

Sezaryen İlişkili Femur Kırığı: Makat Prezantasyonunun Nadir Komplikasyonu

Femur Fracture Associated with Caesarean Section: A Rare Complication of Breech Presentation

Nilgün Altuntaş, Mert Karaduman, Tolga Akbaş, Selçuk Kıvılcım, Murat Altay

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara

Özet

Makat prezantasyonunda sezaryen seksiyon ile doğum travma oluşumu açısından daha güvenli olduğu için vajinal doğuma tercih edilmektedir. Bu olguda makat prezantasyonunun nadir komplikasyonu olarak sezaryen ilişkili femur kırığını sunmayı amaçladık. 36 haftalık makat prezantasyonu nedeni ile sezaryen seksiyon ile doğan erkek bebek doğum sonrası 3. gününde sağ bacakta şişlik gözlenerek sellülit ön tanısı ile kliniğe yatırıldı. Yapılan incelemede sağ femur kırığı tespit edildi ve sağ bacağı atele alınan bebeğin izlemde sekelsiz olarak iyileştiği gözlemlendi. Makat geliş gibi zor vakalarda sezaryen doğum travma riskini azaltmakta ancak tamamen ortadan kaldırmamaktadır.

Abstract

Caesarean delivery is preferred to vaginal delivery in the breech presentation because it is safer. In this case report, we aimed to present femur fractures associated with cesarean section as a rare complication of breech presentation. A 2670g male infant was delivered at 36 weeks by emergency cesarean section for breech presentation. On the third day after the birth, he was admitted to our hospital with a preliminary diagnosis of cellulitis because of swelling in the right leg. The examination revealed a fracture of the right femur. A simple immobilization of the limb in extension led to a complete healing of the fracture without sequelae. Caesarean delivery reduces the risk of traumatic injury of the newborn compared to vaginal delivery, but does not eliminate this possible accidental complication.

Anahtar kelimeler: Sezaryen seksiyon, femur kırığı, yenidoğan

Key words: Caesarean delivery, femur fracture, newborn

GİRİŞ

Doğum travması canlı doğumların %1'inden daha azında gözlenen (1,2). Doğum travmaları kafa derisi yaralanmaları gibi hafif kendi kendini sınırlayan problemlerden intraserebral kanama gibi önemli morbidite ve mortaliteye neden olan problemlere kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir. En yaygın doğum travması tipleri skalp yaralanmaları ve klavikula kırıklarıdır (3). Fetal makrozomi, anormal prezantasyon, maternal obezite, küçük anne yapısı ve pelvik anomaliler, omuz distozisi, forceps ve vakum gibi girişimsel uygulamalar, epidural analjezi ve ilk doğum bilinen önemli risk faktörleridir. Erkek cinsiyetin de önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiş ve makrozominin erkek bebekler arasında daha yüksek oranda görülmesine bağlanmıştır (3). Doğum şekli de travma oluşumunda etkili olup özellikle makat prezantasyonlu vajinal doğumlarda uzun kemik kırıkları gibi travmalar sezaryen doğumlara göre daha sık görülmektedir. Travma açısından daha güvenli gibi görünen sezaryen doğumlar doğum travması riskini azaltmakta ancak tamamen ortadan kaldırmamaktadır. Nitekim Hannah ve ark.'nın çalışmasında uzun kemiklerde kırık oranı vajinal doğumlarda %0.5, sezaryen doğumlarda %0.1 olarak bildirilmiştir (4). Burada makat prezantasyon nedeni ile sezaryen doğum yapılan ve sağ femur kırığı saptanan bir yenidoğan olgusu sunuldu.

