

Plasenta Previa ve Uzamış Membran Rüptürü Olan Olguda İhmal Edilmiş Mentum Posterior Yüz Geliş

Neglected Mentum Posterior Face Presentation with Placenta Previa and Prolonged Membrane Rupture

Rukiye Ada Bender¹, Aykan Yücel¹, Volkan Noyan¹, Gülsüm Yıldız Serbest², Nevin Sağsöz¹, Çağatay Bölgen³

¹ Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırıkkale

² Kırklareli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

³ Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

ÖZET

Yüz geliş, sık görülmeyen bir prezentasyon biçimi olup insidansı 1/600-1/800 arasındadır. Tanısı vajinal muayene ve ultrasonografi (USG) ile konur. Etiyolojide anensefali, multiparite, kontrakte pelvis, büyük ve küçük fetus, plasenta previa, polihidroamniyoz, uterin anomali ve nukkal kalınlık suçlanmaktadır. Doğum mentum posterior yüz gelişlerde sezaryen ile tercih edilirken, mentum anteriorda vajinal doğum denenebilir. Bu olguda plasenta previalı multipar gebede yaklaşık 72 saatlik membran rüptürü öyküsüyle doğum kanalında sıkışmış mentum posterior yüz geliş fetüse yaklaşımı ve sonuçlarını son literatür verilerine dayanarak sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Malprezentasyonlar, yüz geliş, plasenta previa, sezaryen

ABSTRACT

Face presentation is a rare kind of malpresentation that has an incidence between 1/600-1/800. The diagnose is made by vaginal examination and ultrasonography (US). Etiologically anencephaly, multiparity, contacted pelvis, small or large fetus, placenta previa, polyhydramnios, uterin anomalies and nuchal cord are responsible factors. Mentum anterior face presentations can be delivered vaginally, however cesarean sectio is the preferred route for fetus presenting with mentum posterior. We aimed to present a case and review the literature of a mentum posterior face presentation complicated with premature rupture of membranes (PROM) for 72 hours which has arrested in labour in a multiparous placenta previa pregnant.

Keywords: Malpresentations, face presentation, placenta previa, cesarean sectio

GİRİŞ

Doğumdaki en sık prezentasyon vertex olup yüksek oranda oksiput anteriordur. Oksiput anterior olmayan prezentasyonlar malprezentasyon olarak sınıflanır (1). Sefalik malprezentasyonlardan yüz geliş sıklığı 1/600-1/800 arasındadır (2-6).

Yüz prezentasyonda fetal boynun defleksiyonu ve oksiputun fetal sırtı temasıyla yüzün doğum kanalına prezente olması söz konusudur. Etiyolojisi net değildir. En sık risk faktörleri, anensefali, masif hidrosefali ya da boynun anteriorunda kitleyle birlikte olan fetal anomalidir (7). Diğer nedenler olarak yüksek parite, kontrakte pelvis, büyük ya da küçük infant, plasenta previa, polihidroamniyoz, uterin anomali ve nukkal kalınlık suçlanmaktadır (8).

OLGU

42 yaşındaki gebenin gravidası 3, paritesi 1 olup, vajinal doğum ile bir adet sağlıklı yaşayarı mevcuttu. Kliniğimize ilk başvurusunda gebelik 39 hafta 5 günlük olup, önceki izlemleri başka merkezlerde yapılmıştı. USG'de biparietal çap ve femur uzunluğuna göre 38 hafta ile uyumluydu. Plasenta anteriorda ve internal osu kısmen kapatıyor (parsiyel plasenta previa) olarak izlendi. Fetal baş hiperekstansiyondaydı ve mentum posterior pozisyondaydı. Hastanın 3 günlük membran rüptürü öyküsüyle eş zamanlı ara ara olan vajinal kanaması mevcuttu. USG'de amniyon mayi izlenmeyip anhidroamniyoz olarak değerlendirildi.

Fetüsün monitorizasyonunda fetal distress bulguları olup hasta acil sezaryene alındı. İntraoperatif değerlendirmede fetal baş fleksiyonunu yapmamış ve doğum kanalında sıkışmıştı. Göz kapakları ve dudaklarda belirgin ödem mevcut olup baş hiperekstansiyondaydı (Resim 1a ve 1b) . 1. ve 5. Dakika Apgar skorları 2 ve 5 olan 3270 gram ağırlığında yoğun mekonyumlu erkek bebek doğurtuldu. Plasenta ve ekleri tam olarak ayrıldı. Doğum sonrası fetüs intrauterin dönemde maruz kaldığı hipoksiye bağlı olarak gelişen hipoksik iskemik ensefalopati, renal ve kardiyak yetmezlik nedeniyle 45 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra taburcu edildi. Konvülzyonları olup nörolojik gelişiminde gerilik düşünülen yenidoğan taburculuk sonrası Hipoksik İskemik Ensefalopati evre 3 tanısıyla çocuk nöroloji polikliniğinde takip edilmektedir.



Resim 1a ve 1b: Kompresyona bağlı gelişen ve orbital yapılarda daha belirgin izlenen ödem ve hiperekstansiyon postüründeki fetal baş

TARTIŞMA

Bizim vakamızda, altta yatan neden olarak plasenta previa görülebilir. Bu vakada plasenta internal osu kısmen kapatmış olup parsiyel plasenta previa olarak tanımlandı.

