

VAJİNAL DOĞUMLARDA RUTİN EPİZYOTOMİ UYGULAMASININ TERK EDİLMESİ

ABANDONMENT OF ROUTINE EPISIOTOMY IN VAGINAL DELIVERIES

Cengiz ŞANLI ¹

¹ Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Elazığ Türkiye

ÖZET

Amaç: Epizyotomi daha çok; fetal hipoksinin önüne geçmek, doğumun aktif fazını kısaltmak, perine yaralanmalarını önlemek, anal sfinkter hasarını engellemek amacıyla yapılmaktadır. Her ne kadar doğumu kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaya başlanmış olsa da, günümüzde rutin epizyotomi uygulaması yerine endikasyon dahilinde epizyotomi uygulamasının, kadınlarda daha az şiddetli perineal travma, dikiş ve iyileşme komplikasyonlarına neden olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız endikasyona dayalı epizyotomi uygulamasının postpartum sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma retrospektif olarak planlandı ve çalışmaya kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 01.01.2022-01.01.2023 tarihleri arasında epizyotomi uygulanan 837 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, parite, doğum sonrası oluşan komplikasyonlar, daha önceki doğum öyküleri, bebek doğum ağırlıkları, bebek apgar skorları, hemoglobin değerleri gibi özellikleri incelenerek kayıt altına alındı. Fırat Üniversitesi Yerel Etik Kurulundan çalışma ile ilgili gerekli izinler alındı.

Bulgular: Kliniğimizde 01.01.2022-01.01.2023 tarihleri arasında 2389 vajinal yolla normal doğum gerçekleşti. Epizyotomi uygulama sıklığımız % 35,2 (837 vaka) olarak görüldü. Epizyotomi uygulanan hastaların % 68,9'u (577 vaka) primipar, %23,8'i (200 vaka) multipar ve % 7,1'i (60 vaka) de grandmultipardı. Epizyotomi uygulanan grupta 1. ve 2. Derece perineal, paraüretreal laserasyon görülme oranı epizyotomi açılmayan gruba oranla anlamlı derecede daha az görüldü. Olgularımızın hiçbirinde 3, 4. Derece perine laserasyonu ile ciddi servikal laserasyon gelişmedi.

Sonuç: Epizyotomi ulusal ve uluslararası literatürde rutin olarak uygulanması gerekmeyen bir uygulama olarak gösterilmiştir. Bu doğrultuda kliniğimizde rutin epizyotomi uygulamasını terk etmiş bulunmaktayız. Çalışmamızın daha önce yapılan çalışma kümelerinden daha kalabalık olması, epizyotomi oranlarımızın uluslararası standartları yakalamış olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi, Perine Laserasyonu, Vajinal Doğum

ABSTRACT

Objective: Episiotomy is more; It is performed to prevent fetal hypoxia, to terminate the active phase of labor, to prevent perineal injuries, and to prevent anal sphincter damage. Although the purpose of influencing the birth has been started to be implemented, today, instead of routine episiotomy, the episiotomy group is in indication, causing less severe perineal trauma, sutures and killing cells in users. We aimed to evaluate the postpartum outcomes in which we stopped the episiotomy based on the indication we performed in this clinic.

Material and Methods: The study was planned retrospectively and 837 patients who underwent episiotomy in the obstetrics and gynecology clinic between 01.01.2022 and 01.01.2023 were included in the study. The characteristics of the patients such as age, parity, postnatal complications, previous birth histories, infant birth weights, infant apgar scores, and hemoglobin values were examined and recorded. Necessary permissions for the study were obtained from the XXX University Local Ethics Committee.

Results: Between 01.01.2022 and 01.01.2023, 2389 vaginal deliveries were performed in the clinic. The incidence of episiotomy was 35.2% (837 cases). Of the patients who underwent episiotomy, 68.9% (577 cases) were primiparous, 23.8% (200 cases) were multiparous, and 7.1% (60 cases) were grand multiparous. The incidence of 1st and 2nd degree perineal and paraurethral lacerations in the episiotomy group was significantly lower than in the group without episiotomy. Severe cervical laceration did not develop in any of the cases with 3rd and 4th degree perineal laceration.

Conclusion: Episiotomy has been shown as an application that does not need to be routinely applied in the national and international literature. In this direction, we have abandoned the routine episiotomy practice in our clinic. We think that our study will contribute to the literature because it is more crowded than the previous study clusters and our episiotomy rates have reached international standards.

