





Postpartum Anorektal Hastalık Sıklığında Gebelikte Alınan Kilo Etkili midir?

Does Pregnancy Weight Gain Have an Effect on the Frequency of Postpartum Anorectal Disease?

Ömer TAMMO¹ , Enes ÇELİK² , Süleyman YILDIZ³ , Semra DEMİRLİ ATICI⁴ ¹Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mardin, TÜRKİYE²Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Mardin, TÜRKİYE³Derik Devlet Hastanesi, Pediatri Kliniği, Mardin, TÜRKİYE⁴Derik Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Mardin, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Tromboze eksternal hemoroid (TEH) ve anal fissür gebelik sırasında ve postpartum dönemde hayat kalitesini ciddi şekilde bozan benign anorektal hastalıklardır. Bu lezyonların toplumdaki gerçek insidansı ve gebelikte progrese olması arasındaki ilişki yeterince bilinmemektedir. Çalışmamızın amacı gebeliğin son trimesteri ile postpartum birinci aya kadar gelişen TEH ve anal fissür insidansını saptamak ve bu durumun gebelik boyunca alınan kilo, yenidoğan ağırlığı ve doğumun ikinci fazındaki süre ile olan ilişkisini ortaya koyabilmektir.

Materyal ve metod: 25 Temmuz 2021- 25 Ekim 2021 tarihleri arasında kadın doğum ve genel cerrahi polikliniğine başvuran gebe hastalar içinden üçüncü trimester ve postpartum birinci ayda TEH ve anal fissür görülen, kayıtları tam olan hastalar prospektif takip edilip retrospektif analiz edildi. Üçüncü trimesterde olan hastaların kilo artışı yüzde olarak hesaplandı. Tüm üçüncü trimester hamile hastalar asemptomatik iken ve postpartum ilk ayda, kadın doğum uzmanı veya genel cerrah tarafından en az üç kez muayene edildiler. Daha önceden hemoroidal hastalık nedeniyle operasyon öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: TEH gelişen hastalarda; gebelik sırasında kilo artışı, bebek doğum ağırlığı, doğumun ikinci fazının uzaması risk faktörleri olarak saptandı (sırası ile $p=0,003$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$). Anal fissür risk faktörleri arasında ise gebelikte kilo artışı, bebek doğum ağırlığı, doğumun ikinci fazının uzaması saptandı (sırası ile $p=0,003$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$). İlk doğumun normal spontan vajinal doğum olması ve gebelik öncesi kilo fazlalığının TEH ve anal fissür sıklığında bir artışa neden olmadığı gözlemlendi.

Sonuç: Gebelikte kilo alımı, bebek doğum ağırlığı ve doğumun ikinci fazının uzaması TEH ve anal fissür gibi Anorektal hastalıkların gelişimi açısından risk faktörü olarak sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Anal fissür, Hemoroid, Gebelik

Abstract

Background: Thrombosed external hemorrhoids (TEH) and anal fissure are benign anorectal diseases that seriously impair the quality of life during pregnancy and the postpartum period. The actual incidence of these lesions in the population and the relationship between their progression and pregnancy are not well known. The aim of our study is to determine the incidence of TEH and anal fissure that develop from the last trimester of pregnancy to the first postpartum month and to reveal the relationship between this condition and the weight gained during pregnancy, newborn weight and the duration of the second phase of labor.

Materials and Methods: Among the pregnant patients who applied to the gynecology and general surgery outpatient clinic between July 25, 2021 and October 25, 2021, patients who had TEH and anal fissure in the third trimester and the first postpartum month and whose records were complete were followed prospectively and analyzed retrospectively. Weight gain of patients in the third trimester was calculated as a percentage. All third trimester pregnant patients were examined at least three times by an obstetrician or general surgeon while they were asymptomatic and in the first postpartum month. Patients with a previous history of surgery due to hemorrhoidal disease were not included in the study.

Results: In patients developing TEH; Weight gain during pregnancy, baby birth weight, and prolongation of the second phase of labor were determined as risk factors ($p=0.003$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectively). Among the risk factors for anal fissure, weight gain during pregnancy, baby birth weight, and prolongation of the second phase of labor were determined ($p=0.003$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectively). It was observed that the first birth being a normal spontaneous vaginal birth and being overweight before pregnancy did not cause an increase in the frequency of TEH and anal fissure.

