

Vajinal Sezaryen Seksiye Uygulanan Bir Olgu*

A VAGINAL CESAREAN SECTION OPERATION

Sakıp PEKİN, Zehra KAVAK, Nejat CEYHAN

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları - Doğum Ana Bilim Dalı. Üsküdar / İstanbul

ÖZET

Amaç: Bir olgu nedeni ile vajinal sezaryen seksiyonunun tartışılması.

Çalışmanın yapıldığı yer: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Doğum Ana Bilim Dalı.

Olgu özet: 26 yaşında, 32 haftalık gebeliği sürdürmekte olan hastanın gebeliği annenin genel durumu normal doğum eylemini kaldıracak yeterlilikte olmadığı için, vajinal sezaryen seksiyonunu ile sonlandırıldı.

Sonuç: Oldukça eski bir operasyon çeşidi olan vajinal sezaryenin bir olgu nedeniyle tekniği anlatılmış, konunun tartışılması yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Vajina, Sezaryen seksiyon

T Klin Jinekoloj Obst 1995, 5:41-44

SUMMARY

Objective: The purpose of this study is to evaluate a vaginal cesarean section operation performed at our clinic.

Institution: Marmara University Obstetrics and Gynecology Clinic.

Case Report: The 32 weeks pregnancy of a 26 year old woman was terminated by performing vaginal cesarean section operation.

Conclusion: Vaginal cesarean section is a procedure that can be used to advantage only under unusual circumstances. This paper reports some technical problems about this operation.

Key Words: Vagina, Cesarean section

T Klin J Gynecol Obst 1995. 5: 41-44

Vajinal sezaryen seksiyon, abdominal sezaryen kadar eski bir operasyon çeşidi olup, ilk defa ne zaman, nerede uygulandığı hakkında kesin bir kayıt yoktur (1). Günümüzde pek uygulanmayan, bu yüzden pek çok klasik obstetrik kitabında tekniği dahi tarif edilmeyen bu operasyonun uygulandığı bir olguyu ilginç olabileceğini düşünüp sunmaya karar verdik.

OLGU SUNUMU

26 yaşında, G2 P1, 32 haftalık gebe olan hasta, 30. 10. 1993 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde bilinç kapalı, ağrılı uyarılara cevap yoktu. Yapılan araştırmalar sonucu hastanın ağır anksiyete depresyon + kronik organofosfat bileşiklerini intihar amacıyla kendine uyguladığı,

Gelif Tarihi: 03.05.1994

Yazışma Adresi: Dr. Zehra Kavak
Marmara Üniversitesi Tıp
Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum
Ana Bilim Dalı Üsküdar / İstanbul

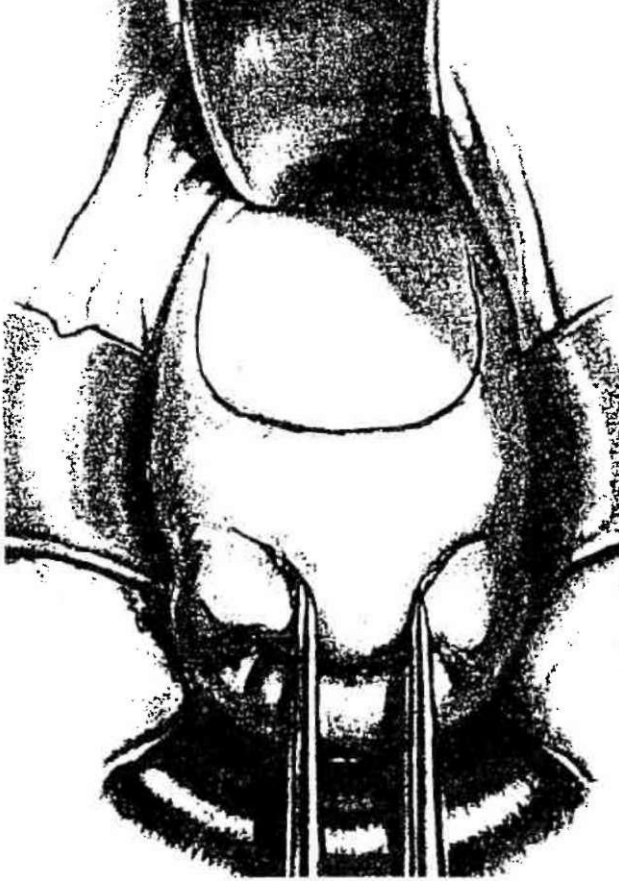
*Bu konu, 21 Nisan 1994 tarihinde, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'nda yapılan İstanbul Jinekoloji Derneği'nin toplantısında tebliğ edilmiştir.