Keywords: Episiotomy, Perineal Laceration, Vaginal Births

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Cengiz ŞANLI, Uzman Doktor, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Elazığ, Türkiye. **E-mail:** drsanlicengiz@gmail.com

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Şanlı C. (2023). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(2),407-411.. <http://doi.org/10.5281/zenodo.7921800>

GİRİŞ

Epizyotomi; Fetal başın kolay ve hızlı doğumunu sağlamak, perineal tonüsü korumak ve istenmedik laserasyonları önlemek amacı ile perinede bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur (Taşkın 2020). Epizyotomi daha çok; fetal hipoksinin önüne geçmek, doğumun aktif fazını kısaltmak, perine yaralanmalarını önlemek, anal sfinkter hasarını engellemek amacıyla yapılmaktadır (Dönmez ve Sevil 2009, Durmaz ve Buğdaycı 2013, Kartal ve ark. 2014).

1900'lü yılların başlarından itibaren hastane şartlarında doğumların artmaya başlamasıyla epizyotomi uygulaması popüler olmaya başlamıştır (Longo 1976). Her ne kadar doğumu kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaya başlanmış olsa da, günümüzde kanıta dayalı tıbbın gelişmesiyle beraber rutin olarak epizyotomi uygulaması sorgulanmaya başlamıştır (Thorp and Bowes 1989, Larsson at al. 1991, Signerello 2000). Rutin epizyotomi uygulaması yerine endikasyon dahilinde epizyotomi uygulamasının kadınlarda daha az şiddetli perineal travma, dikiş ve iyileşme komplikasyonlarının olduğu bulunmuştur (Başgöl ve Kızılkaya 2015).

Bu klinik çalışmada rutin epizyotomi uygulaması yerine, endikasyona dayalı uyguladığımız epizyotomi uygulamasının postpartum sonuçları değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Kliniğimizde 01.01.2022-01.01.2023 tarihleri arasında 2389 vajinal yolla normal doğum gerçekleşti. Operatif doğum gerçekleştirilen 17 hasta çalışma dışı bırakıldı. Epizyotomi uygulanan 837 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta dosyaları Fırat Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (29.12.2022 tarihli, 16-28 nolu oturum) alınan onayla beraber retrospektif olarak tarandı.

Hastaların yaş, parite, doğum sonrası oluşan komplikasyonlar, daha önceki doğum öyküleri, bebek doğum ağırlıkları, bebek apgar skorları, hemogloblin değerleri gibi özellikleri incelenerek kayıt altına alındı.

Bebek başı perineden taçlandığı anda, vajinal kasların gerilmesi ile beraber epizyotomi açıldı. Epizyotomi açılan hastalarda mediolateral epizyotomi yöntemi kullanıldı. Kesi hymenal ringten başlatılarak 45 derecelik bir açı ile posteriora doğru uzatıldı. Lidokain ile lokal anestezi uygulandı. Kullanılan lokal anestetik madde kesi yapılacak bölgedeki vajinal mukoza altına, perineumun altına ve perineal kas içine derin olarak verildi. Lokal uygulama sırasında diğer elin iki parmağı bebeğin başı ile perine arasına yerleştirilerek bebek başı korundu. Kesi sonrası perine desteklenerek bebeğin başının kontrollü çıkışı sağlandı.

Hasta dosyalarından elde edilen verilerin istatistiksel analizinde IBM-SPSS 22 paket program kullanılarak, tanımlayıcı istatistik uygulanmıştır. Tanımlayıcı analizde yüzde değerleri, ortalama standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır.

BULGULAR

Kliniğimizde vajinal doğum yapan 2372 hastanın 941'i primipar (ilk doğum), 1046'sı multipar ve 385'i ise grandmultipar (>3. Doğum) idi. Epizyotomi uygulama sıklığımız % 35,2 (837 vaka) olarak görüldü. Epizyotomi uygulanan hastaların % 68,9'u (577 vaka) primipar, %23,8'i (200 vaka) multipar ve % 7,1'i (60 vaka) de grandmultipardı. Epizyotomi uygulanan ve uygulanmayan hastaların pariteye göre dağılımı tablo ile gösterilmiştir.

