

**GEBELİKTE İLERİ DERECE KİFOSKOLYOZ : OLGU SUNUMU****Hasan YÜKSEL<sup>1</sup>, A. Rıza ODABAŞI<sup>1</sup>, Samet KAFKAS<sup>1</sup>, Ergün ONUR<sup>1</sup>****ÖZET**

Gebelikte kifoskolyoz ve beraberinde bulunan tıbbi koşullar kendine özgü takip gerektirir. Çoğunlukla sorunsuz olmakla birlikte bazı durumlarda gebeliğin sonlandırılması gerekmektedir. Ağır kifoskolyoz nedeniyle sevkedilen, primigravid age, makat prezentasyon ve oblik duruş, 32 haftalık gebeliği olan olgunun takibi ve tedavisini sunduk. Solunum zorluğu, bel ve kaburgalarda ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle doğum, preterm olarak sezaryen ile gerçekleştirildi.

**Anahtar Kelimeler :** Gebelik ve kifoskolyoz, kifoskolyoz ve pelvis, kifoskolyoz ve doğum.

**Severe Kyphoscoliosis In Pregnancy: A Case Report****SUMMARY**

Pregnancy with kyphoscoliosis may need modified management because of the severity of kyphoscoliosis and her other medical conditions. Although most of the pregnancies can be completed successfully some cases are advised as medical abortion. The primigravid age patient referred to clinic suffering from pain due to severe kyphoscoliosis at her 32nd week of pregnancy with breech presentation and oblique lie. The case we reported was performed preterm birth with cesarean section because of difficulty in respiration, spinal and rib pain and restricted movements.

**Key Words :** Pregnancy and kyphoscoliosis, kyphoscoliosis and pelvis, kyphoscoliosis and labor.

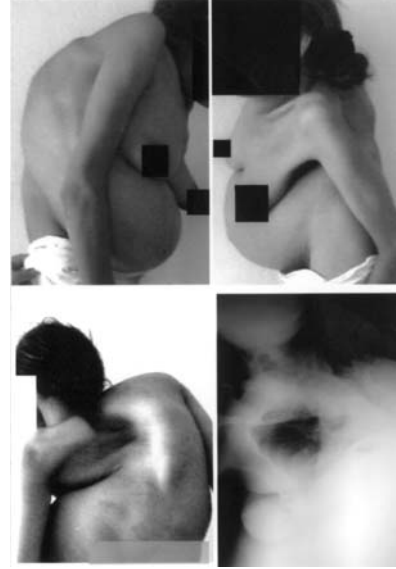
Gebelik ve doğum seyrinde iskelet sistemi anormalliklerinin en önemli olan yanı kemik pelvis yapısının bozulmasıyla oluşan distosilerdir. Pelvis yapısı tamamen normal olabildiği halde ağır kifoskolyoz nedeniyle karın boşluğunda gebe uterusun yerleşebileceği yeterli hacim olmayabilir ve bu boşluğa uterusun doğuma uygun pozisyonda yerleşmesine olanak tanımayabilir.

Bu durum gebeliğin seyrinde ek destekleyici tedavileri, prematüre doğum ve modifiye sezaryen tekniği uygulamayı gerektirebilir. Yazımızda bir olgu nedeniyle kifoskolyozun ortaya çıkarabileceği pek çok durumu içeren kifoskolyozlu bir gebe takdim edildi.

**OLGU**

Hasta 41 yaşında, bir yıllık evli ve ilk gebeliği. Öyküden bu kifoskolyozunun çok küçük yaşından itibaren bulunduğu, son adet tarihini bilmemekle beraber gebeliğinin sekiz aya yakın olduğu öğrenildi. Hasta nefes darlığı ve kaburgalarda daha çok olmak üzere belinde ağrı yakınmasıyla kliniğimize kabul edildi. Yapılan muayenede boyu 140 cm ve ileri derecede kifoskolyoz olduğu, batın içerisinde yeterli alan olmaması nedeniyle uterus fundusunun oblik olarak sağa yerleştiği, ayakta dururken karında ileri derecede sarkma olduğu saptandı (Resim 1). Uterus yaklaşık 30 haftalık gebelik cesametinde bulundu. Ultrasonografik incelemede, tek, canlı, anomalisi olmayan, makat gelişi, ölçümleri 32 haftalık gebelik ile uyumlu fetus görüldü.