Conclusions: Weight gain during pregnancy, baby birth weight and prolongation of the second phase of labor can be considered as risk factors for the development of Anorectal diseases such as TEH and anal fissure.

Key Words: Anal fissure, Hemorrhoids, Pregnancy

Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Dr. Ömer TAMMO

Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Nur Mah, Vali Ozan Blv, 47100 Mardin,
TÜRKİYE

E-mail: omartammo@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 08.10.2023

Kabul tarihi / Accepted: 02.12.2023

DOI: 10.35440/hutfd.1372854

Giriş

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) tarafından kişinin vücut kitle indeksinin (VKI) 30 kg/m² 'nin üzerinde olması olarak tanımlanır; kişinin kilogram cinsinden ağırlığının 30'a bölünmesiyle hesaplanır. Gebelik sırasındaki obezite, anne ve yenidoğanda artan morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir (1).

Obezite ile Anorektal hastalıklar arasındaki ilişki tam olarak açıklanamasa da, artmış karın içi basınç, venöz konjesyon ve kronik inflamasyon gibi bazı patofizyolojik mekanizmaların obez hastalarda anorektal hastalık gelişimine katkıda bulunduğu varsayılmaktadır.

Gebelikte kabızlık ve dolaşımdaki kan hacminin artmasına bağlı olarak venöz çıkışın azalması, progesteronun venöz gevşetici etkisi ve ayrıca rektal damarlardaki basıncı artıran genişlemiş uterus nedeniyle Hemoroidal hastalık gelişimi için predispozan faktörlerdir (2).

Tromboze eksternal hemoroid (TEH); anal yastıkların venöz dilatasyon sonucu anormal düzeyde anal kanala doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanır (3). Hemoroidin neden olduğu bildirilen başlıca semptomlar yanma, kaşıntı, perianal ağrı ve kanamadır (4). Bu durum özellikle gebelikte, özellikle de üçüncü trimesterde ve doğum sonrası dönemde yaygındır (2, 5). Anal fissür ise anal kanalın çok katlı yassı epitel örtüsünde oluşan çatlaklardır. Önde gelen semptom, dışkılama ile provoke olan şiddetli ağrıdır. Gebelik ve normal spontan vajinal doğum (NSVD) doğası gereği TEH ve anal fissür gelişimini kolaylaştıran, gebenin hayat konforunu bozan önemli bir klinik durumdur.

Çalışmamızda amacımız; gebeliğin son trimestiri ile postpartum birinci aya kadar olan zaman aralığında TEH ve anal fissür insidansını saptamak ve bu durumun gebelik boyunca alınan kilo, yeni doğan kilosu ve doğumun ikinci fazındaki süre ile olan ilişkisini değerlendirmektir.

Materyal ve Metod

Kadın doğum ve genel cerrahi polikliniğine 25 Temmuz 2021- 25 Ekim 2021 tarihleri arasında başvuran gebe hastalar içinden üçüncü trimester ve postpartum birinci ayında TEH ve anal fissür görülen, kayıtları tam olan hastalar prospektif takip edilip retrospektif analiz edildi. Üçüncü trimesterde olan hastaların kilo artışı yüzde olarak hesaplandı. Tüm üçüncü trimesterdaki hamile hastalar asemptomatik iken ve postpartum ilk ayda kadın doğum uzmanı veya genel cerrah tarafından en az üç kez muayene edildiler. Çalışmamız Helsinki Bildirgesine uygun olarak dizayn edildi. Çalışmamızın etik onayı Mardin Artuklu Üniversitesi etik kurulundan alındı (Çalışma etik kurul no: 2023/9-11). Çalışmaya dahil edilen hastalara gerekli bilgilendirme yapıldı ve yazılı onayları alındı.

Tüm gebe kadınlar demografik (anne yaşı, aile durumu), sosyal, antropometrik (vücut kitle indeksi, kişisel peri-anal hastalık öyküsü, önceki gebelik) faktörleri ve doğumla ilgili soruları içeren ayrıntılı bir anket doldurdu. Tüm kadınlar sırasıyla üçüncü trimesterde, doğumdan sonra birinci veya

ikinci günde ve doğum sonrası 1. ayda olmak üzere üç kez muayene edildi.

