

DOĞUM TRAVMALARINA TOPLU BİR BAKIŞ VE VAKUM EKSTRAKSİYONLARINA BAĞLI HASARLAR (*)

BIRTH INJURIES «IN GENERAL» AND INJURIES DUE TO VACUUM EXTRACTION

Doç. Dr. Ziyaettin AKBAY (**)

Dr. Yüksel BÜYÜKOĞLU (***)

Yeni doğan devresi yüksek mortalite gösteren bir devredir. Doğum travması deyince; daima hatalı bir doğum tatbiki yahut operatif tekniğin kusurlu olması düşünülemez. «Doğum Hadisesi» doğan canlı için bir travmadır.

Forseps, Ekstraksiyon gibi doğum ameliyelerinde travma daha çoktur. Operatif doğumlarda spontan doğuma nazaran önemli mekanik tesir neticesi anoksemi husule gelir. Bilhassa oksijene daha hassas dokularda bu tesir daha şiddetli olur. Başta beyin gelir. Tazyikin fazlalığından başka devam müddeti de mühimdir.

İlk iki haftadaki ölümlerin 1/3 ü doğum travmasındandır. Doğum travması kliniklerdeki doğum adedine göre % 1-2 olarak kabul edilmektedir. Perinatal mortalite % 20-30 dur.

Süperfisiyel Travmalar:

Forseps kaşıklarının ve vakumun isabet ettiği yerlerde ekimozlar, sıyrıklar, peteşiler, uzun süren bir doğum travayı esnasında husule gelebilir.

Cephalhematom:

Daha ziyade parietal, nadir olarak frontal ve oksipital kemik üzerinde subperiostal bir kanamadır. Yeni do-

(*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Çocuk Servisi Çalışmalarından.

(**) Zeynep-Kâmil Hastanesi Çocuk Servisi Direktörü.

(***) Aynı Hastanenin Çocuk Hastalıkları Mütchassısı.

ğanlarda % 0,5 nisbetindedir. Cephalhematom (Caput-Succedaneum) dan kolaylıkla ayrılır.

Cephalhematom; doğumun haftası içinde çıkar. Fluktan bir şişlik olup periostun fibroz dokusu ile sınırlanır. Diğer kemiğe geçmez. Bir iki hafta sonra ortası yumuşak kenarı sertleşir.

Caput succedaneumlar, doğumdan hemen sonra teşekkül eder. Suturalar hizasından öbür kemiğe atlıyabilir. Cephalhematomun içindeki kanın aspirasyonu sepsis bakımından tehlikelidir.

Kendi haline bırakılırsa haftalar ve aylarca sonra şiş iner. Hususi bir tedavi icap etmez. Cilt defekti olursa steril bir gazlı bezle örtülür. Hasta hematom olan kısmın üzerine yatırılmamalıdır. Cephalhematom spontan ve operatif doğumlarda bazen başın rotasyonu esnasında meydana gelir.

Intrakraniyel kanamalar:

Yeni doğanlar arasında intrakraniyel kanamaya çok sık rastlanır. Post-mortem araştırmalar; Travmaya bağlanabilen lezyonların hayli yekûn tuttuğunu ifade etmektedir. Spencer, intrakraniyel kanamaları % 40, Deluca % 35, Schäfer % 20, Archilode % 43, Warfich % 43, Picesson % 44 bulmuşlardır. Makadî gelişlerde ve bilhassa prematürelere nisbet bazen % 80-90 dir.

Etyolojik olarak üç mühim faktör mevcuttur: 1 — Prematürelilik, 2 — Anoxia, 3 — Travma.

Prematürelilik intrakraniyel kanamadan ölenlerin % 50 sinden fazlasını

teşkil eden bir faktördür. Bütün prematürelere % 90 ında serebral doğum travmasını teyit eden bir çalışmayı Ylppö yapmış immatüre çocukların kan damarlarında büyük nisbette frajilite bulmuştur. Kanama, Anoxia neticesi yan karıncıkları saran subependimal sahadaki frajil vena terminalisin yırtılmasından meydana gelir. Kanama yan karıncıklara kadar ilerler (Claireaux 1959-1960) (1). Diğer prematürelere massif subaraknoidal kanamalara rastlanabilir. İntrauterin asfiksi neticesi baş içindeki stazdan meydana gelen hyperemilerde bir venanın yırtılması mümkündür.