OLGU

Dış merkezde 36 haftalık makat prezantasyon nedeni ile acil sezaryen ile 2670 gram doğan erkek bebek doğum sonrası 3. gününde ailesi

tarafından aşırı yerinde şişlik şikayeti ile acil servisine getirildi ve sellülit ön tanısı ile yenidoğan yoğun bakım servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ bacakta belirgin şişlik ve huzursuzluk dışında bir patolojik bulguya rastlanmadı (Şekil 1). Kültürleri alınan ve laboratuvar incelemeleri normal olan hasta, geniş spektrumlu antibiyotik başlanarak izleme alındı. Yüzeysel ultrasonografi incelemesinde kas dokusu arasında mayi (ödem? sellülit?) ve femur başı komşuluğunda 5x4 mm boyutunda düzensiz sınırlı kistik yapı (hematom?) gözlemlendi. Ortopedi konsültasyonu yapılan hastada krepitasyon saptanması üzerine sağ femur grafisi çekildi. Femur grafisinde sağ subtrokantrik deplase femur kırığı tespit edildi (Şekil 2). İlk önce pelvik bandaj yapıldı. Kontrol grafisinde redüksiyon kaybı tespit edildiği için uzun bacak ateli uygulandı. İkinci çekilen grafisinde redüksiyon kaybı devam ettiği için tibia proksimalinden, atel üzerli 100 gram serum fizyolojik mayisi ile longitudinal traksiyon yapıldı. Onuncu günde radyografi kontrolünde kırık kenarlarında kallus formasyonu oluştuğu izlendi. Yirminci gününde kallus yapısının ilerlediği ve remodelizasyonun başladığı gözlemlendi; immobilizasyona son verildi. Altıncı ay çekilen kontrol grafisinde kaynamanın tam, remodelizasyonun yeterli olduğu tespit edildi (Şekil 3). Yapılan fizik muayenede bacakta kısalık yoktu ve sağ femurun distal ve proksimal eklem açıklıklarının tam olduğu ve rotasyon patolojisinin olmadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Sezaryen doğum sırasında oluşan kemik kırıkları ile ilgili bilgi az ve genellikle çok az sayıda olgu sunumlarına dayanmaktadır. Bu

Şekil 1. Sağ kalça ekleminde ve uylukta şişlik.

olgular genelde makat geliş ile ilişkili olup femur, kafatasında çökme kırıkları, tibia, radius ve nadiren de humerus kırıkları şeklindedir (5-13). Makat prezentasyonunda sezaryen doğum uygulamalarının perinatal mortaliteyi azalttığına bildirilmesi (14,15) sezaryen doğumların artışına neden olmuştur. Ancak abdominal ve vajinal doğumlarda makat prezentasyon için uygulanan manevraların benzer olması sezaryen doğumlarda da kırık oluşma riskinin devam etmesine neden olmaktadır. Kırıklar döndürme ve çekme manevraları ile ani traksiyon, küçük uterus insizyonu ve yetersiz uterus relaksasyonundan kaynaklanmaktadır. Doğum ilişkili femur kırığı insidansı 1000 canlı doğumda 0.12-0.18 arasında bildirilmektedir (2,16,17). Ayrıca, uzmanlık öğrencisi hekimler tarafından yaptırılan ve özellikle genel anestezi uygulanan doğumlarda kırıkların daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir (2,18). Bu durum uzmanlık öğrencilerinin gözetim altında doğum yaptırılmalarının gerekliliğini göstermektedir. Moris ve arkadaşları (2) femur kırıklarında tanının ortalama 6.3 günde konduğunu rapor etmişlerdir. Bu gecikme, yumuşak doku şişliği, eklem sertliği, lokal hassasiyet ve iritabilite gibi semptom ve bulguların geç ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır. Doğumdan hemen sonra %85 oranında femur kırığını düşündürecek bir bulgu bulunmamaktadır. Bu nedenle riskli doğumlarda şüpheli yaklaşım önemlidir. Olgumuzda da doğum sonrası kırığı düşündürecek bir muayene bulgusu saptanmamış ve bebek eve taburcu edilmiştir. Ancak semptomlar 3. günde ortaya çıkmış ve bu şekilde tanı konabilmiştir. Buna rağmen tedavide başarılı olunmuştur. Yenidoğan döneminde kemik kırıklarının özellikle diafizel femur kırıklarının iyileşmesi çok iyidir.

