

Vajinal Doğum Sonrası Plasentanın Kendiliğinden Ayrılma Zamanının ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determining the Time of Spontaneous Separation of Placenta and the Factors Affecting This Time After Vaginal Delivery

Nihat FARİSOĞULLARI ¹, Zehra Meltem PİRİMOĞLU ²

Ali Doğukan ANĞIN ², Önder SAKİN ², Muzaffer Seyhan ÇIKMAN ², Ramazan DENİZLİ ²

1. Viranşehir Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

2. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, vajinal doğum sonrası plasentanın kendiliğinden ayrılma zamanını ve bu süreyi etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereçler ve Yöntem: Çalışmamıza İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine 01.03.2016-01.01.2017 tarihleri arasında vajinal doğum için başvuran 198 hasta dahil edildi. Vajinal doğumu takiben plasentanın kendiliğinden ayrılması beklendi ve 5'er dakika aralıklarla kontrol edildi.

Bulgular: Plasentanın ayrılma zamanı 11,69±6,09 dakika olarak tespit edildi. İndüksiyon alan ve daha önce doğum yapmış hastalarda plasenta ayrılma zamanının kısaldığı görüldü. Hastaların %96'sının plasentasının ilk 20 dakika içerisinde ayrıldığı izlendi. 198 hastanın 5'inde plasenta 30 dakika içerisinde kendiliğinden ayrılmadı ve elle halas edildi.

Sonuç: Bu çalışmada plasentanın kendiliğinden ayrılma süresi 10-15 dk. aralığında izlendi. Plasentanın kendiliğinden ayrılması için eşik değerin 20 dk olarak tespit edilebileceği düşünüldü. İndüksiyon almak ve daha önce doğum yapmakta bu süreyi kısaltan faktörler olarak tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: doğum evreleri, plasenta, retansiyon

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to determine the timing of spontaneous separation of placenta after vaginal delivery and the factors affecting this time.

Material and Methods: Between 01.03.2016-01.01.2017 in the department of Obstetrics and Gynecology in İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Education and Research Hospital.198 patients referred for vaginal delivery were included in our study. Following vaginal delivery, the placenta was expected to be spontaneously separated and checked at intervals of 5 minutes.

Results: The separation time of the placenta was determined to be 11,69±6,09 minutes. It has been observed that the time for placental separation in induction-receiving and previously delivered patients is shortened. The placenta of 96% of the patients left within the first 20 minutes. In 5 of 198 patients the placenta did not spontaneously separate within 30 minutes and was taken by hand.

Conclusion: In this study, the spontaneous separation time of the placenta was observed at intervals of 10-15 minutes. It was thought that 20 minutes should be determined as the threshold value for the spontaneous separation of the placenta. Taking induction and previously giving birth has been identified as a shortening factor.

Keywords: placenta, labor stages, retention

İletişim:

Sorumlu Yazar: Ali Doğukan ANĞIN

Adres: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel: +90 (505) 623 20 27

E-Posta: dralidogukan@gmail.com

Makale Geliş: 06.04.2018

Makale Kabul: 06.10.2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.413370>

GİRİŞ

Plasenta ve eklerinin ayrılma zamanı, doğumun 3.evresinde gerçekleşmektedir. Maternal ölümlerin en sık nedenleri arasında sayılan postpartum kanamanın bu dönemde görülmesinden dolayı büyük önem arz etmektedir. Uzamış üçüncü evrenin en önemli riski kanamadır, bu risk süre ne kadar uzarsa o kadar artar (1, 2).

Literatürde plasentanın kendiliğinden ayrılma zamanını çalışmalar çok kısıtlıdır. Son 50 yıldır gelecekteki olarak ama herhangi bir prospektif toplanmış bir veriye dayanmadan, plasentanın ayrılma süresi 30 dakika olarak kabul edilmektedir. Buna dayanarak plasentanın kendiliğinden ayrılma zamanı 30 dakikalara varan sürelerde beklenmekte, bu durum doğumun 3. fazını ve lohusa kadının kaybettiği kan miktarını bazı doğumlarda arttırmaktadır. Doğumun üçüncü evresinde 30 dakikadan sonra postpartum kanama riskinde anlamlı artış olur ve bu nedenle 30 ile 60. dakikalar arasında plasentanın doğumu için aktif müdahale akılcı gözükmektedir (3).