Diğer taraftan travmatik kanama daima subduraldır. Tentoryum ve falx serebrinin yırtılmasından husule gelir. Kanama venöz sinüslerden veya Vena magna Galeniden gelebilir. Subdural kanama tentoryum altında birikirse medullanın hayati merkezlerini tehlikeye sokar. Bazan kan her iki hemisferin üzerinde yayılır.

Basis cranii kanamaları: Ağızdan burundan kanamalar olur. Ağır forceps ameliyeleri sebebi ile veya ekstrakraniyonda (basis-cranii) arızalarına rastlanır.

Klinik arazlar: İntrakraniyel kanamayı serebral ödem ve konjesyondan ayırmak çok güçtür. Ağır kanamalarda çocuklar ölü veya asfiktik doğarlar, böyle çocuklar beyaz mavimtraktırlar, letharjiktir, emme ve moro refleksleri yoktur. Teneffüs gayrimuntazamdır. Bazan ışığa, gürültüye ve dokunmağa karşı hiperirritabilite mevcuttur. Bun-

larda kanama ekseriya medulla oblongata'da yerleşir. Bazı zamanlar konvulzif hareketler görülebilir. Kraniyel bağırma mevcuttur. Ön fontanel şişebilir. Fakat bu araz serebral ödemden de olabilir. Prematüre çocuklarda yenidoğan pulmoner sendromu ile komplikedir, Bu hastalarda İntrakraniyel hemorajiler herhangi bir nörolojik araz göstermiyebilirler.

Yenidoğan çocuklarda travmatik subdural kanamalar zor bir doğumu takip eder. Bazen normal bir doğumdan bir kaç saat sonra serebral arazlar görülebilir.

Kanama tentoryum altında ise çocuk letharjik ve komatözdür. Solunum intizamsızdır, sık sık apne nöbetleri mevcuttur. Ense sertliği görülür.

Kanama hemisfere yayıldığı zaman klinik tablo karakteristiktir. İrritasyon ve tek taraflı konvülzyon, bunların yanında pupilla genişlemesi ve ışık reflekslerinde tenbellik olabilir. Ptozis mevcuttur. Ön fontanel bombedir. Elle palpe edildiği zaman inip kalktığı hissedilir (Boggy) (2) arazı denir.

Teşhis: Lomber ponksiyonda ihtiyatlı davranmalı bazen tazyik düşmesi ile kanama fazlalaşabilir.

Tedavi: Serebral arazlar gösteren yeni doğanlarda konservatif tedavi yapılmalıdır. Hastayı istirahat ettirmek, İnkubatör altında vücut ısısını kontrol altına almak, siyanozu bertaraf etmek için oksijen vermek, Farinks ve mideden müküsü aspire etmek lüzumludur. Hiperirritabilite, konvülzyon halinde

Chloral hidrat 120 mg ve fenobarbital 4 saatte bir tekrarlanmalıdır. 1 mg K vitamini i.m. yapılır.

Aşikâr dura altı kanamalı vakalarda intrakraniyel tazyiki azaltmak için dura altı ponksiyon yapmak kıymetlidir (Nelson 1964) (3).

Prognoz: Yaygın kanamalarda netice fataldir. Daha az şiddetli kanamalarda mental bozukluklar, serebral paralizi veya epilepsi ortaya çıkabilir.

Kronik subdural kanamalar veya hygroma etyolojisi tam izah edilememiş fakat doğumda travmayla ilgisi olduğu bildirilmiştir (İngraham and Matson 1944) (4).

Pakimeninjit hemorajika interna deyimi; durumu daha iyi izah eder. Erken vakalarda serebro spinal mayi kanamadan dolayı kahverengi görülür. Fakat daha sonra tedricen değişerek proteinden zengin ksantokromik (Protein konsantrasyonu az bir serum gibi) görülür. Hygroma umumiyetle Frontopariyatal sahaya yayılır seyrek olmak şartı ile bilateraldir. Tedavi edilmeyen vakalarda geri dönmeyen kortikal atrofiler meydana gelir. Kafa içi tazyiki devamlı ise mental ve motor kusurlar olabilir.