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5

diği, mevcut halin anne ve fetus üzerinde kronik toksik etkilerinin annenin ruh sağlığını, onu intihar boyutlarına sürükleyecek kadar etkilerinin olduğu sonucuna varılarak gebeliğin preterm terminasyonuna karar verildi.

Annenin genel durumu normal doğum eylemini kaldıracak düzeyde olmadığı için doğumu sonlandırmak üzere vajinal sezaryen seksiyonunu karar verildi.

24. 11. 1993 tarihinde yapılan operasyonda: Genel anestezi altında, dorsolitotomi pozisyonunda, PW temizliğini tekiben serviks ön dudağı iki adet tenakulumla tutularak, serviks ön duvarına lateral uçları internal os hizasına kadar uzanan konveks bir insizyon yapıldı (Şekil 1). Vajinal insizyonu takiben, subvajinal septum keskin disseksiyonla ayrıldı ve mesane periton refleksiyonuna kadar tamamıyla reddedildi (Şekil 2 - Şekil 3). Serviks ön yüzüne, orta hatta, plika vezikouterinaya kadar uzanan bir kesi yapıldı. Bu kesi yapılırken periton yaralanmamasına azami özen gösterildi (Şekil 4). Kesi uçlarının tenakulumla tutulmasını takiben amniotomi yapılarak verteks prezantasyonunda olan fetusa forseps uygulandı ve 1800 gr. ağırlığında Apgar skoru 7/9 olan bir erkek bebek doğurtuldu. Plasenta ve ekleminin alınmasından sonra servikal kesi krome katgut ile,



Şekil 1. İki tenakulum serviks ön dudağına tutturulmuş ve ön yüze konveks insizyon yapılmıştır.
Figure 1. Two single-toothed tenacula are placed on the anterior lip of the cervix. The operator incises the inverted anterior vaginal wall along a curved line as shown.

iki kat halinde tek sütürlerle kapatıldı. Bu işlem yapılırken servikal mukozadan geçilmemeye özen gösterildi (Şekil 5). Vezikoservikal alana iki adet penröz dren konulmasını takiben, vajinal insizyon tek sütürlerle kapatılarak operasyona son verildi (Şekil 6).

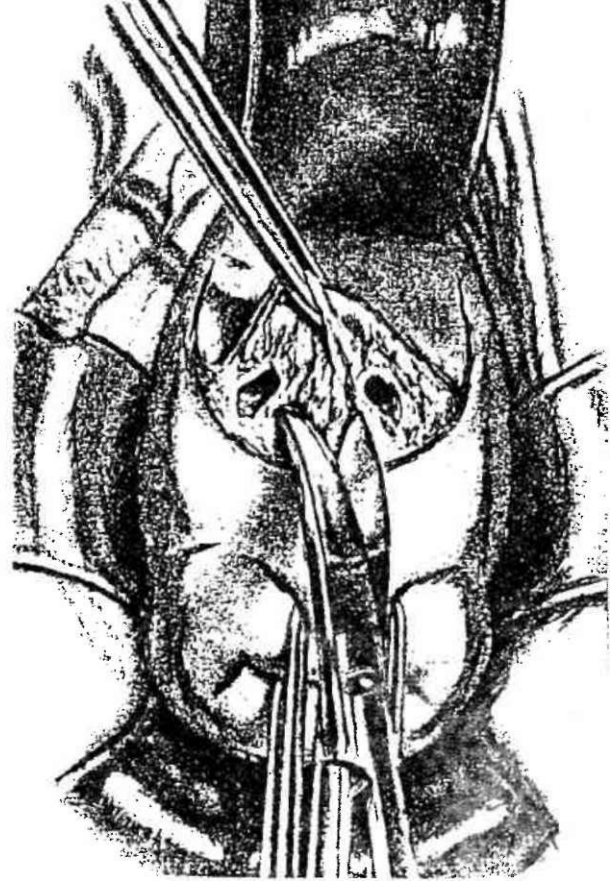
Operasyon 50 dakika sürdü. Ortalama kan kaybı 450 cc. Anne ve bebek herhangi bir komplikasyon gelişmeden postoperatif 5. günde taburcu edildiler.