Şekil 2. Sağ subtrokanterik deplase femur kırığı.**Şekil 3.** Altıncı ay çekilen kontrol grafisinde kaynamanın tam, remodalizasyonun yeterli olduğu görülüyor

Genelde tedavide basit bandajlar veya ateller uygulanmaktadır. Önemli tedavi şekilleri; spica cast, Pavlik harness, Gallow traksiyonu ve Bryant traksiyonudur (2,16,19). İyileşme başlangıçta memnun edici olmayabilir, ancak 1 ayda klinik ve radyolojik sonuçlar alınmaya başlamakta ve 2 yıla kadar tam bir düzelme gözlemlenebilmektedir. Aileler bu yönden yeterince bilgilendirilmelidir. Yenidoğan döneminde oluşan eklem dışı diafiz bölge kırıklarında kemik dokunun dizilimini, anatomik redüksiyonu elde etmeden sağlamak yeterlidir. Burada dizilim sağlanması ve devamında aralıklı kontrol grafileri çekilerek kallus dokusunun elde edilmesi lazımdır. Remodalizasyon faktörü, pediatrik dönem diafiz kırıklarında sorunsuz iyileşme için altın anahtardır.

Sonuç olarak, zor doğumlarda özellikle makat prezentasyonlarda sezaryen doğum kırık riskini ortadan kaldırmamaktadır. Acil sezaryen doğumlar, preterm doğumlar, malprezentasyon olguları ve multiple gebelikler uzun kemik kırıkları için yüksek riske sahiptir. Bu nedenle zor doğum öyküsü olan bebekler taburculuk öncesi travma yönünden dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Noetzel MJ. Perinatal trauma and cerebral palsy. Clin Perinatol 2006; 33:355-66.
2. Morris S, Cassidy N, Stephens M, McCormack D, McManus F. Birth-associated femoral fractures: incidence and outcome. J Pediatr Orthop 2002; 22(1):27-30.
3. Sauber-Schatz EK, Markovic N, Weiss HB, et al. Descriptive epidemiology of birth trauma in the United States in 2003. Paediatr Perinat Epidemiol 2010; 24:116-24.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000; 356(9239):1375-83.
5. John BM, Roy S, Gupta G, Wilson CG. A case of fracture in a newborn delivered by caesarian section. MJAFI 2004; 60:194-5.
6. Denes J, Weil S. Proximal epiphyseolysis of the femur during caesarian section. Lancet 1964; 1:906-7.
7. Pai PM, Tibrewala NS, Engineer SR. A study of morbidity and mortality pattern in babies delivered by caesarian section. Indian Pediatrics 1975; 3:229-32.
8. Kellner KR. Neonatal fracture and Caesarian section. Am J Dis Child 1982; 136(9):865.
9. Barnes AD, van Geem TA. Fractured femur of the newborn at caesarian section, A case report. J Reprod Med 1985; (3):2035.

10. Alexander S, Gregg JE, Quinn MW. Femoral fractures at Caesarian section. *Br J Obst Gynaecol* 1987 94(3):273.
11. Vasa R, Kim MR. Fracture of the femur at Caesarian section: Case report and review of literature. *Am J Pediatr* 1990; 1:46-8.
12. Campbell RH. Problem injuries in unique conditions of the musculoskeletal system. In: Rockwood CA, Wilkies KE, Beaty JH, editors 4th ed. *Fracture in children*. 1996;3:274-5.
13. Capobianco G, Viridis G, Lisai P, Cherchi C, Biasetti O, Dessole F, Meloni GB. Cesarean section and right femur fracture: a rare but possible complication for breech presentation. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2013.
14. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York, NY: McGraw Hill Professional; 2009.
15. Swedish Collaborative Breech Study Group. Term breech delivery in Sweden: mortality relative to fetal presentation and planned mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(6):593-601.
16. Awari BH, Al-Habdan I, Sadat-Ali M, Al-Mulhim A. Birth associated trauma. *Saudi Med J* 2003; 24(6):672-4.
17. Cheng JC, Ng BK, Ying SY, Lam PK. A 10-year study of the changes in the pattern and treatment of 6,493 fractures. *J Pediatr Orthop* 1999;19(3):344-50.
18. Linder N, Linder I, Fridman E, et al. Birth trauma risk factors and short-term neonatal outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013; 26(15):1491-5. .
19. Stannard JP, Christensen KP, Wilkins KE. Femur fractures in infants: a new therapeutic approach. *J Pediatr Orthop* 1995 ;15(4):461-6.