Tablo 1. Epizyotomi Uygulanan ve Uygulanmayan Hastaların Pariteye Göre Dağılımı

	Epizyotomi ile doğum	Epizyotomisiz doğum
Primipar	577 doğum	364 doğum
Multipar	200 doğum	846 doğum
Grandmultipar	60 doğum	325 doğum
	837 doğum	1535 doğum

Multipar hastaların daha önceki doğum öykülerine baktığımızda, epizyotomi öyküsü olanların bir sonraki doğumlarında anlamlı derecede epizyotomi ihtiyacı olmadı.

Epizyotomi uygulanan vakaların bebekleri cinsiyetlerine göre incelendiğinde % 52,9 (443 bebek) erkek bebek, %47,7 (394 bebek) ise kız bebek dünyaya gelmiştir. Vakaların bebek ağırlıkları değerlendirildiğinde ortalama bebek ağırlığı 3200 gram (max: 4150 min: 2800) olarak görüldü. Ortalama anne yaşı 27,1 olarak görüldü (max: 41 yaş min:16 yaş). Multiparlarda primipar gebelere

oranla anne yaşı ve bebek ağırlığı anlamlı derecede yüksek bulundu. Epizyotomi açılmasını belirleyen en önemli faktörün parite olduğu tespit edildi.

Bebek apgar skorlarına baktığımızda ortalama 1. Ve 5. Dakika apgar skorları 8-9 olarak gözlemlendi. Epizyotomi açılmayan grupla kıyaslandığında apgar skorları açısından istatistiksel anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü.

Epizyo sonrası gelişen komplikasyonlara bakıldığında ; 1. ve 2. Derece perineal, paraüretreal laserasyon görülme oranı epizyotomi açılmayan gruba oranla anlamlı derecede daha az görüldü. Olguların hiçbirinde 3, 4. Derece perine laserasyonu ile ciddi servikal laserasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Doğum kliniklerinde sık uygulanan cerrahi işlemlerden olan epizyotomi kişinin yaşamını, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir işlemidir (Dönmez ve Sevil 2009). Epizyotominin vajinal doğumlarda rutin olarak değil, endikasyon dahilinde sınırlı epizyotomi şeklinde uygulanması önerilmektedir. Sınırlı uygulanan epizyotomiyle karşılaştırıldığında rutin uygulanan gruba göre ciddi komplikasyonlar açısından anlamlı farkların olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kütük, 2014). Biz de bu doğrultuda Kliniğimizde sınırlı epizyotomi uygulamaktayız ve uygulanmayan grupla karşılaştığımızda komplikasyonlar açısından ciddi farklar olmadığını gördük.

Epizyotomi uygulanmaya başladığı zamanlarda normal doğuma yardım uygulamalarının temel taşı olarak görülmüştür (Dahlen at al. 2011; Fritel at al. 2008; Hartman at al. 2005). Zamanla kanıta dayalı tıp gelişmesiyle beraber, bilimsel verilerin de orataya konmasıyla rutin epizyotomi uygulaması sorgulanır hale gelmiştir. Perine hasarını önlemek, pelvik prolapsusun önüne geçmek için epizyotominin rutin uygulanması konusunda günümüzde çelişkili görüşler öne çıkmaya başlamıştır (Dönmez ve Sevil, 2009, Dünder 2009). Epizyotominin rutin uygulandığı ülkelerde perineal travma oranlarının yüksek olduğu belirtilmekte ve bunun neticesinde kadın cinselliğinin, özgüveninin etkilenebileceği savunulmaktadır (Ayhan ve ark. 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) epizyotominin yararından çok zararının olması nedeni ile rutin olarak kullanılmasını önermemektedir (Durmaz ve Buğdaycı, 2013). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) fetal ya da maternal nedenli riskli durumlarda epizyotominin kullanılabilirliğini, gerekli olmadığı durumlarda kullanılmasının sınırlandırılmasını önermektedir (American College of Obstetrics and Gynecology 2006). Kadın hastalıkları ve doğum kliniğimizde hem DSÖ, hem de ACOG önerileri doğrultusunda 2013 yılından beri rutin epizyotomi uygulaması yerine sınırlandırarak endikasyon varlığında epizyotomi uygulanmaktadır.