Aynı kadın doğum uzmanı ve genel cerrah tarafından planlanan üç ziyarete kadınlarla görüşüldü ve muayene edildi. Doğumdan sonraki birinci veya ikinci günde aşağıdaki veriler kaydedildi: obstetrik veriler, doğum yöntemi, doğum eyleminin uzunluğu. Kadınlar, TEH hemoroidleri için sol lateral dekübit pozisyonunda muayene edildi. Herhangi bir çıkıntıdan şikayet eden kadınlar tuvalette muayene edildi ve uygunsa çıkıntıyı göstermek için ıknmaları istendi. Parmakla rektal muayene yapıldı. Kadınların özellikleri, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdelerle, sürekli değişkenler için medyan ve aralıklarla tanımlandı.

İstatistik analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, median olarak verildi. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağlamadığından bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapıldı. Risk etkileri Lojistik Regresyon Analizi ile incelendi. Kesim değeri incelemeleri ROC Curve Analizi ile belirlendi. Alfa anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmada yer alan hastaların demografik özellikleri ve anorektal hastalıkların oluşmasındaki faktörler Tablo 1 de gösterilmiştir.

Hemoroid gelişen hastaların gebelik öncesi kilo düzeyi hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. Kilo artış düzeyleri, bebek doğum ağırlığı, doğumun ikinci fazının süresi daha yüksekti. (sırası ile p=0,009 p<0,001 p<0,001 p<0,001) (Tablo 2.)

Hemoroid risk faktörlerinin Lojistik regresyon analizi ile tek değişkenli etkileri incelendiğinde gebelik öncesi kilo yüksekliği koruyucu faktörken, gebelikte alınan kilonun artması, bebek doğum kilosunun yüksek olması, doğumun ikinci fazının süresinin uzaması risk faktörleri olarak saptandı (sırası ile p=0,003 p<0,001 p<0,001 p<0,001).

Tek değişkenli analizlerde p<0,250 saptanan ve tüm hastalar için bilgisi olan değişkenlerden oluşturulan modelde kilo artışı, bebek doğum kilosu istatistiksel olarak anlamlı faktörler olarak saptandı (her ikisi için p<0,001) (Tablo 3.)

Hemoroid için kilo artışı kesim değeri incelemesinde %82,26 Sensitivite, %67,86 Spesifiklik ile >10 kg kesim değeri olarak saptandı (PPV:%85 NPV:%63,3). Hemoroid için bebek doğum kilosu kesim değeri incelemesinde %87,1 Sensitivite, %92,86 Spesifiklik ile >3750 gr kesim değeri olarak saptandı (PPV:%96,4 NPV:%76,5). Hemoroid için normal doğmuş yapmış gebelerde doğumun ikinci fazının süresi kesim değeri incelemesinde %95,65 Sensitivite, %90,70 Spesifiklik ile >20/dk kesim değeri olarak saptandı (PPV:%95,7 NPV:%90,7) (Resim 1.)