TARTIŞMA

Vajinal sezaryen seksiyu, serviksin ön duvarının plika vezikouterinaya kadar serbestleştirilmesi ile uygulanan bir operasyondur. Ön duvarın insizyonu genellikle yeterli olur. Eğer termde uygulanıyorsa epizyotomi canlı fetusun doğumu için genellikle gerekli olmaktadır.

Bu operasyon uygulanırken dikkat edilmesi gereken bazı teknik noktaları sıralamak istiyoruz:

1. Anterior konveks vajinal insizyonun yeterli genişlikte olmasına dikkat edilmelidir.



Şekil 2. Supravajinal septum un ayrılması.
Figure 2. Dividing the supravaginal septum.

2. Uterusun internal servikal osun minimum 2 cm. yukarisına kadar insizyonu explorasyon açısından gereklidir.

3. Mesanenin anterior servikal duvardan yeteri kadar serbestleştirilmesi mesane yaralamamalarından kaçınmak için önemli bir noktadır.

4. Fetusun doğumu için en iyi metodun internal podalik versiyonu takiben makat ekstraksiyonu olduğu belirtilmektedir (2). Verteks prezantasyonlarında forceps uygulanması tercih edilebilir. Yalnız burada, sert manipulasyonların insizyonu kontrol edilemeyecek düzeyde uzatabileceğini unutmamak gerekir.

5. Servikal kesiyi kapatırken, vezikoservikal alana postoperatif kanamayı önlemek için tepe sütürünün dikkatle konulması üzerinde önemle durulması gereken bir noktadır.

Vajinal sezaryen seksiyu geçmişte serviks diate olmadığı, rijid olduğu zaman gebeliğin hızlı terminasyonu için uygulanan bir ameliyattı. Günümüzde pek uygulanmayan, uygulanırsa da yalnızca multiparlarda uygulanması gereken bir operasyon olduğu belirtilen (3) vajinal



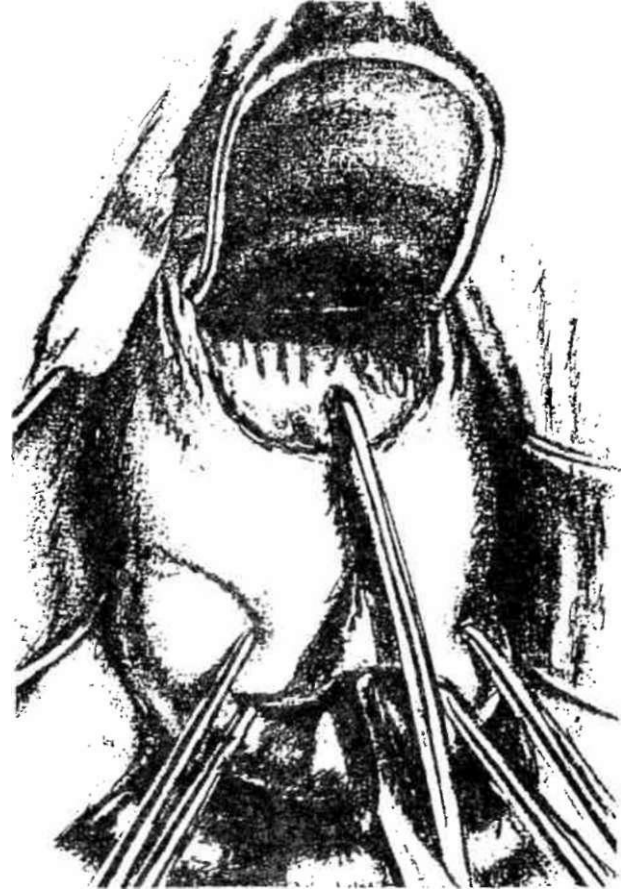
Şekil 3. Mesanenin serbestleştirilmesi. Mesane anterior servikal duvardan disseke edilmiş ve periton redaksiyonuna kadar reddedilmiştir.