Amacımız, doğumun 3. Evresinde plasentanın herhangi bir müdahalede bulunulmaksızın kendiliğinden ayrılması için beklenen süreyi gözden geçirmek, geçerli bir eşik zaman değeri bulmak ve bu süreyi etkileyen gebelik sayısı, bebeğin kilosu gibi çeşitli faktörleri incelemektir. Plasentanın ayrılma süresini için gereğinden fazla beklenmesi engellenip kanama miktarının ve doğum sonrası gereksiz müdahaleleri azaltılması için bu eşik değer kullanılabilir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde 01.03.2016-01.01.2017 tarihleri arasında yapıldı. Çalışma Hastane Etik Komitesi tarafından onaylandı. Tüm olgular çalışma öncesi çalışma hakkında bilgilendirilerek dolduracakları formlar ve vajinal yolla doğum hakkında detaylı bilgiler verilerek aydınlatılmış onamları alındı.

Prospektif gözlemsel planladığımız çalışmaya baş geliş ile tekil canlı vajinal doğumu gerçekleşen, 15-49 yaş arası hastalar dahil edildi. Plasenta yerleşim ve yapışma anomalileri (plasenta previa, akreata, inkreata, perkreata) varlığı, maternal enfeksiyon

bulgusu veya semptomları olması, uterin anomali mevcudiyeti, koagülasyon defekti olması, müdahaleli doğum gerçekleşmesi (vakum/forceps), antikoagülan ilaç kullanımı, tokolitik kullanımı, sezaryen yada uterin cerrahi özgeçmişli olan hastalar ve kan basıncının 140/90 mmHg veya üzerinde olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Plasentanın ayrılmasında fizyolojik yöntem esas alındı. Doğum eylemi gerçekleştikten sonra plasentanın ayrılması için lohusaya kord traksiyonu, uterotonik ajanlar gibi müdahalelerde bulunulmadı. Plasentanın kendiliğinden, yer çekimi ve maternalefor ile spontan olarak ayrılması esas alındı. 5 dakika aralıklarla 30 dakikaya kadar vajinal tuşe yapılarak, plasentanın serviksten vajene düşüp düşmediği kontrol edildi. Serviksi geçtiği tespit edilen plasenta, ayrılmış olarak kabul edildi ve süreleri kaydedildi. 30 dakikada ayrılmayan plasentalar için kord traksiyonu, elle halas gibi müdahalelerde bulunularak plasentanın ayrılması sağlandı ve süresi 35 dakika olarak kayda geçildi.

Verilerin analizinde SPSS versiyon 15.0 programından yararlanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. 2x2 gözlerde Pearson Ki Kare ve Fisher'in Kesin Testleri ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren (parametrik) değişkenler gruplar arasında değerlendirilirken Bağımsız gruplarda T Testi, normal dağılım göstermeyenler (nonparametrik) gruplar arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 198 hastanın demografik özellikleri Tablo 1 ve 2'de görülmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların demografik değişkenleri.

	Ortalama	±ss	Minimum	Maximum
Yaş (yıl)	27,08	6,14	15,00	44,00
Doğum sayısı	1,31	1,38	0,00	8,00
Abort sayısı	0,26	0,70	0,00	4,00
Gebelik süresi (hafta)	39,41	1,34	35,60	42,20
Sigara (paket-yıl)	0,24	1,33	0,00	10,00
Bebek Ağırlığı (g)	3294,56	380,89	1985,00	4150,00
Bebek Boyu (cm)	49,91	2,08	43,00	55,00
Plasental Ayrılma (dk.)	11,69	6,09	5,00	35,00

Tablo 2: Katılımcıların plasental yerleşim, sigara-alkol kullanımı, induksiyon, amniotomi ve epizyotomi yapılma durumu ve bebeğin cinsiyetine göre dağılımı.