Klinik görünüş: Bu vakaların az bir kısmı 6 haftalıktan öncedir. Vakaların çoğu doğumdan sonra 4 ay ve daha sonrasına kadardır. Hastalarda irritable, fışkıran kusmalar mevcuttur. İhtilât yapan infeksiyonlar, ateş ve anemi ekseri görülmüştür.

Vakaların yarısında sinir sistemi arızaları ve konvülziyonlar görülebilir,

fontanel kabarıktır. Başın büyümesi hidrocefaliye benzetilebilir. Oftalmoskop ile mükerrer retina kanamalarının görünmesi, teşhisi katılaştırır.

Teşhis: Subdural ponksiyon ile teyit edilebilir ve her iki taraftan yapılabilir.

Tedavi: Subdural ponksiyon ile basınç azaltılır. Bir seferde 10-15 ml. den fazla mayi almamalıdır. Anemiye karşı transfüzyon yapılmalı enfeksiyonlara karşı bolca vitamin verilmelidir. Kronik vakalarda tedavi cerrahidir.

KIRIKLAR

Baş: Occipital kemiğin kırılması çok nadirdir. Makadî doğumlar sırasında olabilir. Umumiyetle venöz sinüsün yırtılması ve fatal kanamalar bildirilmiştir.

Klavikula fraktürü: Omuzlar kurtarılırken meydana gelebilir. Makadî doğumlarda veya başla gelişte ön omuz yerine arka omuzun çıkarılmasında görülür. Subraklavikular çukur şişebilir. Hareket mahdudiyeti vardır. Krepitasyon alınabilir. Plexus brachialis hasara uğrayabilir. Spesifik bir tedavisi yoktur.

Humerus fraktürü: Ekseri makatla gelişte meydana gelir. Doğum esnasında çıtırtı hissedilir. Hareket mahdutlaşır. Palpasyonla kırık yer hissedilir. Hümerus başında epifis ayrılması seyrek olur. Anlaşılması güçtür.

Femur fraktürü: Pratikte diafiz kırığı mühimdir. Makadi doğumlarda,

beceriksiz ve zor ekstraksiyonlarda hüsule gelir. Doğum esnasında bir krakman işitilebilir. Bazen kalça mafsalı çıkması (Luxation) meydana gelir.

Tedavi: Extansiyondur.

SİNİR TRAVMALARI

Facial paralizi: Forseps kaşıklarının tazyiki ile facial sinirin ekstrakranial kısmının ezilmesi neticesi olur. Bazen normal doğumda da görülebilir. Bebek gözlerini kapadığı zaman hasar olan taraftaki göz tamamen kapanmaz. Hasta ağladığı zaman yüz sağlam tarafa çekilir. Herhangi bir salahın görülmemesi halinde konjenital olarak 7 inci kafa çiftinin olmadığı düşünülür. İntrakraniyel kanama veya infeksiyonlarda sinirin kraniyum içi kısmında harabiyet olabilir.

Plexus brachialis paralizisi: Ekseri görülen Erb paralizisinde hasar 5-6 spinal köklerde. Bunlar bazan kısa zamanda geçer bazan da sinirlerde devamlı harabiyet yapabilir. Felçli adeller m. supraspinatus, m. infra spinatus m. teres minor, musculus deltoid, m. brachialis, m. spinatus longustur. Moro refleksi esnasında üst kol kalkamaz ve abdüksiyon hareketi yapamaz. Alt kol bükülmez. Plexus felçleri ya kolların kurtarılmasında veya baş kurtarılırken yapılan tazyikle meydana gelir. Forseps tazyikinde nadir görülür. İlk tedavi olarak kol baş hizasında süpinasyon durumuna getirilerek yastığa iğne ile tesbit edilmelidir.

Daha nadir olan Klumpke paralizisi-

sinde 8 servikal-I dorsal kökler hasara uğramıştır. Kolun bütün iç adalelerinin ve fleksörlerinin felcine sebep olur. Horner sendromu da görülebilir.

Crothers, makadi doğumlarda gövde traksiyonunda aşağı köklerin servikal korddan koptuğunu tecrübî olarak isbat etmiştir. Bu vakalarda spinal kord genellikle zedelenir ve esas lezyonun plexüs gövdesinde değil de spinal gri cevherde olması muhtemeldir (5).