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

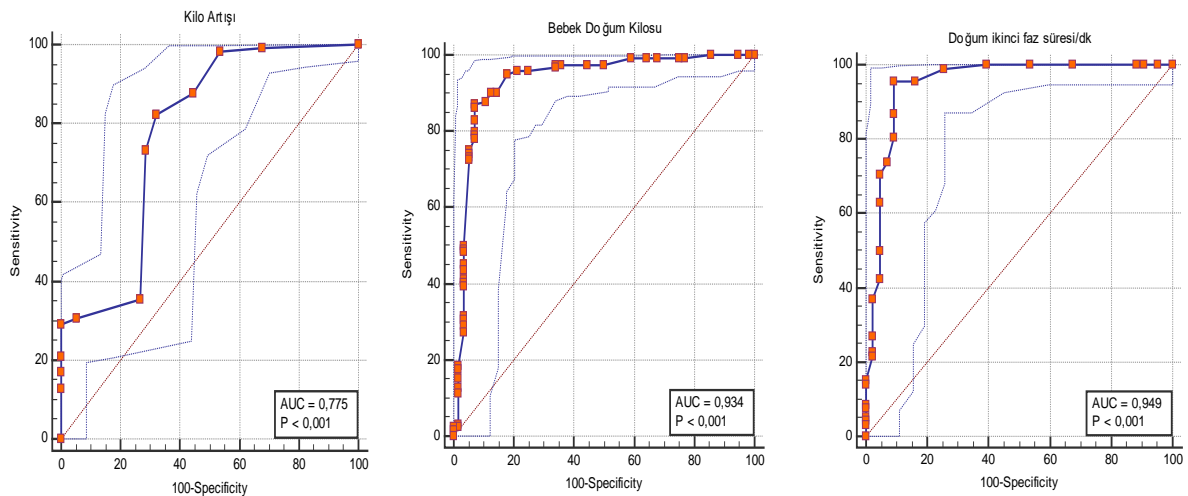
Hasta Yaşı Ort.±SD		23,3±3,9
Gebelik Sayısı Median (Min-Maks)		2,0±1,0 (1-5)
Gebelik Haftası Ort.±SD (Min-Maks)		30,3±2,9 (23-36)
Önceki Doğum Şekli n (%)	C/S	45 (25,0)
	NSVD	54 (30,0)
	Yok	81 (45,0)
Kabızlık n (%)	Yok	60 (33,3)
	Var	120 (66,7)
Gebelik öncesi kilo Ort.±SD (Min-Maks)		59,6±6,0 (48-75)
Şu anki kilo Ort.±SD (Min-Maks)		71,3±6,6 (57-89)
Kilo artışı Ort.±SD (Min-Maks)		11,7±3,37 (6-18)
Hemoroid n (%)		124 (68,9)
Anal fissür n (%)		78 (43,3)
Bebek Doğum Haftası Ort.±SD (Min-Maks)		37,8±1,0 (36-39)
Bebek Doğum Kilosu Ort.±SD (Min-Maks)		3642,3±396,3 (2500-3987)
	>3800 gr n (%)	96 (53,3)
Doğum ikinci faz süresi (dk) Ort.±SD (Min-Maks)		24,1±6,6 (12-40)

Ort: ortalama, SD: Standart Deviasyon, Min: Minumum, Maks: Maksimum, C/s: Sezaryen, NSVD: Normal spontan vajinal doğum

Tablo 2. Hemoroid oluşumundaki predispozan faktörler

	Hemoroid		P
	Yok	Var	
	Ort.±SD Min-Maks (Median)	Ort.±SD Min-Maks (Median)	
Hasta Yaşı	22,8±3,5 18-31 (22)	23,6±4,0 18-34 (23)	0,290
Gebelik Sayısı	1,8±0,9 1-4 (2)	2,1±1,1 1-5 (2)	0,155
Gebelik Haftası	30,2±2,5 25-36 (30)	30,3±3,1 23-36 (30)	0,961
Önceki Doğum Şekli n (%)	C/S 13 (23,2%) NSVD 15 (26,8%) Yok 28 (50,0%)	32 (25,8%) 39 (31,5%) 53 (42,7%)	0,659
Kabızlık n (%)	32 (57,1%) 61,6±5,9	88 (71,0%) 58,7±5,9	0,069
Gebelik Öncesi Kilo	54-75 (61) 70,8±7,8	48-71 (58) 71,5±6,0	0,009
Güncel Kilo	60-89 (72,5) 9,1±3,0	57-82 (69) 12,9±2,9	0,342
Kilo Artışı	6-14 (9) 37,9±1,0	6-18 (12) 37,7±1,0	<0,001
Bebek Doğum Haftası	36-39 (38) 3198,9±397,8	36-39 (38) 3842,5±167,0	0,281
Bebek Doğum Kilosu	2500-3985 (3150) 17,4±3,8	2785-3987 (3855) 27,3±5,1	<0,001
Doğum İkinci Faz süresi/dk	12-32 (17)	18-40 (26,5)	<0,001

