

ON YILLIK DOĞUM TRAVMASI OLGULARININ DÖKÜMÜ

Dursun MUTLU (1), Yasemin EKMEKÇİOĞLU (2), Nevin BOZBORA (3)

Son 10 içinde (1981 - 1990) Şişli Eftal Hastanesi II. Çocuk Kliniğine 217 doğum travması olgusu yatmıştır. Bu servise yatan tüm hastaların % 1.99'unu oluşturmaktadır ve yıllara göre % 0.7-3 arasında değişmektedir. Erkek / Kız oranı 1/1.92 olarak saptandı, ayrıca doğum ağırlığının, prezantasyon bozukluklarının, müdahaleli doğumların ve annenin gebelik sayısının doğum travmasına hazırlayıcı risk faktörleri olduğu açıklandı. Doğum travmasına bağlı ölüm oranı % 36 olarak tespit edildi. Bunun büyük çoğunluğunu beyin travmaları oluşturmaktadır ve yaşayan çocuklarda da tedavisi mümkün olmayan sekeller bırakmaktadır. Bundan dolayı doğum travmasının tedavisinden çok oluşmasının önlenmesi gerektiğini vurguluyoruz. Burada doğum yapacak hekimlere, pediatriklere, nöropediatriklere ve diğer sağlık elemanlarına önemli görevler düşmektedir.

THE SCREENING OF BIRTH INJURIES OF THE LAST TEN YEARS

In the last ten years (1981 - 1990), 217 newborn with birth traumas had been accepted in to the II. Pediatric clinic of Şişli Eftal Hospital. This is 1.99 % of the total patients hospitalised by that department and this percentage varies between 0.7-3 % yearly. The ratio of boys to girls is 1/1.92. Birth weight, malpresentation, complicated births and the parite are accepted to be the risc factors for birth traumas. The mortality rate of birth traumas was found as 36 % . Cerebral traumas are responsible for the majority of mortalities or causes mostly results with heavy sequesles. For this reason, we emphasised the importance of prophylaxis of birth traumas rather than therapy. The role of the team work between the obstetricians, neonatologists, neuropediatrists and other health care personnel is important for prophylaxis.

Bilindiği gibi doğum travması kalıcı, kötü sekeller bırakan bir durumdur ve bunun erken ve geç sonuçları yenidoğan döneminin en önemli nörolojik sorunlarını oluşturmaktadır (2,4,5,9).

Doğum travması, travay esnasında çocuğun mekanik etkenler ve anoksi sebebi ile zarara uğramasıdır. Bu sınıflamanın içine amniyosentez, intrauterin tranfüzyona bağlı travmalar ile, baş venlerinden alınan numune veya canlandırma esnasında oluşan travmalar girmez (5,12).

Doğum travmalarının insidansı 2-7/1000 canlı doğum olarak tespit edilmişse de, değişik bölgelerde farklı değerler görülmektedir (3,13) (Tablo I).

Tablo I: Yenidoğanlarda Doğum Travması İnsidansı (Curran, 1985)

YIL	BÖLGE	1000/YD.'AORANI	YAZARLAR
1931 - 1941	Şikago	5.6	Potter (1975)
1956 - 1960	Liverpool	26.1	Edd (1966)
1958	İngiltere	1.0	Butler (1960)
1961 - 1965	Liverpool	20.6	Edd (1968)
1968 - 1973	Montreal, Kanada		
	Baş geliş	4.3	Green (1981)
	Makad geliş	15.1	

1862 de Little ilk kez preterm ve term bebeklerde beyin hasarı ile neonatal olaylar arasında bir bağlantı olduğunu ileri sürmüştür(14).

Son yıllarda obstetrik dalında büyük ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, doğum travmaları bu günde obstetrisyenlerin, neonatologların, ailelerin ve toplumun önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir.

Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde, yenidoğan mortalitesinin önemli bir bölümünü doğum travmaları oluşturmaktadır. Yenidoğan döneminde, doğum travmalarına bağlı mortalite ve sekellerin azaltılabilmesinde, doğumu yapacak hekimlere ve diğer sağlık elemanlarına son derece önemli görevler düşmektedir. Son on yıl (1981-1990) içinde II. Çocuk Kliniğine yatırılan 2480 yenidoğandan 217'si doğum travması nedeniyle enterne edilmiştir. Bu demektirki servise yatan her 11-12 yenidoğandan biri doğum travmasına maruz kalmıştır ve bu insidans bu dönem içinde önemli bir azalma göstermiştir. Bu nedenle konunun halen güncelliğini koruduğunu gördük, ve bu 217 bebeğimizin dökümünü yaparak incelemeyi amaçladık.