Solunum fonksiyon testleri yapıldı ve kan



**Resim 1.** Sol üst sağ yan, sağ üst sol yan, sol alt arkadan görünüş ve sağ altta akciğer grafisinde azalmış havalanma alanı.

gazları ölçüldü. Buna göre nokturnal hipoksi saptanarak oksijen inhalasyonu tedavisine başlandı. Yatak istirahatiyle hastanın kısmen rahatlaması nedeniyle takibe alındı. Fetal akciğer maturasyonuna yardımcı olmak üzere betametazon verildi. İki hafta boyunca ihtiyaç oldukça oksijen desteği sağlandı. İkinci haftanın sonuna doğru hastanın bel ve kaburgalarındaki ağrıların dayanılmaz bir hal alması üzerine yenidoğan ve anestezi konsültasyonu yapılarak 34ncü haftada sezaryen ile doğumu

planlandı. İkinci haftanın sonunda, anne açısından artık gebeliğin devamının olanaksız olduğu görülerek intratrakeal genel anestezi ile uyutulan hastaya pfannensteil kesi ile batına, alt segment transvers kesi ile uterusu girilerek, makat prezentasyonda, 2300 gram ağırlığında, dokuz Apgarlı bir bebek doğurtuldu ve tüp ligasyonu yapıldı. Bebekte prematürite sorunu olmadı ve hemen anne yanına verildi. Postoperatif erken ve geç komplikasyonu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Gebelikte kifoskolyoz insidansı % 0.029 bulunmuştur.<sup>1</sup> Kifoz ve skolyozun sakrum konkavitesini bozması veya promontoryumun sağa veya sola kaymasına neden olarak pelvis girimini bozduğu görülebilmektedir. Kifoz ve skolyozun yerleşimi aşağı doğru inildikçe pelvis girimini daha da bozmaktadır. Kifozların büyük çoğunluğunun apeksi torakolomber yerleşimlidir. Gebelikte kifoskolyozun arttığını belirten çalışmaların yanısıra, anlamlı değişiklik olmadığını belirten çalışmalar da vardır.<sup>2,3</sup>

Kifoz ve skolyozdan hangisinin patolojik etkisi baskın ise kemik pelvis yapısı üzerinde onun etkisi çok olmakta ve kemik pelvis distosisi oluşturmaktadır. Kifoz ve skolyoz eşit ağırlıkta ise kifozun yaptığı değişim daha fazla olmaktadır. Kifotik bozukluğun şiddetli olduğu olgularda pelviste android yapıya değişim olmakta ve bu da doğumu zorlaştırmaktadır.<sup>4</sup> Şiddetli kifotik olgularda pubik alt aç daralmakta, orta pelvis ve pelvis çıkımına ait çaplar küçülmekte, vajinal doğumda persiste oksiput posterior prezentasyona eğilim artmakta veya doğum olanaksızlaşmaktadır.<sup>4</sup>

Gebelikte büyüyen uterusun kosta ve vertebra açılanmalarında oluşturduğu zorlamalar nedeniyle şiddetli ağrılar olabilmektedir.<sup>5</sup> Ayrıca rahat edilecek uyku pozisyonunu oluşturmak zorlaşmaktadır. İskelet sisteminde gebelik ile oluşması beklenen esnemeler de ileri yaş gebeliklerinde yeterli olmamaktadır.

Karında gebelik için alan daraldığından diyafragma ve dolayısıyla kalp ve akciğerlere olan basınç artışı nedeniyle, yetersiz solunum hareketleri sonucu sık solunum yolu enfeksiyonları görülmektedir.<sup>6</sup> Ağır torasik kifozlu hastalarda akciğer vital kapasitesi %50 azalabilmektedir.<sup>7</sup> Kifoskolyozda solunum genellikle sorunsuz olmasına karşın vital kapasite <1 L ise gebelikten kaçınmak veya gebeliğin tıbbi tahliyesi önerilmektedir.<sup>8</sup>

Kifoskolyozlu gebelerde prematüre doğum insidansı normal popülasyondan yüksektir.<sup>8</sup> Bu hastalarda üçüncü trimesterde oluşan nokturnal hipoksemi için nasal intermittan pozitif basınçlı ventilasyon etkilidir ve güvenle kullanılmıştır.<sup>9</sup> Doğumda ise cerrahi girişim ve hatta modifiye sezaryen teknikleri kullanılması gerekebilir.<sup>4</sup>

Olgumuz primigravid age olup belinde ve kaburgalarında aşırı ağrı, kaburgalarında batma, rahat

yatamama, ve rahat nefes alamama yakınmalarıyla kliniğimize yatırıldı. Boyu 140 cm olup kifoskolyozlu bir gebe için ortalama boya sahipti.<sup>1</sup> Fetus makat prezentasyonda ve uterus haftası ile uyumlu büyüklükte fakat kifoskolyoz nedeniyle oblik durmaktaydı. Fetusun makat prezentasyonda olması, kendine yeterli hareket alanı bulamamasından dolayı veya gebelik haftasıyla da ilişkili olabileceği söylenebilir.