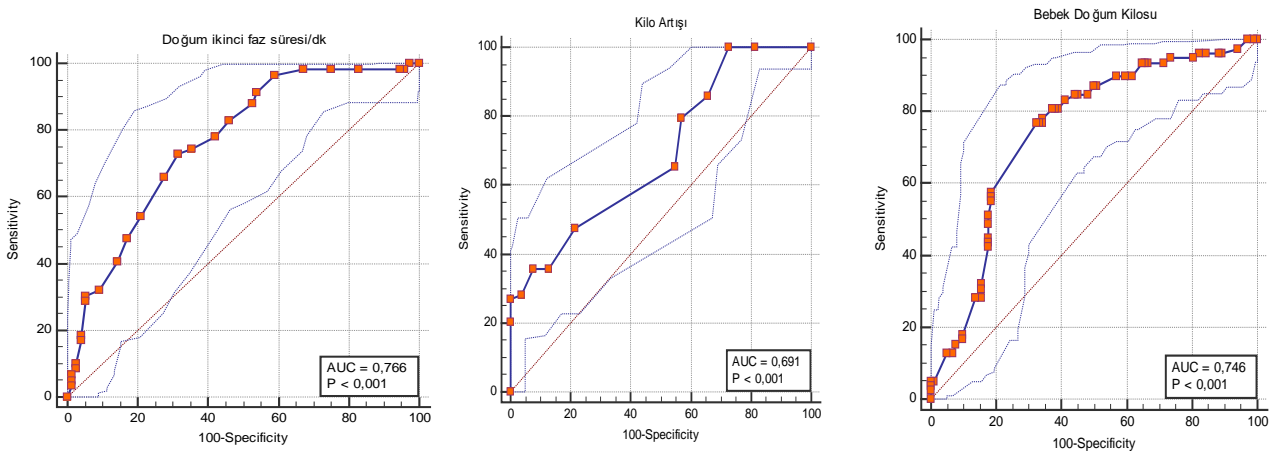
C/S: sezaryen, NSVD: Normal spontan Vajinal Doğum

**Resim 1.** Hemoroidal hastalık için kilo artışı, bebek doğum kilosu ve doğum ikinci faz süresi için hesaplanan artışı kesim değeri

Anal fissür gelişen hastaların gebelik sayısı ortalaması, fissür gelişmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,008$). Anal fissür gelişen ve gelişmeyen hastaların önceki doğum şekli oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,032$). Anal fissür gelişmiş hastalarda, NSVD oranı yüksek iken doğum yapmamış olma oranı düşüktü. Gebelik öncesi kilo düzeyi şikayeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşükken kilo artış düzeyleri, bebek doğum kilosu, normal doğum yapanlarda doğum ikinci fazının süresi daha yüksekti (hepsi için $p<0,001$) (Tablo 4.) Anal fissür risk faktörlerinin Lojistik regresyon analizi ile tek değişkenli etkileri incelendiğinde gebelik sayısı, önceki doğum olmayanlara göre NSVD, gebelik öncesi kilo yüksekliği koruyucu factor olduğu görüldü. Kilo artışı, bebek doğum kilosu, doğum ikinci fazının süresi risk faktörleri olarak saptandı (sırası ile $p=0,003$ $p<0,001$ $p<0,001$

$p<0,001$).

Tek değişkenli analizlerde $p<0,250$ saptanan ve tüm hastalar için bilgisi olan değişkenlerden oluşturulan modelde gebelik öncesi kilo yüksekliği koruyucu faktörken, kilo artışı, bebek doğum kilosu istatistiksel olarak anlamlı risk faktörleri olarak saptandı ($p<0,001$ $p=0,001$ $p=0,007$) (Tablo 5.) Anal fissür için kilo artışı kesim değeri incelemesinde %35,9 Sensitivity, %92,2 Specificity ile >14 kg kesim değeri olarak saptandı (PPV:%77,8 NPV:%65,3). Anal fissür için bebek doğum kilosu kesim değeri incelemesinde %76,9 Sensitivity, %67,6 Specificity ile >3840 mg kesim değeri olarak saptandı (PPV:%64,5 NPV:%79,3). Anal fissür için normal doğum yapan gebelerde doğumun ikinci fazının süresi kesim değeri incelemesinde %72,88 Sensitivity, %68,42 Specificity ile >24/dk kesim değeri olarak saptandı (PPV:%64,2 NPV:%76,5) (Resim 2.)