Figure 3. Mobilizing the bladder. The bladder is dissected off the anterior cervical wall up to above the peritoneal reflection.

sezaryen seksiyon hakkında değişik otörler fandi şeyler belirtmektedir.

^aldvelli (1) bu operasyonun sadece fetusun canlı olmadığı olgularda uygulanmasını savunurken, Snoeck ve Pirson (4) sadece, abdominal operasyonu tolere edemeyecek koşullarda olan fakat, sezaryen seksiyonun gerekli olduğu hastalarda bu yaklaşımın denenebileceğini bildirmektedirler. Ouiligan-Zuspan (1) ise bu eski operasyon çeşidinin günümüz obstetride uygulanmasına bir neden olmadığını, fetusun ölü ve doğumun gerekli olduğu durumlarda dahi medikal ve cerrahi yöntemler sonuç vermezse, abdominal yolun seçilebileceğini belirtmekte, kanama ve mesane yaralanması gibi komplikasyonların sıkça görüldüğünde dikkat çekerken, yeterli eksplorasyon ve hemostazın da bu bağlamda güçlüğüne bildirmektedirler

T Kiln J Gynecol Obst 1995. 5



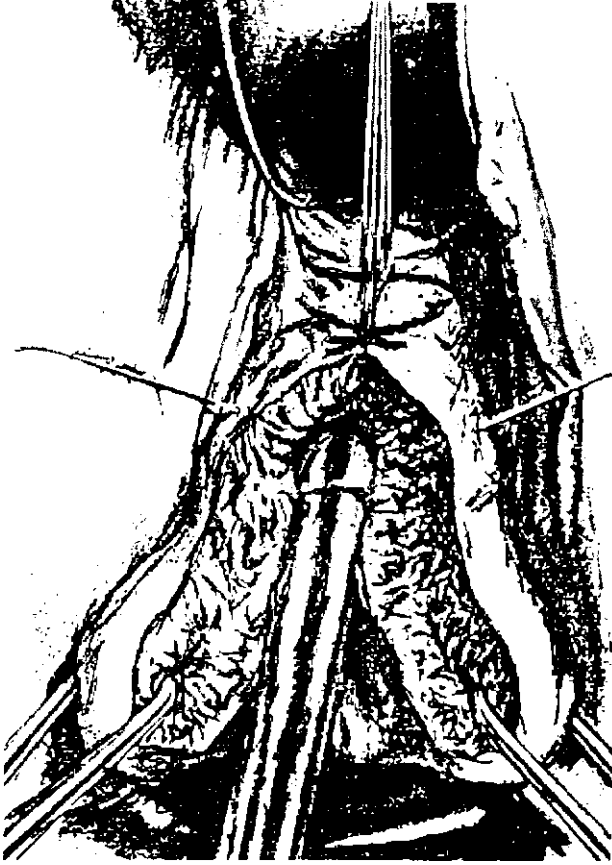
Sekil 4. Anterior servikal duvarın insizyonu. Anterior peritoneal refleksiyon görülebilmektedir

Figure 4. Splitting the anterior wall of the cervix. The anterior peritoneal reflection can just be seen.

