

Sistosel Grand Multipar Gebelerde Doğumun Aktif Faz Süresini Uzatan Bir Risk Faktörü müdür? Is Cystocele a Risk Factor For Prolonged Active Phase of Labour in Grand Multipar Pregnancies?

Kerem Doğa SEÇKİN¹, Eralp BAŞER², Mahmut İlkin YERAL³, Emre Özgü², Murat Öz²

¹ Bingöl Solhan Devlet Hastanesi, Bingöl, Türkiye

² Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

³ Giresun Bulancak Devlet Hastanesi, Giresun, Türkiye

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı grand multipar gebelerde mevcut olan pelvik relaksasyonun aktif eylem süresine etkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 176 grand multipar gebe dahil edilmiş olup; 43 gebe evre 3 sistoseli olan (Grup 1), 12 gebe evre 3 rektoseli olan (Grup 2) ve 121 gebe ise minimal pelvik relaksasyon/ evre 1 sistorektoseli olan kontrol grubu (Grup 3) olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmadaki tüm gebelerin doğumları vajinal yolla olup 37 hafta ve üzerinde gerçekleşmiştir. Gruplar maternal karakteristikler (yaş, gravida, parite, maternal ağırlık, maternal hemoglobin seviyesi), fetüsün doğum ağırlığı, doğumun aktif faz süreleri açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında maternal karakteristikler (maternal yaş, gravida, parite, kilo, maternal hemoglobin) ve bebeklerin doğum kiloları açısından anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$). Aktif eylem sürelerinde ise evre-3 sistoseli olan grup 1 ile kontrol grubu olan grup 3 kıyaslandığında sürenin anlamlı olarak arttığı izlendi (7.5 ± 2.4 saat ve 5.2 ± 1.98 saat $p=0.01$). evre-3 rektoseli olan grup 2 ile grup 3 karşılaştırıldığında ise süreler arasında anlamlı fark bulunmadı (5.4 ± 1.92 saat ve 5.2 ± 1.98 saat. $p>0.05$).

Sonuç: Sistoseli olan grand multipar hastalarda aktif eylem süresi beklenenden uzun olarak saptanmıştır. Bu sürenin normalden fazla olması bu hastalarda ilerleme-yen eylemi düşündürülebilir. Sezaryen kararı alınmadan önce, pelvik relaksasyonun doğumun aktif faz süresine etkisi göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Grand multiparite, sistosel, aktif eylem süresi

ABSTRACT

Aim: To investigate the influence of pelvic relaxation on active phase of labor in Grand multiparous women.

Material and Methods: A total of 176 women were included in the study. Forty-three of these had stage 3 cystocele (Group-1), 12 had stage 3 rectocele (Group-2) and 121 had minimal pelvic relaxation/stage 1 cystorectocele (Group-3). All of the study subjects had vaginal birth after 37 gestational weeks. Maternal characteristics (age, gravidity, parity, body weight, hemoglobin level), fetal birth weights, durations of active phase of labor were compared between the study groups.

Results: There were no significant differences in terms of maternal characteristics and fetal birth weight between the study groups (Table 1) ($p>0.05$). Mean active phase duration was significantly longer in Group-1 when compared to Group-3 (7.5 ± 2.4 hours vs. 5.2 ± 1.98 hours, respectively. $p=0.01$). There were no significant differences between Group-2 and Group-3 (5.4 ± 1.92 vs. 5.2 ± 1.98 hours, respectively. $p>0.05$).

Conclusion: Active phase of labor was significantly longer in grand multiparous women with stage-3 cystocele. This difference may be associated with protracted labor in these women. The effect of pelvic relaxation on active phase of labor duration should be considered before proceeding to cesarean section for labor dystocia.

Key Words: Grand multiparity, cystocele, active phase of labor.

Giriş

Doğum fetüsün uterustan atılmasını sağlayan fizyolojik bir süreçtir (1). Regüler uterin kontraksiyonlarla birlikte, serviksın dilatasyonu ve effesmaniyla fetüs ilerler ve atılır. Normal doğumun 1. evresi latent ve aktif faz olmak üzere iki faza ayrılmaktadır. Doğumun aktif fazı servikte %70 silinme ve 4cm dilatasyondan, %100 silinme ve 10 cm açılığa kadar olan zamanı kapsamaktadır (2). Aktif eylem tanı kriterleri; latent fazı tamamlamış olup servikal dilatasyonun > 4cm olması ve uterus kontraksiyonlarının 10 dakikalık periyotta 200 montevideo ünite üzerinde olması olarak tanımlanmıştır (3). Multipar gebelerde ortalama eylem ilerleyiş hızı 1.5cm/saattir (4). Gebelerde aktif eylemin ilerleyişi üzerine etkili olan faktörler maternal yaş, gravida, parite, maternal hemoglobin değeri düşüklüğü, maternal kilo, fetal ağırlık, fetüsün pelvise giriş pozisyonu, maternal pelvik yapı, yumuşak doku fazlalığı şeklinde sıralanabilir (5). Aktif eylemin ilerleyişini azaltan bu faktörler distosiye neden olarak normal doğuma engel olabilir (6).