Patolojik anatomi: Genellikle sinirler etrafında hemorajiler vardır. Kaide olarak zedelenmemiş sinir kılıflarının yırtılması ve kanama ve ödemin sinirlere kompresyon yapması neticesi olduğu tahmin edilir.

Bazı vakalarda sinirler tamamiyle yırtılmış veya uçları birbirinden ayrılmıştır veya kökler spinal gri cevherin zedelenmesi neticesi spinal korddan kopmuştur.

Phrenik sinir paralizi:

3. 4. 5. servikal spinal segmentlerin paralizisinden olur. Bazen Erb tipi paralizi ile birlikte. Eğer çocukta böyle bir hasar varsa dispne ve hasar olan tarafta solunum seslerinin azalması gibi arazlar gösterir.

Radyoskopi: Diyaframın yükselmesini ve paralizili tarafta paradoksal hareketleri gösterir. Siyanoz mevcutsa oksijen verilebilir. Prognoz iyidir.

Radial sinir paralizi:

Doğum esnasında kuvvetli uterus kontraksiyonları sırasında kollar dışarı

çıkılırken radial sinir zedelenebilir. Tazyik tarafında deri altı yağlarının nekrozu ile sınırlanmış bir saha mevcuttur. Supinatör ve ekstansör adaleler ve parmaklar felçlidir ve düşük el manzarası gösterir. Omuz adalelerinde hasar yoktur. Tedavi: Atel ile el kaldırılır.

Sterno - mastoid tümör: Doğumun 3 ve 4 üncü gününden sonra şişkinlik ile müterafık 2,5 cm. çapında ağrısız bir kitle ele gelir. Bu şişlik sterno-kleido mastoid adalenin 1/3 aşağısında veya ortasındadır. Bazı müellifler iskemik sahanın nekrozu olarak bildirmişlerdir. Bazı müellifler ise bunun bir displazinin tekamülü olduğunu bildirdiler. Tortikolis sık görülür bir sekel değildir, ve durumu kendi haline bırakmalıdır.

Organ travmaları:

En çok rastlanan karaciğer kapsul altı kanamalarıdır. Bu durumun ekseriya şiddetli anoksi ve makadî doğumlarda ve yeni doğanın hemorajik hastalıklarında olduğu bildirilmiştir. Arazları yüzde solukluk, şok, sağ hypokondrda palpe edilen bir kitle mevcuttur. Kanamanın durdurulması ve pıhtıyı boşaltmak için yapılan laparotomi esnasında kan transfüzyonu yapılmalıdır.

Adrenal kanamalar ekseriya makadî doğumlarda ve anoksilerde meydana gelir. Ekserisi ölümle neticelenir. Çocuklar süratle şoka girerler siyanoze dirler.

Daha az şiddetli vakalarda salah olabilir. Daha yaşlı çocuklarda radyo-

grafide adrenal glandlarda kalsifikasyon mihrakları görülebilir (Stevenson ve ark. 1961) (6).

Renal ven trombozu şiddetli dehidratasyon ve postnatal infeksiyonlarda ilgilidir. Şiddetli neonatal anoksi ile kendini gösterir. Albuminuri ve hematüri mevcuttur. Böbreğin büyümesine sebep olur. Her iki taraflı vakalarda ölüm üremidendir. Bir taraflı bir kitle ele geliyorsa nefrektomi yapılmalıdır. Renal trombozlu vakaların tetkikinde, Mc. Farland (1965) (7) akut vakalar sakinleşinceye kadar nefrektominin tehirlenmesini bildirmişlerdir.

Yeni-Doğanın soğuk travmaları

Bu durum doğumun ikinci kısmında vuku bulur. Daha ziyade bebeğin soğuk bir odada doğumdan veya soğuk bir odada fazla bekletilmesindedir. Günlük banyoların soğuk bir odada yapılması bu travmalara sebep olur. Mair ve Elliott, (1957) (Bower et all. 1960) ve Arneil ve Kerr (1963) soğuk travmaları hakkında geniş rakamlar bildirmişlerdir.