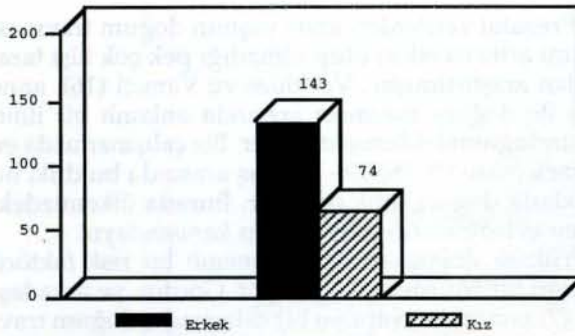
GEREÇ VE YÖNTEM

Materyalimizi son 10 yıl (1981 - 1990) içinde Şişli Eftal Hastanesi II. Çocuk kliniğine yatan 217 doğum travması olgusu oluşturmaktadır. Aynı dönem zarfında kliniğimize kabul edilen toplam genel hasta sayısı 10.853, bunların 2480'i yenidoğan idi.

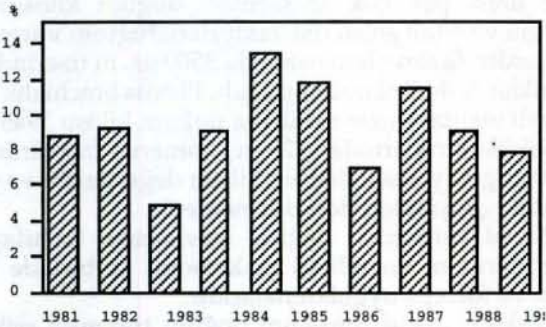
Kliniğimize başvuran yenidoğanlara doğum anamnezi, fizik ve nörolojik muayene, ultrason ve röntgen gibi gereçlerden faydalanılarak doğum travması tanısı konulmuştur. Olgularımızda ayrıca annenin gebelik sayısı, bebeğin doğum şekli, doğum kilosunu gibi faktörleri ve doğum travması arasındaki ilişkiyi de araştırdık.

BULGULAR

Şekil 1'de tablolarımızın cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Görüldüğü gibi 143'ü (% 65.8) erkek, 74'ü (% 34.2) ise kız çocukları oluşturmaktadır. Erkek / kız oranı 1.92/1'dir . Olguların yıllara göre dağılımı Şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 1 : Doğum Travmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı



Şekil 2 : Doğum Travmalarının Yıllara Göre Dağılımı

Olgularımızda rastlanılan doğum travmalarının dağılımında 217 olgunun, 171'i (% 78) neonatal asfiksi, 13'ü (% 5.9) sefalhematom, 17'si (% 7.8) brakial paralizi, 4'ü (% 1.8) yüz felci, ikisi (% 0.92) klavikula kırığı, biri (% 0.46) humerus kırığı, 6'sı (% 2.76) sefalhematom + neonatal asfiksi, biri (% 0.46) brakial paralizi + sternokleidomastoid kas hematomu, birinde brakial paralizi + n.phrenicus paralizi ve bir de sefalhematom + parietal kemik kırığından oluştuğu görülmüştür (TABLO II).

Olguların doğum kilosu 2000 - 5000 gr arasında değişmektedir. 94'ünde (% 44.7) doğum kilosu 3500 gr'in üzerinde olurken, 106 olguda 2500 - 3499 gr (% 50.4) arasında, 10 olguda da 2500' gr'in (% 4.7) altında bulunmuştur.

Ortalama doğum kilosu travma tiplerine göre :

Brakial paralizilerde - 3945 gr.

Sefalhematomda - 3300 gr.

Yüz felçinde - 3100 gr.

Klavikula fraktüründe - 3875 gr.

Humerus fraktüründe - 3800 gr.

Neonatal asfiksida - 3260 gr.

Kombine doğum travmalarında - 4080 gr dağılım gösteriyordu.

Olgular doğum şekillerine göre sıralandığında;

22 makat gelişi, 2 yüz gelişi, bir el gelişi, 20 uzun travay, 16 kordon dolanması, 2 omuz gelişi, bir süratli travay, 41 vakum ekstraksiyonu, 16 sezeryan, 2 forseps, 1 versio, 18 evde doğum, 106 normal spontan doğum olduğu görülmektedir.

Olgularımızın 106'sı (% 48.8) normal spontan doğum ile doğurtulmuşken 83 (% 41.7) olgumuz müdahaleli doğumla doğurtulmuş, 18'i (% 8.3) de evde doğum yapmıştır.