Resim 2. Anal fissür için kilo artışı, bebek doğum kilosu ve doğum ikinci faz süresi için hesaplanan artış kesim değeri

Tablo 4. Anal Fissür oluşumundaki predispozan faktörler

	Anal Fissür		p
	Yok	Var	
	Ort.±SD Min-Maks (Median)	Ort.±SD Min-Maks (Median)	
Hasta Yaşı	23,0±3,8 18-34 (23)	23,8±4,0 18-34 (23)	0,164
Gebelik sayısı	1,8±0,9 1-4 (2)	2,2±1,1 1-5 (2)	0,008
Gebelik Haftası	30,4±2,8 25-36 (30)	30,0±3,1 23-36 (30)	0,341
Önceki Doğum Şekli n (%)	C/S NSVD Yok	19 (24,4%) 31 (39,7%) 28 (35,9%)	0,032
Kabızlık n (%)	62 (60,8%)	58 (74,4%)	0,056
Gebelik Öncesi Kilo	61,4±5,7 51-75 (62)	57,2±5,7 48-71 (57)	<0,001
Şu Anki Kilo	71,9±7,0 57-89 (72)	70,5±5,9 60-82 (69)	0,176
Kilo Artışı	10,5±3,0 6-16 (12)	13,3±3,2 9-18 (12)	<0,001
Bebek Doğum Haftası	37,7±1,1 36-39 (38)	37,8±0,9 36-39 (38)	0,677
Bebek Doğum Kilosu	3515,1±431,1 2500-3983 (3685)	3808,5±268,2 2700-3987 (3880)	<0,001
Doğum İkinci Faz süresi/dk	21,5±6,0 12-40 (21)	27,5±5,8 13-40 (27)	<0,001

C/S: sezaryen, NSVD: Normal spontan Vajinal Doğum

Tablo 5. Anal fissür risk faktörleri Lojistik Regresyon Analizi

		p	OR	95% CI (Min-Maks)	
Tek değişkenli	Hasta Yaşı	0,160	1,057	0,978	1,141
	Gebelik Sayısı	0,006	1,509	1,123	2,028
	Gebelik Haftası	0,333	0,951	0,859	1,053
	Önceki Doğum Şekli	0,034			
	C/S	0,395	1,383	0,655	2,923
	NSVD	0,009	2,551	1,257	5,176
	Kabızlık	0,057	1,871	0,981	3,567
	Gebelik öncesi kilo	<0,001	0,879	0,829	0,931
	Şuanki kilo	0,159	0,968	0,924	1,013
	Kilo artışı	<0,001	1,332	1,190	1,490
	Bebek Doğum Haftası	0,450	1,117	0,838	1,489
	Bebek Doğum Kilosu	<0,001	1,003	1,001	1,004
	Doğum ikinci faz süresi dk	<0,001	1,180	1,102	1,262
	Çok değişkenli model*	Hasta Yaşı	0,480	0,944	0,805
Önceki Doğum Şekli (Ref:Yok)		0,727			
C/S		0,956	0,969	0,310	3,025
NSVD		0,570	1,491	0,376	5,912
Kaçıncı Gebelik		0,110	1,899	0,866	4,166
Kabızlık		0,439	1,373	0,616	3,059
Gebelik öncesi kilo		<0,001	0,876	0,816	0,941
Kilo artışı		0,001	1,259	1,099	1,442
Bebek Doğum Kilosu		0,007	1,002	1,000	1,003

*Hosmer and Lemeshow Test Chi-square:11,488 p:0,176 Cox & Snell R Square:0,326

Tartışma

Semptomatik hemoroidal hastalığın, toplumun % 4-10'unu etkilediği düşünülmektedir. Kabızlık, düşük lifli diyet, yüksek VKİ, hamilelik ve hareketsiz bir yaşam tarzının genellikle hemoroidal hastalık riskini artırdığı bilinmektedir (6). Hamilelik sırasında ise bu orandan daha yüksek bir prevalans olduğu, hatta 2. ve 3. trimesterde % 85 civarında olduğu tahmin edilmektedir (7, 8).