Klinik seyir: Normal doğan çocuk daha sonra letharjik olur. Kuvvetsiz olarak ağlar. Mamaya karşı isteksizdir. Extremitlerde ödem olabilir. Göz kapakları şişebilir. Dokunmakla vücut derisi soğuktur. Yüz, eller ve ayaklar göze çarpar derecede kırmızıdır ki bazen çocuğun iyi bir görünüşü olarak aldanılabilir. Deri altı dokusunun sertleşmesi (sklerodermi) bulunabilir. Bunlar daha ziyade yanaklar, kalça ve baldır kısımlarında görülebilir. Rektal ısı (32 C°) aşağısında olduğu zaman mide ve bar-

saktan kanama görülebilir. En fazla massiv intrapulmonar kanamalar olabilir. Burun ve boğazdan kan gelir. Kalp sürati önce yüksektir, sonra bradikardiye döner. Hypoglisemi ekseri görülür. Üre, potasyum ve fosfat seviyesinde yükselme mevcuttur.

Korunma: Doğumhane 18 C° altında ise doğum yapılmamalı, ve çocuğun gideceği odada bu sıcaklıktan aşağı olmamalıdır. Banyo esnasında odada kâfi derecede sıcaklık olmalıdır. (Karyola ısısı da 28 C° üzerinde olmalıdır. Sıcak su veya elektrik battaniyesi ile). Rektal derece her vizitte doktor ve hemşire tarafından kontrol edilmelidir. Rektal derece 35 C° aşağısında ise tehlike işareti mevcuttur. Eğer çocuk hastaneye naklediliyorsa portatif inkubatorle nakledilmelidir.

Tedavi: Vücut ısısı normalden aşağı olan çocuğu birden çok ısıtmamalıdır. Yüzeysel dokular ısındığı halde derin hayati organlar hipotermik kalabilir. Hasta, incubatör (20-28 C°) içine konur. Yavaşça ısı (35 C°) a çıkarılır, 36 saat sonra daha yükseltilir.

Hypoglisemiye karşı % 20 glikoz solusyonu mideye damla şeklinde verilir. Enfeksiyonlardan korumak için geniş spektrumlu antibiotikler kullanılır.

Rektal ısı 32 C° aşağısında ise ölüm nisbeti % 25 dir.

DOĞUM MÜDAHALELERİ:

Başla gelişle Forseps tatbiki:

Hafif arızalarda baş üzerinde deri sıyrılması, Forseps kaşıkları konan yer-

de tazyik ödemi, hafif ezilme veya subkutan kanama. Forseps kaşıklarının tazyik eseri olarak cildi yırtmasını müteakip cilt enfeksiyonları ve gangren olabilir. Bazen forseps kaşıklarının kaymasından büyük bir cilt parçası koptuğu ve kulağın yırtıldığı kaydedilmiştir. Keza başın patolojik prezentasyonunda da prognoz daha kötüdür (yüzle veya alınla geliş). Bugün bir çok kliniklerden elde edilen rakamlar çok değişik olmakla beraber, bir çok kliniklerde terkedilmiş olan yüksekte forseps-te çocuk morbidite ve mortalitesi yüksektir.

Kjelland forsepsi ile de mortalite istatistikleri çok değişiktir.

Vakum-Ekstraksiyon: İsveçli kadın hekimi Malmström'ün 1952 de hazırladığı ve Vakum ekstraktör adını verdiği, 1957 de son modelini çıkardığı yeni bir doğum aleti bugün forseps yerine birçok kliniklerde geniş tatbikat sahası bulmuştur.

Malmström'ün (8) 1953-1956 senelerine ait 4 senelik neşrettiği vakum ekstraksiyon, adedi 475 vakadır. 1957-1961 senelerinde 10907 doğumda 545 vakaya (% 5 vakum, ancak 4 vakaya forseps tatbik etmiştir. Bu 4 vaka da 1957 senesindedir.)

Evelbauer'in neşriyatından:

1955-1962 (7 sene zarfında)

Doğum adedi: 6031, V. E. 580 (% 10,6), V. E. - Forc: 13 (% 0,2) Forc: 7 (% 1,7) Sectiö 648 (% 10,5).

Evelbauer'in neşriyatında V. E. Çocuk mortalitesi:

Evelbauer, 1955-1962 yılları arasında vakum tatbik ettiği 580 vak'adan ölen çocukların 19'unun (% 3,3) V.E. ve diğer sebeplerle birlikte; 6 sının (% 1) ise sırf V.E. bağlı olduğunu bildirmiştir. Evelbauer vak'alarının % 28,5 ğuna doğum uzaması, % 26,1 ine ise intra uterin asfiksi sebebi ile vakum tatbik etmiştir.