	N	%
Plasental yerleşim	Anterior	104 (52,5)
	Posterior	79 (39,9)
	Sağ lateral	6 (3,0)
	Sol lateral	5 (2,5)
	Fundus	4 (2,0)
Sigara-alkol kullanımı	Evet	188 (94,9)
	Hayır	10 (5,1)
İndüksiyon	Yapıldı	110 (55,6)
	Yapılmadı	88 (44,4)
Amniotomi	Yapılmadı	100 (50,5)
	Yapıldı	98 (49,5)
Epizyotomi	Yapılmadı	125 (63,1)
	Yapıldı	73 (36,9)
Bebek Cinsiyeti	Erkek	96 (48,5)
	Kız	102 (51,5)
	Toplam	198 (100,0)

Yaş, abort sayısı, gebelik haftası, sigara kullanımı, bebeğin boyu ve ağırlığının plasental ayrılma süresini etkilemediği görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen 198 hastadan 193'ünün 30 dakika içerisinde plasental ayrılması gerçekleşti. Geriye kalan 5 hastaya 30 dakika içerisinde ayrılma gerçekleşmediğinden müdahalede bulunulup elle halas yapıldı. Tablo 9'da görüldüğü üzere hastaların %96'sının 20 dakika içerisinde plasental ayrılması gerçekleşti. 20 dakika üzeri plasental ayrılması olan 8 hastanın 5'ine elle halas yapıldı ve bu da %62.5 olarak göze çarptı (Tablo 3).

Tablo 3: Plasenta ayrılma süresi hasta dağılımı.

	n	%
0-5 dk	45	22,7
5-10 dk	83	41,9
10-15 dk	48	24,2
15-20 dk	14	7,1
20-25 dk	1	0,5
25-30 dk	2	1,0
>30 dk	5	2,5
Total	198	100,0

Katılımcıların epizyotomi, induksiyon ve amniotomi uygulanması ile yaş, doğum sayısı, abort sayısı, plasental yerleşim, sigara-alkol kullanımı, kullandığı sigara paket-yılı, ve bebeğin cinsiyeti, ağırlığı, boyu ile karşılaştırıldı. İndüksiyon veya amniotomi uygulanan ve uygulanmayanlarda anlamlı bir fark izlenmedi. Epizyotomi yapılmayanlarda yapılara göre sadece yaş (28,8/24,1), doğum sayısı (1,93/0,26) ve bebek ağırlığı (3364/3174) anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

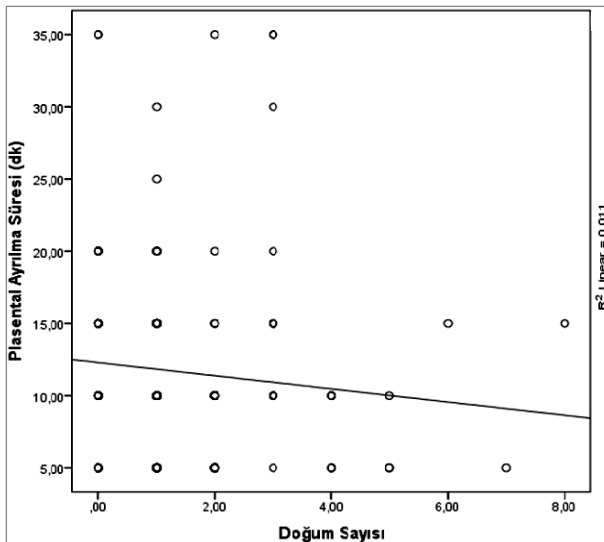
Katılımcıların induksiyon yapılanların ve epizyotomi yapılmayanların plasental ayrılma süresi diğerlerine göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların plasental yerleşimi, sigara-alkol kullanımı, bebeklerinin cinsiyetine göre plasental ayrılma süresi ortalamasının karşılaştırılması.

		Plasental Ayrılma Süresi (dk.)		P
		Ortalama	Standart Sapma (\pm)	
Plasental Yerleşim	Anterior	11,73	5,65	0.465 ^b
	Posterior	11,65	6,54	
	Sağ Lateral	15	10	
	Sol Lateral	11	2,24	
	Fundus	7,5	2,89	
İndüksiyon	Yapılmadı	12,56	6,16	0.016 ^a
	Yapıldı	11	5,97	
Amniotomi	Yapılmadı	11,8	5,84	0.582 ^a
	Yapıldı	11,58	6,37	
Epizyotomi	Yapılmadı	11,16	6,13	0.021 ^a
	Yapıldı	12,6	5,96	
Sigara-alkol Kullanımı	Evet	11,65	5,96	0.938 ^a
	Hayır	12,5	8,58	
Bebek Cinsiyet	Erkek	11,56	5,44	0.764 ^a
	Kız	11,81	6,67	

a : Mann-Whitney U testi, b : KruskalVallis testi.

