan acil sezaryen sırasında göbek kordonunun bebek tarafındaki sonlanma yerinden kopmuş olduğu, plasentaya bağlı olan göbek kordonunun sağlam olduğu, 2 arter bir ven içerdiği ve yalnızca rüptür yerinde kordonun incelendiği gözlemlendi. Kordonun plasenta tarafı normaldi, kordonda gerçek veya yalancı düğüm ve hematoma tespit edilmedi. Kordon boyu 58 cm olarak ölçüldü. Doğum sonrasında aktif kanayan göbek güdüğü 3/0 prolen ile sütüre edilerek kanama kontrolü sağlandı. Antenatal dönemde yapılan kordosentezin ponksiyon noktası hakkında bilgi edinilemedi. Yenidoğan yoğun bakım servisine yatırılan bebeğin fizik muayenesinde mezokardiyak odakta belirgin 2/6 şiddetinde sistolik üfürümü dışında diğer sistem muayeneleri nor-

maldi. Postnatal yapılan EKO'da pulmoner atrezi, VSD, PDA, PFO tespit edildi. Laboratuvar bulgularında Htc % 52, Hgb 17,2 g/dL, trombosit 152.000 mm³ olarak tespit edildi. Bunun üzerine bebeğe Prostaglandin E1 başlanarak 3. gününde kardiyak operasyonu gerçekleştirildi. Operasyon sonrasında yoğun bakım ünitesinde izlenen olgu kontrollere gelmek üzere salih ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Göbek kordonu anomalilerinin tanısı ve izlemi kadın doğum hekimleri için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir ⁽³⁾. Literatürde göbek kordonu rüptürü ender olarak bildirilmekle birlikte bu durumun nedeninin rapor edilmemiş olgulardan kaynaklandığı dile getirilmektedir ⁽⁴⁾. Bildirilen göbek kordonu rüptürü olgularında nedenler kordda hematoma, sualtı doğum ile kısa kordon ile ilişkilendirilmektedir ^(4,5). Yapılan çalışmalarda çoğu kez kordonun zayıf olduğu plasental sonlanma noktasından rüptürün gerçekleştiği gözlenmekte ve doğum sırasında göbek kordonundaki gerginlik yırtılmaya veya kopmaya neden olabilmektedir ⁽¹⁾. Olgumuzdaki rüptür literatürden farklı olarak göbeğe yakın uçtan gerçekleşmiş idi. Kordonda hematoma, kısalık ve düğüm tespit edilmedi.

Antenatal göbek kordonu rüptürü birçok nedenle oluşabilmektedir. Genel olarak en yaygın rüptür nedenleri; kordon damarlarında hematoma, operatif vaginal doğum travması, kısa göbek kordonu, nekrozla birlikte giden kord funisitisi ve velamentöz kordon yapışmasıdır ^(1,4). Özellikle, intrauterin yetersiz izlem, olumsuz perinatal sonuçlar, büyüme geriliği, konjenital malformasyonlar, intrapartum distres ve fetal ölüm riskinde artış kısa göbek kordonu ile ilişkili olabilir ⁽⁵⁾. Kısa kordon genel olarak fetusun hareket ve doğum mekaniğini engelleyebilir. Bu

durum sıklıkla fetal kalp hızı değişikliklerinin değerlendirilmesi sırasında tespit edilmektedir ⁽⁶⁾. Kalp hızındaki değişikliklere ek olarak fetal sıçrama hareketleri (“fetal hıçkırık”), özellikle kordon basısı fetal kan akımı bozuklukları ile ilişkili tutulmaktadır ⁽¹⁾. Olgumuzun göbek kordon boyunun normal olması ve postnatal dönemde tespit edilen Hct ve Hgb düzeylerinin normal olması ve ek anomali saptanmaması nedeniyle rüptürün intrapartum dönemde olabileceği düşünüldü. Ancak, kordosentezin ponksiyon noktasının tespit edilememesi nedeniyle antenatal dönemdeki girişimsel uygulamaya sekonder olup olmadığı açıklanamadı. Olgumuza doğum öncesinde tespit edilen geç deselerasyonlar nedeniyle acil sezaryen uygulandı.

Sezaryen sırasında olgunun göbek kordonu incelendiği, plasentaya uzak uçtan rüptüre olduğu ve aktif olarak kanadığı gözlemlendi. Göbek güdüğü 3/0 prolene ile sütüre edilerek kanama kontrolü sağlandı.

Uterus içinde göbek kordonu sorunlarını belirlemek için tanı amacıyla USG ve doppler akış ölçümü dahil incelemeler yapılabilmektedir ⁽⁷⁾. Bu tekniklere rağmen, antenatal USG ile göbek kordonu anomalileri tespiti tam olarak yapılamamaktadır. Fetal izlemde bu nedenle Nonstress Test (NST) de dahil olmak üzere kullanılması halen tartışmalıdır ⁽¹⁾. Ancak NST; morbidite ve

mortaliteyi olumsuz sonuçlara rağmen daha iyi tahmin edebilmektedir ⁽⁶⁾. Olgumuzun antenatal dönemde izlemi düzenli olmasına karşın kord ile ilgili sorun tespit edilememiş, ancak NST’de geç deselerasyonların tespiti ile yenidoğan mortalitesini engellemek mümkün olabilmektedir.

Sonuç olarak, antenatal dönemde düzenli takip olsa bile tanıdaki zorluklar göbek kordonu ile ilgili patolojilerin tespitini geciktirebilir. Bu nedenle özellikle riskli gebeliklerde fetal monitörizasyonun yapılması yenidoğan morbidite ve mortalitesini engelleyebilecektir.

KAYNAKLAR

1. **Collins JH.** Umbilical cord accidents: human studies. *Semin Perinatol* 2002;26:79-82.
2. **Pinar H, Carpenter M.** Placenta and umbilical cord abnormalities seen with stillbirth. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53:656-672.
3. **Walker C, Ward J.** Intrapartum umbilical cord rupture. *Obstet Gynecol* 2009;113:552-554.
4. **Naidu M, Nama V, Karoshi M, Kakumani V, Worth R.** Umbilical cord rupture: a case report and review of literature. *Int J Fertil Womens Med* 2007;52:107-110.
5. **Pinette M, Wax J, Wilson E.** The risk of underwater birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1211-1215.
6. **Krakowiak P, Smith EN, de Bruyn G, Lydon-Rochelle MT.** Risk factors and outcomes associated with a short umbilical cord. *Obstet Gynecol* 2004;103:119-127.