Olgularımızın 8'i prematüre, 12'si postmatüre, diğer 197'si ise miyadında yenidoğanlardı.

Olgularımızın annenin gebelik sayısına göre dağılımı Grafik 3'te gösterilmiştir. 86'sı (% 39.6) primipar gebelik, 37 (% 17) 2. gebelik, 94'ü de (% 43.3) multipar gebelik sonucu doğmuşlardır.

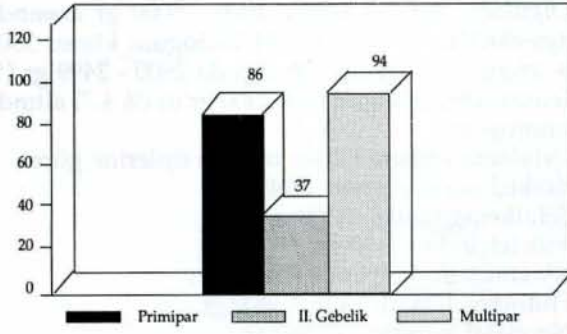
Anne yaşı ile doğum travmalarının arasındaki ilişki de Tablo III'de gösterilmiştir.

Olguların % 78'i 18 - 30 yaşlarındaki annelerden doğan çocuklardır. Bu da normal klasik doğurganlık yaşıdır.

Yüzeysel travmalar şifa ile sonlanırken, 72 (% 42.1) asfiksili olgunun ölümle sonlanması doğum travmalarının bilhassa beyin travmalarının çok yüksek mortalitede seyrettiğini göstermektedir.

Tablo II: 217 Doğum Travması Olgularının Dökümü

	Olgular		Doğum Presentasyonu			Müdahaleli Doğum			Doğum Ağırlıkları			Exitus			I. Gebelikte Doğum
	Kız	Erkek	Mak. geliş	yüz. gel.	Kord. sark. ve dolan.	Vakum	Seccio	Versio	< 2500	2500-3999	>4000	1 gün	1-7 gün	>7	
Neonatal Asfiksi	60	111	18	2	13	29	14	2 / 1	8	137	26	45	21	6	68
Br. Plexus paralizi	Erb. Duchen	3	12	2	1	1	1			8	7				3
	Klumpke	1	1				1			1	1				
Fasiyal sinir felci	1	3				1				4			2		2
Klavikula kırığı		2								1	1				2
Humerus diafiz kırığı	1		1							1					
Cephalhematoma	4	9			1	6			1	11	1				8
Kombine doğum travmaları	Erb. Duchen + N. phrenic paral.		1							1					1
	Erb. Duchen + Sternocleido. kas Hematoma	1								1					
	Cephal hematoma + pariet. kemik kırığı	1									1				1
	Cephal hematoma + Neonatal asfiksi	2	4			1	3		1	5		3	2	1	1
	Toplam	74	143	22	2	16	41	15	2 / 1	10	170	37	48	25	7



Şekil 3 : Doğum Travmalarının Annenin Gebelik Sayısına Göre Dağılımı

TABLO III

Anne yaşı	Olgu sayısı	Oranı %
18	5	2.6
18 - 24	89	46.5
25 - 30	61	31.9
31 - 35	23	12.0
35 >	13	7.0

Not : 16 annenin yaşı bilinmiyordu

Yine vefat eden olgularımızın 48'inin (% 60.5) ilk 24 saat içerisinde, 25'inin (%32.8) ilk hafta içerisinde vefat etmesi prognozun çok süratli ve ağır olduğunu vurgulamaktadır.

TARTIŞMA

Olgularımızı gerek kendi hastahanemiz doğum servislerinden gerekse dışardan gelen ve servisimize yatan yeni doğanlar arasından seçtik. Servise yatan yenidoğanlar, toplam genel hasta sayısına göre % 1.99 luk bir oran oluşturmakta idi.

Potter, Todd ve Butler gibi araştırmacıların yaptığı çalışmalarda doğum travması insidansı % 0.1 - 20.6 arasında değişmektedir. Green'in 1981'de yaptığı 10 yıllık retrospektif çalışmada % 1.94'lik bir insidans saptanmıştır (3,9). Görüldüğü gibi bizim çalışmamız da yukarıdaki çalışmaları desteklemektedir.

Levine ve arkadaşlarının (10) çalışmasında da, doğum travmaları arasında kız / erkek oranı açısından anlamlı bir fark olduğu ve erkek çocukların doğum travmalarından daha fazla etkilendiği bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da % 65.8 erkek, % 34.1 kız çocuk saptanmıştır ve bu değerler Levine'in bulgusunu desteklemektedir.