Pelvik relaksasyon sonucu oluşan pelvik organ prolapsusu (POP) ise özellikle çok sayıda doğum yapmış kadınlarda, pelvik destek dokusunun kaybına veya azalmasına bağlı olarak gelişen bir durumdur (7). POP, uluslararası inkontinans topluluğunun 1995 yılında yapmış olduğu derecelendirmeye göre sınıflanmaktadır ve 4 evreye ayrılmaktadır (8) (Tablo 1). Yapmış olduğumuz çalışmada amacımız; grand multipar gebelerde, ileri derecedeki pelvik relaksasyonun aktif doğum eylemi süresine olan etkisini incelemektir.

Tablo 1. Pelvik Organ ProlapsusEvreleme Sistemi (International Incontinence Society,1995)

Evre 0	Prolapsusun bulunmaması
Evre 1	Prolapsusun en distal kısmının hymen seviyesinin 1 cm üstünden daha yukarda olması
Evre 2	Prolapsusun en distal kısmının hymen seviyesine 1cm'den daha yakın olması
Evre 3	Prolapsusun en distal kısmının hymenden 1 cm'den fazla dışarı çıkmış olması
Evre 4	Vajinanın tamamı ya da tamamı yakınının dışarı çıkmış olması

Gereç ve Yöntemler

Çalışmaya 231 pelvik relaksasyona sahip grand multipar (> 4 doğum) gebe dahil edilmiş olup (9), takipleri ilk trimesterden itibaren yapılmış ve doğumları hastanemizde gerçekleşmiştir. Çalışmamızda etik kurul onayı alınmıştır. Doğumu gerçekleştiren hastalar \geq 37hafta miadında gebeliği olan hastalardan oluşmuş ve miadında sancılı gebelik ön tanısıyla yatırılan hastalardan oluşmuştur. Doğumu gerçekleştiren bu hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek çalışma düzenlenmiştir. Kronik hastalık (hipertansiyon) ve gestasyonel diyabetes mellitus gibi nedenlerle altı hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalarda herhangi medikal tedavi için ilaç kullanımı olmamıştır. Ayrıca on altı gebenin yatış tanısı membran rüptürü olması ve doğum sürelerini etkileyebileceğinden çalışmadan çıkarılmıştır. 33 hastanın ise doğumu farklı nedenlere bağlı olarak (fetal distress, sefalopelvik uygunsuzluk, geçirilmiş sezaryen, makat geliş, fetal makrozomi) sezaryen ile gerçekleştiğinden çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 176 gebe pelvik relaksasyon açısından üç gruba ayrılmıştır. Bu gebeler ilk ziyaret muayenesinde litotomi pozisyonuna alınarak Uluslararası İnkontinans Topluluğu'nun tanımlamış olduğu pelvik organ prolapsus derecelendirmesi (POP-Q) sistemine göre 3 gruba ayrılmıştır. Evre 3 ön duvar prolapsusu (sistosel) olan kırk üç gebe grup 1, Evre 3 arka duvar prolapsusu (rektosel) olan on iki gebe grup 2, kontrol grubunu oluşturan grup

