

Maternal (anneliğe özgü) pelvik taban travması

Kadınlar için kılavuz

1. Maternal (anneliğe özgü) olay nedir?
2. Pelvik taban nedir?
3. Pelvik taban travması nedir?
4. Maternal pelvik taban travmasının sebepleri nelerdir?
5. Ne tip problemler pelvik taban travmasına sebep olabilir?
6. Annede pelvik taban travması nasıl azaltılabilir?
7. Maternal pelvik taban travması nasıl tedavi edilebilir?

Gebelik ve çocuk doğurma kadınların hayatındaki özel deneyimlerdir. Sağlıklı anne ve sağlıklı bebek arzu edilen sonuçtur, ancak pek çok faktör herhangi bir gebeliğin veya doğumun sonuçlarını etkileyebilir. Bazen doğum, sezeryan ile, veya forceps veya vakumla (vakum emen başlık) operatif vajinal doğum şeklinde olabilir.

Maternal (anneliğe özgü) olay nedir?

Gebelik ve doğuma bağlı herhangi bir olay maternal olay olarak adlandırılabilir. Bu olaylar gebelik veya çocuk doğurma süresine sınırlı değildir ve doğumdan yıllar sonra da problem oluşabilir.

Pelvik taban nedir?

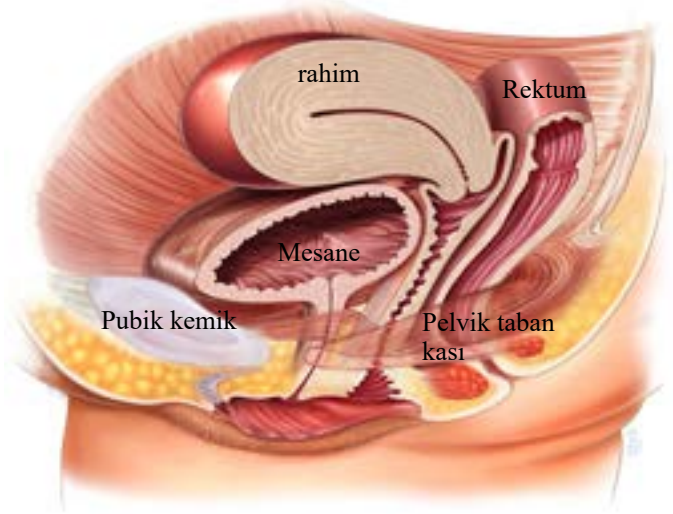
Pelvik taban, önde pubik kemik ve arkada sakrum (kuyruk kemiği) arasındaki, pelvisin altındaki alanı kaplayan bir tabaka halindeki kas liflerinden ve bağ dokusundan oluşmaktadır (Bkz. Şekil 1). Pelvik taban rahim, vajen, mesane ve rektumu destekler. Üretra, vajen ve rektum, pelvik taban üzerinde levator boşluğu olarak bilinen alandan geçer. Burası pelvik tabanın en zayıf bölgesidir. Anal sfinkter arka geçidi çevreleyen bir kastır ve genelde pelvik tabanın bir parçası olarak kabul edilir (Bkz Şekil 2).

Pelvik taban travması nedir?

Pelvik tabanda zayıflık ve fonksiyonunda bozulmaya yol açacak şekilde kaslarda, sinirlerde veya pelvik tabanın diğer dokularında hasar oluşması maternal pelvik taban travması olarak adlandırılır. Travma tipleri aşağıdaki gibi sınıflanabilir:

- **Mekanik yaralanma.** Fetal başın basısı, yırtması veya pelvik taban kas/bağ dokularını kuvvetle hareketlendirmesinin sebep olduğu hasardır. Bu tür yaralanmalar, operatif vajinal doğum yaptırmak için kullanılan forceps sebebiyle de olabilir.

Şekil 1



Şekil 2- Anal Sfinkter



- **Sinir yaralanması.** Pudental sinir pelvik taban için lazım olan esas sinirdir. Fetal baş, iri bebek, doğumun ikinci kısmının uzaması ve/veya enstrümental (özellikle forceps) doğum ile sıkışabilir ve zarar görebilir.
- **Dolaylı yaralanma.** Gebelik boyunca sayısız hormonal ve fiziksel değişiklikler olur. Bu değişiklikler bebeğin kilosundan, bebek etrafındaki sudan, vb dolayı kaynaklanan sebepler ve kadının kilo almasıyla aynı zamanda olan pelvik taban gevşemesini de içerir. Gebeliğin sonucu ne olursa olsun bu değişiklikler olacaktır ve önlenemez.