Gerçekten de modern ocsteiriktaki yeri tartışmalı olan, kanama ve mesane yaralanması gibi ana iki komplikasyonun sıkça görüldüğü klasik obstetrik kitaplarında belirtilen (1) bu operasyonun günümüz obstetriginie ne denli kullanılabileceği hakkında, vaka sayımız yeterli olmadığı için kesinleşmiş görüşümüz yok. Ama bizim olgumuzun hem anne hem de bebek açısından iyi sonuç veren, yüzgüldürücü bir operasyon olarak bu konudaki vakalara iyi bir örnek teşkil edeceğine ve bu alanda bir tartışma ortamı yaratacağına inanıyoruz.

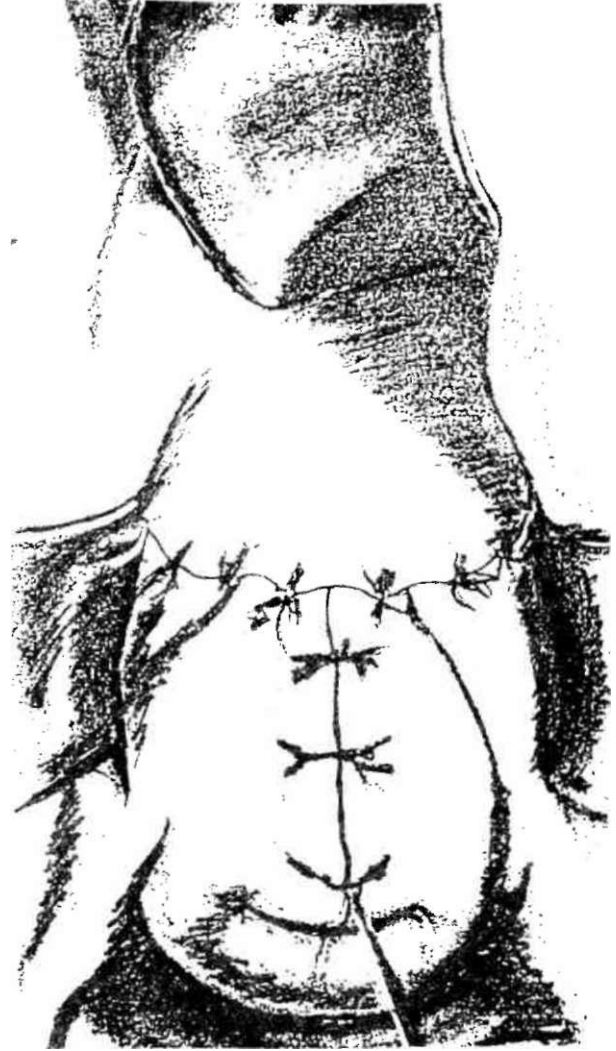
KAYNAKLAR

1. Quilligan E, Zuspan F. Douglas - Stromme, Operative Obstetrics. 5th Edition. Appleton Century. New York. 1988. p: 644.
2. Reiffenstahl G, Platzer W. Atlas of Vaginal Surgery. Surgical Anatomy and Technique. Volume II. WB Saunders Company. Philadelphia. 1975. p: 580-587.



Şekil 5. Servikal kanalın suture edilmesi.
Figure 5. Suturing the cervical canal.

3. Kaser O. ve ark. Jinekolojik C M Ü N Atlası. Endikasyonlar, Teknik ve Sonuçları (Çeviri) 2. Baskı. C yayınları. İstanbul 1987. s. 212-213
4. Curtis J. Obstetrics and Gynecology. Appleton - Century. New York. Calwell's chapter. 1971. p: 388-401.



Şekil 8. İnsizyonun kapatılması. Kolpotomi ve orta hat servikal insizyon katgüt suturelerle kapatılmıştır.
Figure 8. Closing the wound. The colpotomy and median cervical incision are entirely closed with catgut sutures.