Korelasyon matrisine bakıldığında plasental ayrılma süresi ile doğum sayısı arasında düşük düzeyde ($\rho=-0,196$), ancak anlamlı ($p=0,006$) bir negatif korelasyon bulunmuştur. Buna göre hastaların doğum sayısındaki artış ile plasental ayrılma süresinin azaldığı gözlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Plasental ayrılma süresi ile doğum sayısı arasındaki korelasyon grafiği.

Bebeğin ağırlığı ile doğum sayısı arasında ise pozitif ve düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ve bu bulgu da istatistiksel olarak çok anlamlıdır ($\rho=0,293$, $p<0,001$). Bu sonuç doğum sayısı arttıkça doğan bebeğin ağırlığının arttığını düşündürmektedir. Placenta yerleşim yerinin süreyi etkilemediği izlendi.

Epizyotomi ile plasental ayrılma süresi arasındaki anlamlı ilişkinin öncesinde doğum olmasına göre tabakalandırıldığında kaybolduğu saptanmıştır. Buna göre epizyotomi yapılan hastalarda plasental ayrılma zamanını etkileyen faktör, bu hastaların aynı zamanda doğum sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Doğum sayıları ve epizyotomi durumuna göre placenta ayrılma süresi.

	Epizyotomi				P
	Yapılmadı		Yapıldı		
	Plasental Ayrılma Süresi		Plasental Ayrılma Süresi		
	Ortalama	\pm ss	Ortalama	\pm ss	
Öncesinde doğum yok	11,25	2,5	12,97	6,17	0,594
Öncesinde doğum var	11,16	6,22	11,07	4,87	0,671

TARTIŞMA

Doğumun 3. evresiyle ilgili çalışmalar büyük ölçüde ihmal edilmiştir ve bu evredeki olaylar genelde belirsiz varsayımlardır. Doğumun 3. evresi en tehlikeli dönemi temsil ediyor olsa da, bu dönem net olarak anlaşılammıştır.

Plasentalın spontan doğması genelde bebeğin doğumunu izleyen 10 dakika içinde gerçekleşir. Combs ve Laros, 11 yıl süren bir çalışmada 12979 tekiz vajinal doğumu incelemişler ve doğumun üçüncü evresinin ortalama 6 dakika (4-10 dakika) sürdüğünü göstermişler (3). Plasentalın ayrılma süresi literatürde genel olarak 4 ile 15 dakika aralığında olduğunu gözlemledik. Biz de çalışmamızda bu süreyi literatür ile uyumlu olarak 11.69 ± 6.09 dk olarak tespit ettik.

Doğumun üçüncü evresinin süresi 30 dakika üzerine çıkmadığı sürece uzamadan genelde bahsedilmez. Üçüncü evrenin 30 dk'yı geçme prevalansı literatürde %2.2-3.3 gibi değerlerde arasındadır (3, 4). Biz prospektif gözlemsel olarak yaptığımız bu çalışmamızda %2.5 (n:5) olarak benzer oranda bulduk. Çalışmamızda plasental ayrılmanın %96'sının 20 dakikada gerçekleşti düşünülürse 3. evre için 30 dakika olarak genel kabul gören eşik değer belki de daha geniş çaplı randomize çalışmalar ile değiştirilebilir.

Plasentalın ayrılma süresini etkileyen faktörlere baktığımızda, literatürde aktif yönetimin doğumun 3. evresinde uygulandığında bu süreyi kısaltan induksiyon yöntemlerinin olduğu gösterilmiştir. Yünlü ark.serilerinde üçüncü evrenin süresini çalışmamızın süresine benzer bulmuşlar ve değişik uterotonik ajanların kullanılmasına bağlı farklı uzamış üçüncü evre hızları izlemişler (5). Taebi ve ark. 1000 serilik çalışmalarında doğum induksiyonunun placenta ayrılma süresini uzattığını tespit etmişler (6). Sürenin kısaltıldığına dair çalışmalarda mevcuttur (7). İndüksiyon amaçlı sadece oksitosin kullandığımız çalışmamızda induksiyon uygulananlarda 3. evre süresinin anlamlı olarak daha kısa olduğunu tespit ettik ($11\pm5,97$ dk ve $12,56\pm6,16$ dk; sırasıyla, $p:0,016$).