3 de ise 121 gebe Evre 0-1 ön-arka duvar prolapsusu (sistorektosel) mevcuttu. Kontrol grubunu oluşturan gebelerde multipar hasta grubundan oluştuğundan Evre 0-1 beraber çalışmaya dahil edilmiştir. Bu gebeler hastaneye yatırıldıktan sonra spontan eyleme bırakılmış ve doğum indükleyici ajan kullanılmayan hasta grubudur. İndüksiyon alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Fetüslerin prezentasyonu vertex pozisyonunda olup, aktif eylem tanı kriterleri; latent fazı tamamlamış olup servikal dilatasyon >4cm, uterus kontraksiyonlarının 10 dakikalık periyotta 200 Montevideo Ünite üzerinde olması olarak tanımlanmıştır. Gebeler travay takibinde eksternal kardiyo tokografi ile monitorize olarak izlenmiş ve iki saatte bir vajinal muayene yapılarak takip edilen ve partogramları çıkarılmış olan hasta gruplarından oluşmuştur. Aktif eylem süresi; %70 silinme-4 cm dilatasyon muayenesi ile %100 silinme- 10 cm servikal açıklık arasındaki süre olarak hesaplanmıştır. Ayrıca doğumun ikinci evresi; 10 cm servikal açıklıkla bebeğin çıkış anı arasındaki süreyi kapsamıştır. Bu üç grubun verileri SPSS 15.0 ortamına aktarılarak iki grubun karşılaştırılmasında Student t test ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar maternal karakteristikler (yaş, gravida, parite, ilk vizitteki maternal kilo, maternal kilo artışı, 3.trimester maternal hemoglobin seviyeleri), fetal doğum ağırlığı, aktif doğum eylemi süreleri açısından karşılaştırılmış ve p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

176 grand multipar gebenin dahil olduğu çalışmamızda, gruplar arasında maternal karakteristikler (yaş, gravida, parite, ilk vizitteki maternal kilo, maternal kilo artışı, 3.trimester maternal hemoglobin seviyeleri) ve fetal ağırlık açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışma gruplarının maternal karakteristikleri ve fetal doğum ağırlıkları

aParametreler	Grup 1 Sistosel (n:43)	Grup 2 Rektosel (n:12)	Grup 3 Minimal pelvikrelaksasyon (kontrol) (n:121)	p-değeri
Maternal yaş (yıl)	34 \pm 3.8	35 \pm 3.1	33 \pm 4.9	>0.05
Gravida	6.4 (\pm 2.12)	6.1 (\pm 1.94)	6.5 (\pm 1.98)	>0.05
Parite	5.2 (\pm 1.1)	4.9 (\pm 0.81)	5.1 (\pm 0.91)	>0.05
Maternal kilo (kg)	56 (\pm 4.9)	57.6 (\pm 5.1)	55 (\pm 5.4)	>0.05
Maternal kilo alımı (kg)	8 (\pm 3.3)	7.6 (\pm 3.2)	7.8 (\pm 2.9)	>0.05
Maternal Hemoglobin 3. trimesterde (gr/dL)	10.7 (\pm 0.9)	10.6 (\pm 0.7)	10.4 (\pm 0.84)	>0.05
Fetüs doğum ağırlığı (gr)	3210 (\pm 670)	3320 (\pm 580)	3290 (\pm 720)	>0.05

Doğan bebeklerde düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım ihtiyacı gereksinimi, solunum yetmezliği ve inleme gibi postpartum neonatal komplikasyonlar saptanmamıştır. Fetal distress bulgusu saptanmayan bu gebelerin doğumları normal vajinal yolla gerçekleşmiştir. Forceps yada vakumla müdahaleli doğum olmamıştır. Aktif eylem süresi grup 1 deki (evre 3 sistosel) gebelerde 7.5 \pm 2.4 saat, grup 3 gebelerde (evre 1 sistorektosel) 5.2 \pm 1.98 saat olarak hesaplanmıştır. Bu iki grup kıyaslandığında grup 1 de aktif eylem süresi istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (p=0.01). Grup 2'deki (evre 3 rektosel) gebelerin aktif eylem süresi ise 5.4 \pm 1.92 saat olarak bulunmuş olup kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Ayrıca bu gebelerin doğumun ikinci evre süreleri (Grup 1: 16 dakika, Grup 2: 14 dakika, Grup 3: 12 dakika) arasında da anlamlı fark tespit edilmemiştir (p>0.05).