Yine aynı yazara göre vakum tatbik edilen çocukların postpartum durumları:

Normal canlı: % 91,3, hafif asfiktik: % 4,8, ağır asfiktik: % 3,9.

Çocuk morbilitesi - erken arızaları:

	Vak'a	Bütün V.E. %
Hafif asfiksi	15	2,6
Ağır asfiksi	8	1,4
Cephalhematom	12	2,1
Epidermin zedelenmesi	12	2,1
Apathie (beslenmede isteksizlik)	6	1
Kramp	5	0,9
Plexus felci	3	0,5
	<hr/>	<hr/>
	59	10,6

Bunlarda ölüm vakası görülmemiştir.

Dr. Ziya Üstün'ün istatistiği (Şahsi istatistik) (9):

1957 - 1959 (2 senelik): Doğum: 1000,

ZEYNEP KÂMİL TIP BÜLTENİ

Vakum: 105, nisbet (% 10,5), Forseps: % 0,3, Secsio: % 3.

Vakumda çocuk kaybı yoktur.

Hastanemizde 1962 senesinden beri Vakum ekstraksiyon tatbik edilmektedir.

Zeynep-Kâmil hastanesinde 1968 Ocak-Aralık ayları arasındaki istatistik: Doğum 10909 (%), Vakum: 489 (% 4,4), Vak+forcep: 8 (% 0,07), Forcep: 18 (% 0,16), Secsio: 297 (% 2,5).

Vakumdan çocuk mortalitesi 489 vaka da 9 tanedir.

Vakum kullanılan çocukların postpartum durumları:

	Vaka	V.E. %
Hafif asfiksi	25	5,1
Ağır asfiksi	12	2,4
Cephalhematom	16	3
Epidermis zedelenmesi	20	4
Facial Paralizi	3	0,8
Plexus Felci	4	0,6
Toplam	80	15,9

Ağır asfiktik vakaların 9 tanesi ölmüştür.

489 vakum vakasının 132 sinde ikter meydana gelmiştir. Bu durum ezilen dokudaki eritrosit harabiyetine bağlıdır.

ÖZET

Bu yazıda genel olarak doğum travmaları ile vakum ekstraksiyonuna bağlı komplikasyonlardan bahsedilmektedir.

1968 yılında (bir yıllık sürede) Zeynep Kâmil Hastanesinde 10909 doğumdan 489'una vakum tatbik edilmiştir. Vakum

ekstraksiyonu ile dünyaya gelen bu 489 çocuğun 80 inde hafif veya ağır komplikasyonlara rastlanmıştır (asfiksi, sefalhematom, facial paralizi, plexus felci ve diğer arızalar gibi). Dokuz ölüm vak'ası olmuştur. (%2).

SUMMARY

Birth injuries and vacuum extraction complications have been generally discussed in this study.

In the year of 1968, 10909 births have been reported in Zeynep-Kâmil Hospital. Vacuum has been applied on 489 cases; 80

cases of which have been seen in the light or heavy complications (Asphyxia, Cephalic haematoma, Facial Paralysis, Brachial Plexus paralysis, etc.). 9 cases ended in death, that is 2 percent.

REFERANS

- 1 — Claireaux, A.E. : J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp, 67, 763, 1960.
- 2 — J.H. Hutchison : Practical. Problems 33, 1967.
- 3 — Nelson, T.Y. : Clin. Rep, Adelaide Child Hospital., 3, 215, 1964.
- 4 — Ingraham, F.D., and Matson, D.D. : J., Pediat, 24, 1, 1944.
- 5 — Ford. R. Frank. : Injuries of the nervous sistemby Physical agent, Diseases nerves sistem in Infancy childhood and adolescence 1966, 1029. 1070.
- 6 — Stevenson, J., Macgregor, A.M., and Connel, L.P. : Arch. Dis. Childh., 36. 316, 1961.
- 7 — Mc. Farland, J.B. : Quard. J. Med., 34.269, 1963.
- 8 — Malmstrom, T. : Deutsch. Archivff-gyneck. B. 198 (1963).
- 9 — Ziya Üstün : Türk Pediatri semineri kurumu mecmuası. 1965 Say. 33.