Maternal pelvik taban travmasının sebepleri nelerdir?

Vajinal doğum (kendiliğinden veya yardımcı) maternal pelvik taban travması için çoğunlukla tek başına risk faktörüdür. İlk doğum en büyük hasarla ilişkili olma eğilimindedir. Bununla birlikte, bazı kadınlar pelvik taban fonksiyonlarına en büyük olumsuz etkisi olan spesifik gebeliği veya doğumu tanımlayabilirler.

Maternal pelvik taban hasarı için yaygın risk faktörleri aşağıdakileri içerir:

- Vajinal doğum (özellikle ilk vajinal doğum)
- Gebelik
- İleri anne yaşı
- Artmış vücut kitle indeksi (VKİ)
- Büyük bebek
- Doğumun uzamış ikinci fazı (aktif ıkınma anı)
- Derin ve geniş vajen duvarı/perineal/sfinkter yırtıkları (Bkz. üçüncü ve dördüncü derece perineal yırtıklar kitapçığı)

Pelvik taban travması hangi problemlere sebep olur?

Kadınlar gebelik boyunca, çocuk doğumu sırasında veya hemen sonra, veya aylar/yıllar sonra problem yaşayabilirler. Bazı kadınlar aylarca veya yıllarca semptomlardan bahsetmeden veya yardım istemeden onların farkında olabilirler. Bu sorunlar başlıca dört bölüme ayrılabilir:

- **Üriner problemler.** Özellikle öksürürken, gülerken, hapşururken veya egzersiz yaparken idrar kaçırma (idrar tutamama) Maternal pelvik taban hasarının en yaygın üriner semptomudur. Diğer semptomlar gündüz sık tuvalete gitmeyi (8 ve daha fazlası) veya gece tuvalete gitme sıklığında artışı (bir kereden fazla) içerir.
- **Barsak problemleri.** Anal inkontinans, anal sfinktere olan hasardan kaynaklanan bir barsak problemidir (Fekal inkontinans bölümüne bakınız). Gaz kaçırma (gaz inkontinansı), iç çamaşırın kirlenmesi (pasif kaçırma), barsakları boşaltmak için tuvalete yetişme gereksinimi (fekal sıkışma) kadınlar tarafından deneyimlenen bazı barsak problemleridir. Bazı kadınlar arka vajinal duvar (arka duvar) veya vajen tepesinin (kubbe) sarkmasının gelişimi ile alakalı olarak barsaklarını tam olarak boşaltmama sorunu da yaşayabilirler. Barsaklarını tam olarak boşaltabilmek için bazen kadınlar perineye (vajen ile anüs arasındaki bölge) bası yapmak veya, vajene veya rektuma bir parmak yerleştirme gibi yöntemler geliştirebilir.
- **Seksüel problemler.** İlişki sırasında vajen girişinde ağrı hissedilebilir. Bu vajinal yırtıklardan veya çocuk doğumuna yardımcı olmak için kesten yapılan kesiden (epizyotomi) oluşan skar dokusundan kaynaklanabilir (bkz. Şekil 3).
- **Sarkma semptomları.** Sarkma bir yada daha fazla pelvik organın vajen içine veya dışına doğru şişkinlik yaratması veya çıkması durumudur. Bazı kadınlar ilk olarak vajen girişi yanında bir şişlik hissettiğinde sarkmanın farkına varır (örn. duşta). Vajende şişlik, basınç, ağırlık ve dolgunluk hissetme pelvik organ sarkmasından müzdarip kadınlar tarafından bildirilen diğer yaygın semptomlardır (bkz. pelvik organ sarkması bölümü).

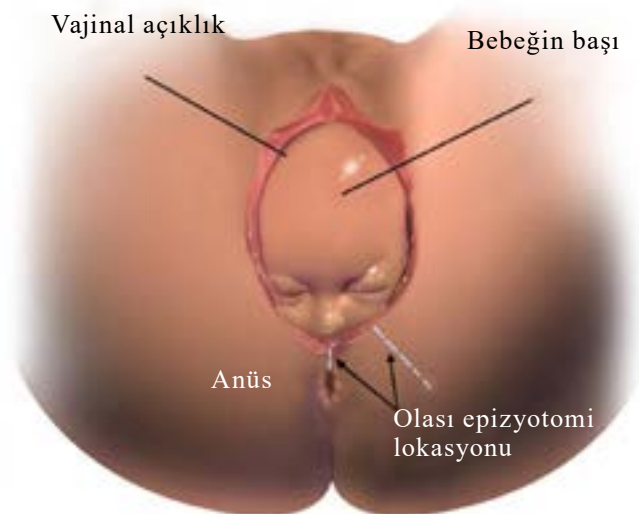
Maternal pelvik taban travması nasıl azaltılabilir?