Epizyotomi oranları Ülkeler arasında değişkenlik göstermektedir ve hatta aynı ülke içerisinde bölgesel olarak bile farklılıklar bildirilmiştir. Epizyotomi oranları en düşük olarak kuzey Avrupa ülkelerinde (İsveç'te %9,7, Danimarka'da %13,9), en yüksek oranda da Asya ülkelerinde (Taiwan %100, Çin %82) bildirilmektedir, Amerika'da da %32,7 olarak bildirilmiştir (Graham at al. 2005). Çalışmada epizyotomi uygulama oranımız da aşağı yukarı Amerika da bildirilen oranlara benzer (%35) idi. Ortalamamızın uluslararası önerilen seviyelerde olması obstetrisyen ve ebeleri rutin epizyotomiden kaçınmaları konusunda cesaretlendirebilecektir.

Ülkemizde epizyo oranlarına dair geniş kapsamlı çalışmalardan ziyade klinik deneyimlerin aktarımı şeklinde çalışmalar olması nedeniyle Ülke ortalamasını söyleyebilmek pek mümkün olmamaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada doğumların % 64-72 sinde epizyo açıldığı bildirilmiştir (Karaçam, 2008). Yine Ülkemizde 2014 yılında yapılan bir başka merkezin çalışmasında epizyotomi oranı %88,6 olarak belirtilmiş, bunlardan da ilk doğumlarda %89,7 ve multiparlarda 87,7 oranında epizyo işlemi uygulanmıştır (Kütük, 2014). Bu çalışmada epizyotomi oranlarımız primipar doğumlarda %66, multiparlarda %15 oranında idi. Daha önce doğum yapan hastalarda perine kaslarının da uyum sağlayarak relaksasyona uğraması ve vajen dokusunun da genişlemesinin bir sonraki doğumda epizyotomi gerekliliğini azalttığını düşünüyoruz. Genel epizyo oranımız ve pariteye göre epizyo oranlarımız da ülke ortalamamızın altındadır.

Daha önce epizyotomi öyküsü olan hastaları incelediğimizde anlamlı derecede epizyotomi açma gerekliliği olmadığını gördük. Perine kaslarının ve vajenin adaptasyonu, yara iyileşmesinin doku bütünlüğünü sağlaması nedeniyle eski skar hattında yeni bir laserasyon oluşmasına zemin oluşturmadığını düşünüyoruz. Bu bağlamda daha önce epizyotomi yapıp bu doğumunda epizyotomi açmadığımız hiçbir hastamızda 3.-4. Derece laserasyonu meydana gelmedi.

Daha önce yapılmış meta analizi çalışmaları, endikasyona bağımlı yapılan epizyotomi yerine rutin epizyotominin daha çok perine travmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Jiang at al. 2017).

Üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarına, epizyotomi uygulanmış kadınlarda % 0-2,3 sıklığında rastlanmıştır (Gilstrap at al.2002). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak 3. ve 4. Derece perine hasarı görülen hastamız olmamıştır. Ülkemizde 2013 yılında yapılan bir çalışmada (Kütük,2014) birinci, ikinci derece ve paraüretal hasar, epizyotomi açılmayan grupta epizyotomi yapılan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kendi vakalarımızı incelediğimizde de epizyo açılmayan hastalarda bu çalışmayla paralel olarak 1.-2 derece laserasyonların daha az olduğunu gördük. Doğumda kendiliğinden gelişen 1.-2. derece perineal laserasyonların onarımının daha kolay olduğu, skar, enfeksiyon ve yara ayrışması riskinin daha az görüldüğü kabul edilmektedir. Bu nedenlere bağlı olarak rutin epizyotomi uygulaması laserasyonları önlemek için bir gerekçe olarak kabul edilmemektedir (Carroli and Belizan,2000).