Literatür incelendiğinde yüz gelişlerin %60'ının multipar annelerin gebeliklerinde olduğu görülmüş (9-12). Literatürdeki birçok vakayla benzer olarak bizim vakamızda da multipar annenin gebeliğinde yüz geliş izlendi.

Tanıda ilk aşama digital muayenedir. Muayenede fetal orbital yapıların, burun ya da ağızın palpasyonu tanıya yardımcıdır. USG tanıda kullanılan bir diğer yöntemdir (13).

Bu vakada parsiyel plasenta previa olması nedeniyle vajinal muayene tercih edilmedi. Yapılan transabdominal USG'de osu kısmen kapatan plasenta, hiperekstansiyondaki baş ve doğum kanalında uzun süre beklediği için belirgin olarak ödemlenmiş orbital yapılar net olarak seçilmekteydi. Yine parsiyel plasenta previa varlığı nedeniyle transvajinal USG'yi kullanmak güvenli olmadığından transabdominal USG tercih edildi. Transvajinal USG'nin diğer muayene ve görüntüleme yöntemlerine göre yüz geliş olgularında daha kesin tanı sağladığı gösterilmiştir (14,15). Transabdominal USG'de hiperekstansiyondaki fetal baş izlenirken, transvajinal USG'de orbitalar net olarak izlenebilir. Fetal yüzde gelişen ödem bizim vakamızda orbital yapıları transabdominal USG'de de net değerlendirmemize neden oldu.

Yüz gelişlerde mentum posteriora sezaryen ile doğum tercih edilirken mentum anteriora normal doğum denir. Bu vakada mentum posterior pozisyon ve plasenta previa mevcudiyeti nedeniyle vajinal doğum olanaksızdı.

Doğumda fetal distress insidansı yüz ve alın gelişde yüksektir. Apgar skorlarına bakıldığında mentum anteriorların Apgar skorlarının mentum posteriorlardan düşük olduğu bir çalışmada olası neden olarak mentum posteriora sezaryenle doğum kararının erken verilmiş olması gösterilmiş (6). Umbilikal kord kompresyonu ya da boyun, baş ve gözlerdeki anormal basıncın fetal distress insidansını artırdığı düşünülmektedir (16-18).

Vakamız beklemiş yüz geliş olgusu olup anhidroamniyozun ve fetal yapılardaki kompresyonun da tabloya eklenmesi sonucunda fetal distress bulguları hastanın kliniğimize ilk başvurusunda vardı. Acil sezaryenle doğuma rağmen Apgar skorları 2 ve 5'di.

Yüz geliş fetal distress ile komplike olabilecek bir olgu olup mentum posterior fetüslerde sezaryen endikedir.

Bu fetüslerde vajinal muayene ve USG'den önce transabdominal USG ile plasenta previa olasılığı göz önünde bulundurularak ilk değerlendirme sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Gardberg M, Leonova Y, Laakkonen E. Malpresentations--impact on mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 ;90(5):540-2
2. Duff P. Diagnosis and management of face presentation. *Obstet Gynecol.* 1981;57(1):105.
3. Ducarme G, Ceccaldi PF, Chesnoy V, Robinet G, Gabriel R. Face presentation: retrospective study of 32 cases at term. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006;34(5):393.
4. Bhal PS, Davies NJ, Chung T. A population study of face and brow presentation. *J Obstet Gynaecol.* 1998;18(3):231.
5. Cruikshank DP, Cruikshank JE. Face and brow presentation: a review. *Clin Obstet Gynecol.* 1981;24(2):333.
6. Zayed F, Amarin Z, Obeidat B, Obeidat N, Alchalabi H, Lataifeh I. Face and brow presentation in northern Jordan, over a decade of experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2008 ;278(5):427-30.
7. Ingólfsson A. Brow presentations. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1969; 48(4):486.
8. Cruikshank DP, Cruikshank RN. Face and brow presentation. A review. *Clin Obstet Gynecol.* 1981 24: 333–351
9. Reddoch W. Face presentation; a study of 160 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1948; 56: 86–89
10. Bhal PS, Davies NJ, Chung T. A population study of face and brow presentation. *J Obstet Gynaecol.* 1998; 18(3):231–235
11. Rudolph SJ. Face presentation. *Am J Obstet Gynecol.* 1947; 54: 987–993
12. Reinke T. Face presentation; a review of 94 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1953; 66:1185–1190
13. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK Jr, Caughey AB. Face presentation: predictors and delivery route. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: 10–2.
14. Lau WL, Leung WC, Chin R. Intrapartum translabial ultrasound demonstrating brow presentation during the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009; 107(1): 62-3.
15. Lau WL, Cho LY, Leung WC. Intrapartum translabial ultrasound demonstration of face presentation during first stage of labor. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(12):1868-71.
16. Lenehan PM, McDonald D, Turner M. Face and brow presentation. *J Obstet Gynaecol.* 1986; 7: 102–6
17. DuV P. Diagnosis and management of face presentation. *Obstet Gynecol.* 1981; 57: 105–12
18. Schwartz Z, Dgani R, Lancet M, Kessler I. Face presentation. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 1986; 26: 172–6

Yazışma Adresi:

Dr. Rukiye Ada Bender

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,

KIRIKKALE

Tel: 5059104499

E-Mail: r.adabender@gmail.com