Olgumuzda solunum fonksiyon testi incelemesinde ekspiryum süresinin normalden fazla olduğu saptandı. Göğüs hastalıkları konsültasyonu önerisiyle oksijen saturasyon takibine alınarak saturasyon % 92'nin altına indikçe 4-6 lt/dk maske ile oksijen verildi. İki hafta izlenen hastanın geceleri oksijen saturasyonunun % 85 düzeyine kadar düştüğü görüldü. Nokturnal hipoksemi önlenmediği takdirde kas zayıflığı ve yorgunluğuna yol açarak, hipoventilasyonu derinleştirmekte ve bu da daha fazla hipoksemiye neden olmaktadır.<sup>10</sup> Bu nedenle özellikle son zamanlara doğru her gece sık sık oksijen tedavisine gereksinim oldu ve yakın takibi yapıldı. Hastanın postürü ve gebeliği nedeniyle bel kısmı ve omuz kısmı yastıklarla desteklenerek uygun pozisyonda yatması sağlandı.

Yaşı, pelvisin uygun olmaması ve makat geliş ve uterusun pozisyonu nedeniyle sezaryen ile doğum yapması düşünülen hastanın, gerek ağrılarının ve kaburgalarındaki batmanın dayanılmaz olması, gerekse geceleri oksijen saturasyonunun düşmesi ve rahat yatamaması nedeniyle bir erken doğum olabileceği beklendiğinden fetal akciğer maturasyonu için betametazon verildi. Ağrısı için de zaman zaman parasetamol aldı. Amniyosentez ile fetal matürasyon araştırılması gebeliğin bu haftasında hastanın takibi açısından yaklaşımımızı değiştirmeyeceğinden yapılmadı.

Gebelikte kifoskolyoz genellikle sorunsuz olmakla birlikte bu elbette kifoskolyozun derecesine ve bir ölçüde de hastanın yaşına bağlıdır. Gebe açısından yukarıda değindiğimiz konular kısmen veya tümünden sorun olabilirken; fetusun durumu, doğum zamanı ve şeklinin planlaması, prematürite saptanması halinde çocuk hastalıkları kliniği ile yakın ilişki kurulması yenidoğan bakımı ve takibi açısından son derece önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. To WW, Wong MW. Kyphoscoliosis complicating pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1996;55(2):123-8.
2. Berman AT, Cohen DL, Schwentker EP. The effect of pregnancy on idiopathic scoliosis. Preliminary report on eight cases a review of the literature. Spine 1982;7:76-77.
3. Betz RR, Bunnell WP, Lambercht ME, Mac Ewen GD. Scoliosis and pregnancy. J Bone and Joint Surg 1987;69(1):90-96
4. Kepkep N, Ersoy Ü, Kurtay G. Ağır kifoskolyoz ve modifiye transabdominal doğum T Klin Jinekoloj Obst

- 2000, 10:249-52.
5. Siegler D, Zorab PA. Pregnancy in thoracic scoliosis. Br J Dis Chest 1981;75(4):367-70.
  6. Liechter DE. Orthopedic Disorder. In:Friedman AE (ed). Obstetrical Decision Making. 2<sup>nd</sup> ed. B.C. Decker Inc. Toronto, Philadelphia 1987:126-127.
  7. Sawicka EH, Spencer GT, Branthwaite MA. Management of respiratory failure complicating pregnancy in severe kyphoscoliosis: a new use for an old technique. Br J Dis Chest 1986;80(2):191-6.
  8. King TE. Restrictive lung disease in pregnancy. Clin ChestMed 1992;13(4):607-22
  9. Restrick LJ, Clapp BR, Mikelsons C, Wedzicha JA. Nasal ventilation in pregnancy: treatment of nocturnal hypoventilation in a patient with kyphoscoliosis. Eur RespirJ 1997;10(11):2657-8.
  10. George CF, Kryger MH. Sleep in restrictive lung disease. Sleep 1987;10(5):409-18.

### YAZIŞMAADRESİ

*Yrd. Doç. Dr. Hasan Yüksel  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Tıp Fakültesi 09100 AYDIN*

*Tel : 0256 212 00 20 / 262  
0532 332 06 64*

*Faks : 0256 214 40 86*

*E-Posta : hasanabi@yahoo.com*

*Geliş Tarihi : 19.07.2002*

*Kabul Tarihi : 20.03.2003*