Ebe, aile hekimi ve obstetrisyenlerin epizyotomi uygulama alışkanlıklarının değişkenlik gösterdiğini söyleyen yayınlar mevcuttur (Hargrove at al. 2011). Kliniğimizde doğumlar doktor gözetiminde ebeler tarafından gerçekleştirilmektedir, bu nedenle gruplar arası yaklaşım farklılıkları objektif olarak değerlendirilememiştir. Ebelerin mesleki kıdem dereceleri kıyaslandığında da aralarında davranışsal farklılığın olmadığı gözlenmiştir. Epizyotomi alışkanlığını belirleyen en önemli faktörün ait olunan profesyonel kümenin davranış biçimi olduğunu söyleyen yayınlar (Smith at al.2007) ,mesleki kıdem derecesiyle epizyo sıklığının değişmemesini açıklamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak epizyotomi ulusal ve uluslararası literatürde rutin olarak uygulanması gerekmeyen bir uygulama olarak gösterilmiştir, bu minvalde Kliniğimizde de rutin epizyo uygulaması terk edilmiştir. Diğer yandan çalışmamızın daha önce yapılan çalışma kümelerinden daha kalabalık olması, epizyotomi oranlarımızın uluslararası standartları yakalamış olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Özellikle komplikasyonların değerlendirilmesi açısından daha kalabalık kümeli çalışmaların yapılması için çok merkezli çalışmaların planlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızın retrospektif olması, tek merkezli olmasına bağlı olarak örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, hastaların doğum sonrası cinsel fonksiyonlarının, günlük yaşam alışkanlıklarındaki değişikliklerin sorgulanamamış olması çalışmanın zayıf yanlarıdır.

Teşekkür

Büyük özveriyle çalışan kliniğimizin bütün ebelerine teşekkür ederiz.

Finansal Destek

Bu çalışma finansal olarak desteklenmemiştir.

KAYNAKLAR

- American College of Obstetrics and Gynecology.(2006). Episiotomy. ACOG Practice Bulletin. Obstettri Gynecoloji; 107, 957–962.
- Ayhan A, Kadayıfçı O, Evrüke C, Ürünsak İ.F, Ünal E.A. (2008).Doğum Fizyolojisi ve Vajinal Doğum. Temel Kadın Hastalıkları ve DoğumBilgisi. 2. Baskı.ISBN: 978-975- 2771-91-8 Ankara- s ;212.
- Başgöl, Ş. & Kızılkaya Beji, N.(2015). Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım . Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi , 2015 : 5 (3) , 66-71.
- Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review).(2000). In the Cochrane Library. Issue 4, Oxford Update Software.
- Dahlen HG, Homer CS, Leap N, Tracy SK.(2011). From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. Women Birth;24(3):105-11.
- Dönmez S, Sevil Ü.(2009). Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 2(3):105-112. 3.
- Durmaz A, Bugdaycı R. (2013). Epizyotomiİyilesmesini Etkileyen Faktorler. Turkish Journal of Public Health; 11: 72-85
- Dündar Ö.(2009). Epizyotomi Onarımı Zamanının Postpartum Kan Belirteçlerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 26(3):203-207.

- Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. (2008). Pelvic floor disorders four years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *Gynecol Obstet Fertil*;36(10):991-7.
- Gilstrap III LG, Cunningham FG, Vandorsten JP.(2002). Episiotomy. *Operative Obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill;.63-88.
- Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM.(2005). Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*;32(3):219-23
- Hargrove A, Penner K, Williamson T, Ross S. (2011). Family physician and obstetrician episiotomy rates in low-risk obstetrics in southern Alberta. *Can Fam Physician*;57(4):450-6.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN.(2005) Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*;293(17):2141-8.
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P.(2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 2. Art. No.: CD000081.
- Karaçam Z.(2008). Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 1: 38-46.
- Kartal B, Özhan T, Cırık M.(2014). Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 3(4):1056- 1066.
- Kütük S.M.(2014). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi. *Erciyes Üniversitesi Deneyimi Türkiye Klinikleri Journal Gynecoloji Obstetri*; 23(3) : 154-159.
- Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterrson G.(1991) Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest*: 31; 213-6.
- Longo LD. Classic pages in obstetrics and gynecology.(1976). A treatise of midwifery. In three parts by Sir Fielding Ould, Dublin, O. Nelson & C. Connor, 1742. *Am J Obstet Gynecol*. 15;124(6):656.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Rapke JT.(2000) Midline episiotomy and anal incontinence; retrospective cohort study. *BMJ*:320;86-90..
- Smith JR, Hogg MA, Martin R, Terry DJ.(2007). Uncertainty and the influence of group norms in the attitude-behaviour relationship. *Br J Soc Psychol*;46: 769-92.
- Taşkın, L.(2020) ."Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 16. baskı." *Ankara, Akademisyen Kitabevi* .
- Thorp JM Jr, Bowes WA Jr. Episiotomy (1989). Can its routine use be defended? *Am j Obstet Gynecol*;160:1027-30.