Kadar, Romero ve Levin'in (8,10) yaptıkları çalışmalarda primiparite veya multiparite ile doğum travması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Primipar annelerin çocukları daha fazla doğum travmasına maruz kalmaktadır. Bizim olgularımızda primipar anne çocukları % 40, multipar anne çocukları % 60 olarak bulunmuştur ve bu çalışmaları tam olarak desteklemektedir.

Prenatal verilerden anne yaşının doğum travması riskini arttırıcı etkisi olup olmadığı pek çok kişi tarafından araştırılmıştır. Voorhies ve Vanuci (16), anne yaşı ile doğum travması arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu bildirmektedirler. Biz çalışmamızda en yüksek oranı (% 78) 19 - 30 yaş arasında bulduk, bu da klasik doğurganlık oranıdır. Burada ülkemizdeki erken evlenmelerin rolü olduğu kanısındayız.

Yüksek doğum tartısının önemli bir risk faktörü olduğu literatürde açıklanmıştır. Gordon ve arkadaşları (7) tarafından yapılan bir çalışmada, doğum travmalı bebeklerin % 56'sının doğum kilosunun 3500 gr.ın üzerinde olduğu bildirilmiştir.

Falco ve arkadaşları (6) ve Rajeh ve arkadaşları (1) gibi daha pek çok araştırmacı doğum kilosunun önemli ve önde gelen risk faktörü olduğunu vurgulamışlardır. Bizim olgularımızda 3500 gr. ın üzerindeki çocuklar % 44.7 olarak saptandı. Plexus brachialis paralizili olgularımızın ortalama doğum kilosu 3945 gr, klaviküla kırıklarında 3875 gr, humerus frakturünde 3800 gr gibi yüksek doğum kilosu değerleridir ve yukarıdaki çalışmaları desteklemektedir.

Natal verilerden doğum travmasına hazırlayıcı faktörlerin en önemlileri makrosomi ile birlikte vakum ve forceps uygulanmalarıdır.

Vakum uygulanmasının doğum travması riskini arttırıcı bir etkisi olup olmadığı bir çok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Vakum ile doğurtulan miyadını geçmiş bebekler, Bjrrre ve Dablin'in bir çalışmasında incelenmiştir (7). Bu çalışmada 101 vakumla doğmuş miyadını geçmiş bebek takip edilmiş, 120 normal spontan doğumlu çocukta kontrol grubu olarak alınmıştır. Dört yıl izleme sonucunda kontrol grubu bebeklerin % 5.9'unda, vakumla doğanların % 5.3'ünde gelişme geriliği saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Rajeh ve arkadaşlarının (1) yaptığı bir çalışmada 5 yıllık bir dönemde gözlenen 57 brakial paralizili çocuğun % 35'ine vakum ve forseps uygulanmış, % 45'inde de prezantasyon bozukluğu saptanmış. Erikson'un (6) çalışmasında ise 81 yüz felçli çocuğun % 91'inde forceps uygulanmış. Çocukların ortalama doğum ağırlığı 3500 gr imiş, annelerinin % 37'sinin primipar olduğu görülmüş. Bizim çalışmamızda ise, 97 olgu (% 44.7) müdahaleli doğum ile doğurtulmuştur (41 vakum ekstraksiyon, 2 forceps, 16 sectio, 16 kordon dolanması, 22 makat gelişi). Görüldüğü gibi prezantasyon bozuklukları, travmanın uzaması veya süratlenmesi, obstetrik müdahaleler doğum esnasında çocuğu zedelemektedirler ve ağır doğum travmalarına neden olmaktadır.

Volpe'nin araştırmasında (15) doğum travmalarında ölüm % 20, kalıcı nörolojik bulgular % 30, minimal beyin hasarı % 15, normale dönüş % 35, olarak bildirilmektedir. Bizim olgularımızda ölüm oranı % 36 olarak saptandı. 1981 - 1985 yılları arasında doğum travmasına bağlı ölüm oranı % 51 iken, 1986 - 1990 yılları arasında bu oran % 25.2 ye inmiştir. Aynı dönem içinde doğum travmalarının sıklığında bir azalma gözlenmemiştir. Çoğalan hastahane ve gelişen tıbbi imkanlara rağmen olgularımızın % 8.3'ünün evde doğması ve yukarıda belirttiğimiz gibi doğum travmalarının insidansında önemli bir azalma gözlenmesi üzücüdür ve önlem alınması gerekmektedir.