Tartışma

Doğumun aktif eylem süresi ileri maternal yaş, nulliparite, doğum indüksiyonu, erken dönemde yapılmış amniyotomi, fetal makrozomi, ileri gebelik haftası, epidural analjezi, uzun kontraksiyon intervalleri, fetal baş malpozisyonu gibi faktörlerden etkilenmektedir (10-13). Aktif eylem başlangıcı %70 servikal silinme ve 4cm servikal açıklık olduğu kabul edilmekle birlikte, bazı çalışmalarda 6 cm servikal açıklık olarak kabul edilmektedir (14). Multipar hastalarda özellikle paritenin artmasına bağlı olarak ortalama dilatasyonda saatte 1,5 cm'lik ilerleyiş beklenmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bu sürenin multipar gebelerde minimal 0,7cm/saat olduğu gösterilmiştir (15,16). Yeterli itici gücün olmasına rağmen aktif fazın uzaması obstetrikte, sıklıkla cefalo pelvik disproporsiyonu düşündürmektedir. Cefalo pelvik disproporsiyon ve ilerlemeyen eylem tanılarını primer sezaryanda en sık endikasyonları oluşturmaktadır (17). Sahip olduğumuz bilgiye göre pelvik relaksasyonun aktif doğum eylemi üzerine etkisiyle ilgili çalışma literatürde bulunmamakla birlikte Decarle; yumuşak dokunun doğum distosisine neden olabileceğini belirtmiştir (18). Fakat sistosel ve rektosel, aktif doğum eylemini etkileyen parametreler arasında sayılmamaktadır. Yapmış olduğumuz çalışmada Evre 3 sistoseli bulunan grand multipar gebelerde aktif eylem süresi, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup çalışmamızın bazı limitasyonları vardır. Bu gebelerin başka ek risk faktörü olmadığından aktif eylem süresinin uzaması pelvik organ prolapsusuna dolayısıyla yumuşak doku distosisine bağlanmıştır. Ayrıca Evre 3 sistoseli olan gebelerde aktif eylem süresi anlamlı olarak artmışken, Evre 3 rektosele sahip olan gebelerde ise aktif eylem sürelerinde anlamlı değişkenlik izlenmemiştir. Sonuçta yumuşak doku distosisinin bu gebelerde de doğumun aktif faz süresini arttırmasını beklerken bu grupta artmadığı görülmüştür. Bunun nedeninin Grup 2'deki hasta sayısının az olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Genellikle pelvik relaksasyon nedeniyle daha önceden opere olmuş olan gebelere sezaryenla doğum planlanmaktadır. Sistoseli bulunan gebelerin ise aktif eylem süresi uzun olacağından bu durum obstetrisyenleri sezaryenla doğuma yönlendirebilir. Fakat bu gebelerde normal doğum için uygun kriterlere göre takip yapıldığında, süre uzamasına rağmen normal doğum, fetüste bir hasar olmadan gerçekleşmiştir.

Sonuç

Özellikle, Evre 3 sistosel, pelvik relaksasyonu olan grad multipar gebelerde doğumun aktif eylem süresini uzatabilmektedir. Pelvik relaksasyonun aktif faz üzerindeki bu etkisi, doğum distosisi endikasyonu düşünülerek verilecek sezaryen kararında önemli bir faktör olabilir.

Kaynaklar

1. Friedman E. The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954; 68: 1568-75.
2. Friedman EA. Primi gravid labor: a graphic statistical analysis. Obstet Gynecol 1955; 6: 567-89.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics: ACOG practice bulletin, Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. Obstet Gynecol 2003;102: 1445-1454,
4. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W: The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol 2010;115: 705-710,
5. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG: Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev 2011; 6: CD007123
6. Mancuso MS, Rouse DJ. Cesarean delivery for abnormal labor. Clin Perinatol. 2008; 35: 479-90
7. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 277-285.
8. Mouritsen L, Larsen JP. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003; 14: 122-127.
9. Roman H, Robillard PY, Verspyck E, Hulseay TC, Marpeau L, Barau G. Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity. Obstet Gynecol. 2004;103: 1294
10. Incerti M, Locatelli A, Ghidini A, Ciriello E, Malberti S, Consonni S, Pezzullo JC. Prediction of duration of active labor in nulliparous women at term. Am J Perinatol. 2008; 25: 85-9.
11. Müge Harma, Mehmet Harma, Şeniz Yurtseven, Nurettin Demir. Frequency of Anemia Among Multiparous Pregnant Women. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004;14: 12-5.
12. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005; 105: 77-9.
13. Gross MM, Hecker H, Mattered A, Guenter HH, Keirse MJ. Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? BJOG. 2006; 113: 289-94.
14. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK: Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 824-828.
15. Harper LM, Caughey AB, Roehl KA, Odibo AO, Cahill AG. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2013;19 9378.
16. İncim Bezircioğlu, Nilgün Yapan Göral, Ali Baloğlu, Yurdaer Baydar. Grand multiparitenin Maternal, Obstetrik, Fetal Ve Neonatal Sonuçlara Etkisi. Perinatoloji Dergisi 2013;21: 17-22.
17. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keesey J, Keeler E, Kahn KL. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. Obstet Gynecol 2000;95: 589-95.
18. Decarle DW. Dystocia due to soft tissue. Calif Med. 1954;81: 206-9.