Gebelik sürecinin bir parçası oldukları için bazı faktörlerin önlenemeyeceğini kabul etmek gerekir. Burada hedeflenen gebelik ve doğum sırasında pelvik

taban travma riskini artıran faktörleri en aza indirmektir ve aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Operatif vajinal doğumdan kaçınma. Düzgün ilerlemeyen doğum eylemini zamanında tanımlayıp sezeryan ile doğum yaptırarak gerçekleştirilebilir. Sakınma her zaman mümkün olmaz. Bazen operatif vajinal doğum yapmak daha güvenli olabilir, örneğin, bebeğin başı çok aşağıda olduğunda sezeryan zor olur. Bu durumda forseps yerine vakum tercih edilmelidir, Pelvik taban kasında ve anal sfinkterde daha az yırtılmaya sebep olur.
- Sezeryanla doğum. Bu oldukça tartışmalıdır. Kanıtlar sezeryanla doğumun maternal pelvik tabanı, kadın sadece iki doğum yaparsa koruduğu yönündedir. İki doğumdan sonra, koruyucu etki gözlenmemiştir. Sezeryanla doğumun da artan sezeryan sayısı ile orantılı olarak artan riskleri mevcuttur.
- Doğumun uzamış aktif ikinci fazından (serviksin tamamen açılmasıyla (dilatasyon) bebeğin doğumuna kadar olan süre) kaçınma. Bu süreçte pelvik tabana çok fazla basınç ve itme vardır. Bundan dolayı, doğumun bu fazının gereksiz uzamasını önlemek için doğumu aktif olarak yönetmek gerekir.
- Anne ve personel arasında uygun işbirliği, doğum sırasında fetal başın kontrolü, manuel destek ve perinenin korunması, gerekli durumlarda epizyotomi için doğru metodu kullanma (bkz. şekil 3) gibi doğumun son fazında uygun doğum tekniklerinin kullanımı pelvik tabanı korumada oldukça önemlidir.
- Eğer bebek büyükse doğumun bir miktar erken planlanması (örneğin 4 kg veya fazla ise)
- Normal vücut kitle indeksini kazanmak için gebelik öncesi kilo verme ve gebelikten sonra normal kiloyu koruma (hayat boyu).
- Gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında pelvik taban egzersizleri

Şekil 3 - Epizyotomi



Maternal pelvik taban travması nasıl tedavi edilebilir?

Maternal pelvik taban travma tedavisi konservatif ve cerrahi seçenekleri içerir. Tedavi kadının mevcut problemlerine ve doktorunun bulgularına göre şekillenir. Benzerlikler olsa da üriner, barsak, seksüel ve pelvik organ sarkması problemlerinin yönetimi farklılıklar gösterir ve doktorunuz size bu konuda açıklama yapacaktır.

Konservatif tedavi seçenekleri aşağıdakileri içerir:

- Bir pelvik taban fizyoterapisti ile pelvik taban egzersizleri (bkz. pelvik taban egzersizleri bölümü)
- Geçici olarak vajinal destek pesserinin kullanımı (bkz. pelvik organ sarkması için vajinal pesser kullanımı bölümü)

Cerrahi, aşağıdaki durumlar dikkate alınarak kişiye özel olarak planlanmalıdır:

- Deneyimlediğiniz problemler
- Doktorunun muayene bulguları ve muayene sonucunda elde edilen veriler
- Çocuk sayısının tamamlanıp tamamlanmadığı

Pelvik taban kası yırtıklarının direk tamiri konusu henüz netleşmemiştir ve sadece araştırma çalışmalarında önerilmektedir. Anal sfinkter kas yırtılmasının direk tamiri genelde doğumdan hemen sonradır (bkz. üçüncü ve dördüncü derece perineal yırtıkları bölümü), fakat bazen anal inkontinansı olan kadınlarda hayatın ilerleyen dönemlerinde de yapılabilir.

Genel olarak cerrahiden önce çocuk sayısının tamamlanması önerilir. Kişiye özel durumlar ve olayın şiddetine bağlı olarak tekrarlayan cerrahi gerektirebilmesine rağmen bu kural her zaman uygulanamamaktadır, bu konuda doktorunuza danışınız. Eğer pelvik taban cerrahisini takiben gebelik oluşursa, doğum şeklini kadın doğum doktorunuz ve pelvik taban cerrahisi ile konuşmanız önerilmektedir.