Görüldüğü gibi hala evde doğumlar % 8.3'dür. Hastahane doğan çocuklarda da çok büyük bir oranda anne hastahaneye ilk defa doğum sancıları başladıktan ve su kesesi patladıktan sonra gelmekte, bazen doğum yolda başlamış olabilmekte bazen de evde ebe ile başlatılan doğum normal seyretmemesi ve ebenin göndermesi sonucu hastahane bitmektedir. Üst düzey sosyo ekonomik seviyede hanımlarımızın haricinde çok az sayıda gebe hamilelik başlangıcından itibaren belli aralarla hastahaneye obstetrik kliniklerine kontrole muntazaman gelmektedir. Bu durumda, gebeliğin seyri ve doğum zamanı ve şekli hastahanelerde genellikle obtetrisyenlerimizin takibi ve kontrolü dışında kalmakta aynı zamanda doğum kontrolü bilinci iyice yaygınlaşmadığı için genellikle düşük sosyo ekonomik ve kültürel seviyeli bir hasta potansiyeline hizmet etmekte olan hastahane doğum servisleri, aşırı doğum yüküne maruz kalmaktadırlar. Bu durumda doğum travmalarını azaltarak topluma tam sağlıklı sekelsiz çocuk kazandırmanın yolu bizce, kadınlarımızı bilinçlendirerek ve bu konuda aydınlatarak doğum kontrolünü öğretmek, çok sayıda hamileliğin sakıncalarını anlatmak ve bunun yanında hamilelik başlangıcından itibaren gebe kontrolü yaptırılmalarını sağlamak ve doğumlarının mutlak hastahane olması gerekliliğini vurgulamak, ebelerimizin eğitimi üzerinde hassasiyetle durmak, kadın doğum kliniklerimizin yükünü ise hafifletmek olarak düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Al - Rajeh S, Corea JR, al Sibai MH et al : Birth injuries. J Child Neurop, Jan 5 (1) : 35 - 8, 1990.
2. Atanas K : High - risk labor and delivery. Medicina I Fizkutura. p. 29 - 43, 1986.
3. Behrman RE, Vaughan VC : Nelson textbook of pediatrics.

13 th edition. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1987, 8: 386 - 91.

4. Can G, Apak S, Yüksel T, Yenerer N, Özmen M : Doğum travmaları ve neonatal asfiksi. 12. Türk pediatri Kongresi kitabı, Ufuk Matbaası, İstanbul 1983, s. 253 - 61.

5. Dağoğlu T : Doğum travmaları. Can G, Darendeliler F (ed) : Yenidoğan ve prematürelerin temel sorunları, Er - Diz matbaası, İstanbul, 1987. s. 145 - 9.

6. Falco NA, Eriksson E : Facial nerve palsy in the newborn incidence and outcome. Plast. Reconst. Surg., (1) 85, 1990.

7. Gordon N : Anoxia and birth injury, In : Pediatric neurology for the clinician spactics, International medical Publications, London, Philadelphia, 1976, p. 75.

8. Kadar N, Romero R : Prognosis for injury child bearing after midcavity instrumental deliveries in primigravides. Index Medicus, 1983, 62 (2) : 166.

9. Kayadibi F : Doğum travmalarına hazırlayıcı faktörler ve sonuçları. İst. Üniv. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1986.

10. Levine MG, Holrody J, Woods JR et al : Birth trauma : Incidence and predisposing factors. Obstet. Gynecol, Jun 63 (6) : 792 - 5, 1984.

11. Nelson KB, Ellenberg JH : The asymptomatic newborn and risk of cerebral palsy. Am J Dis Child., 141 : 1333, 1987.

12. Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri 1, Nobel Kitabevi, İstanbul, 1989, s. 211 - 6.

13. Robertson C, Finer N : Term infants with hypoxic - ischemic encephalopathy : outcome at 3.5 years. Dev Med Child neural. 27 : 273, 1985.

14. Robertson NCR : Perinatal asfiksi ve nörolojik sorunlar. İter Ö, Altınkaya N (ed) : Neonatolojide güncel sorunlar, Ayhan matbaası, İstanbul, 1990, s. 7 - 25.

15. Volpe JJ : Perinatal hipoxic - ischemic brain injury. Ped. Clin of North Am, 23 (3) : 383 - 91, 1976.

16. Voorchies TM, Vannuci RC : Perinatal Neurology. In : Boyd R, Battaglia (eds) : Perinatal Medicine, Pediatrics 2 Butterwarths, London, 1983, 4 : 70 - 113.

17. Wille L, Obladen M : Neugeborenen - Intensivptleges. 56 - 8, 1986.