Daha önce doğum yapmış hastalarda da bu sürenin kısaldığı bulduğumuz diğer bir faktörken abort sayısının ayrılma süresini etkilemediğini fark ettik. Taebi ve ark. çalışmamıza benzer olarak parite arttıkça sürenin kısaldığını ancak abort sayısı ile ilişkisinin olmadığını tespit etmişler (6). Zhou ve ark ise artan abort sayısının süreyi kısalttığına dair zayıf bir ilişki tespit etmişler (8).

Doğum sayısındaki artış ile epizyotomi yapılmayanlar arasındaki anlamlı farkı da değerlendirdiğimizde, epizyotomi yapılmayanların plasenta ayrılma süresini kısalttığına dair çıkan istatistik veri de bu bulgunun doğum sayısının artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yani epizyotominin plasenta ayrılma süresi üzerinde direk etkisinin olmadığı sonucuna vardık. Frolova ve ark. vajinal doğumlarla operatif doğumları karşılaştırdıklarında 3. Evre zamanında fark izlememişler (9). Literatürde epizyotomi ile ilişkisinin açıkça değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadı.

Plasental yerleşimin plasenta ayrılma süresine etkisiyle ilgili sınırlı literatür bilgisi mevcuttur. Biz çalışmamızda anlamlı bir fark izlemezken Lurie ve ark. Fundal yerleşimli plasentanın ön, arka ve yan yerleşimli plasentalara oranla daha uzun sürede ayrıldığını ve bunun anlamlı olduğunu izlemişler (10). Yeni Zelanda Ebeler Birliği'nin 2009 yılında yayınladıkları retrospektif kohort çalışmasında, doğumun birinci ve ikinci evresi normal geçen 33752 gebe değerlendirilmiş ve fizyolojik yönetimde ortalama kan kaybının aktif yönetime göre daha az olduğu izlenmiş. Fizyolojik yönetimin tecrübeli ellerde ve normal bir doğum sürecini takriben uygulanması, postpartum kanama riskinde azalma ile ilişkili olduğu düşünülmüş (11, 12).

Çalışmamızda aktif ve fizyolojik yöntemin karşılaştırılmamış olması ve postpartum kanama değerlerinin değerlendirilmemiş olması eksikliklerimiz arasında sayılabilir.

SONUÇ

Artan parite sayısı ve indüksiyon uygulaması plasenta ayrılma zamanını kısaltmaktadır. Plasenta ayrılmasında gecikme yaşandığında ek müdahale için ne kadar beklenmesi gerektiğiyle ilgili geniş çaplı araştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Hibbard BM. *Obstetrics in general practice. The third stage of labour. Br Med J* 1964; 5396:1485.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, et al. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet* 2006; 367: 1066-10.
3. Combs CA, Laros RK. Jr. *Prolonged third stage of labor: Morbidity and risk factors. ObstetGynecol* 1991; 77(6): 863-7.
4. Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AA, Hurd WW, Romero R. *Third stage of labor analysis of duration and clinical practice. Am J ObstetGynecol* 1995; 172:1279-84.
5. Yuen PM, Chan NST, Yim SF, Chang AMZ. *A randomised double blind comparison of Syntometrine and Syntocinon in the management of the third stage labor. BJOG* 1995; 102(5): 377-80.
6. Taebi M, Abedzadeh M.K, Saberi F, Sadat Z. *The duration of the third stage of labor and related factors. Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012 Feb; 17(2 Suppl1): S76-S79.
7. Panpaprai P, Boriboohirunsarn D. *Risk factors of retained placenta in Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai.* 2007;90(2 Suppl1):1293-7.
8. Zhou W, Nielsen GL, Larsen H, Olsen J. *Induced abortion and placental complications in the subsequent pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(12):1115-20
9. Frolova AI, Stout MJ, Tuuli MG, López JD, Macones GA, Cahill AG. *Duration of the Third Stage of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage. nObstetGynecol.* 2016 May;127(5):951-6.
10. Lurie S, Gomel A, Adan O, Ginath S, Rotmensch S, Glezerman M. *The Duration of the Third Stage of Labor Is Subject to the Location of Placental Implantation. Gynecol Obstet Invest* 2003;56:14-16.
11. *New Zealand College of Midwives. Third stage management practices of midwife lead maternity carers: an analysis of the New Zealand College of Midwives Midwifery Database Information 2004 -2008. Christchurch: New Zealand College of Midwives, 2009.*
12. Begley CM, Gyte CML, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. *Active versus expectant management for women in the third stage of labor, Cochrane Database Syst Rev Issue 7, 2010.*