Abramowitz ve ark. çalışmalarında tromboze hemoroidlerin %91'inin doğumdan sonraki ilk gün ortaya çıktığı ve vakaların %14.5'inde doğumdan sonra de novo ortaya çıktığını tespit etmiştir. Doğumdan sonraki 2 ay içinde görülme sıklığı ise % 20 olduğu gösterilmiştir (2). Başka bir çalışmada paritenin hemoroidal hastalığın çıkışında etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Ancak parite arttıkça yeni semptom görülme sıklığının azaldığı gösterilmiştir (9). Çalışmamızda ise anorektal hastalıklardan özellikle anal fissür gelişen hastaların gebelik sayı ortalaması fissür gelişmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,008). Bu sonuçlara göre Kadınlarda parite sayısının artması anorektal hastalığa predispozan olarak görülebileceğini düşünmekteyiz.

Hemoroid genellikle doğumdan sonra geriler ancak tamamen kaybolmaz. Hemoroid insidansı doğum sonrası ilk 3 ayda % 8-24, 3-6 ayda % 24 ve 6 aydan sonra % 15-16 olarak bildirilmiştir (10-14).

Gebe hastalarda hemoroidal hastalığa yatkınlığı arttıran bir çok predispozan faktör belirtilmiştir. Artmış karın içi basıncı, hormonal değişiklikler (progesteron artışı), değişen gastrointestinal fonksiyonlar, konstipasyon, azalmış fiziksel aktivite ve vajinal doğum bunlardan en sık olanlarıdır (2).

Progesteron, venöz duvar kasının gücünü düşürme, düz kas kontraktilesini azaltma ve gastrointestinal geçişi yavaşlatma eğilimindedir. Bu durum da dolaylı olarak kabızlığa katkıda bulunur (15). Ayrıca, diyet değişiklikleri de bir etken olabilir. Sıvı alımının azalması ve demir takviyesi yapılması da gebelerde kabızlığa neden olabilen diğer faktörler arasındadır (16).

NSVD un ikinci fazının 20 dakikadan uzun sürmesi, uzun süreli ıkınma ve yardımcı vajinal doğumlar hemoroid gelişimine zemin hazırlar. Ayrıca ıkınma süresinin uzamasının perianal hastalık gelişimi için bir risk faktörü olabileceği de gösterilmiştir (2,9,17,18). Yaptığımız çalışmada hem hemoroidal hastalık hem de anal fissür gelişiminde normal doğum yapanlarda doğum ikinci fazının süresinin risk faktörü olduğunu saptadık (p<0,001).

Doğum ağırlığı ayrıca tromboze dış hemoroid oranıyla da ilişkili görünmektedir. Daha kilolu bebek doğuranlarda anal lezyon ve hemoroid oranı anlamlı olarak daha yüksekti (2,9). Başka bir çalışmada >3800 gr doğum ağırlığının gebelik ve lohusalığın perianal hastalıkları ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu kanıtlanmıştır (18). Çalışmamızda da hemoroid ve anal fissür gibi anorektal hastalıkların risk faktörleri incelendiğinde hem gebelikte kilo artışı hem de bebek doğum kilosu predispozan faktörler olarak görülmektedir.

Tromboze eksternal hemoroidli 33 vakanın, sadece birinin sezaryen ile doğurtulduğu bir çalışmada sezaryen anorektal hastalık gelişmesine karşı koruyucu görünmektedir (2,9). Çalışmamızda anal fissür gelişen hastalarda NSVD oranı yüksekken, doğum yapmamış olma oranı düşük olarak saptandı.

Sonuç

Gebeliğin üçüncü trimesterinde ve doğum sırasında hemoroid ve anal fissürler sık görülür. Gebelik boyunca alınan kilo, bebek doğum ağırlığı ve doğumun ikinci fazının uzaması gebe hastalarda artmış anorektal hastalıkların gelişmesi ile ilişkilidir. Gebelik sırasında ve Postpartum dönemde hemoroid ve anal fissür insidansını daha net tanımlayabilmek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Etik onam: Çalışma öncesi Mardin Artuklu Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan onay alındı. (Çalışma etik kurul no: 2023/9-11, Oturum tarihi: 18.09.2023)

Yazar Katkıları:

Konsept: Ö.T., S.D..

Literatür Tarama: Ö.T., S.D..

Tasarım: E.Ç.

Veri toplama: Ö.T., S.D..

Analiz ve yorum: E.Ç., S.Y.

Makale yazımı: Ö.T., E.Ç.

Eleştirel incelenmesi: Ö.T., E.Ç., S.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. ACOG Practice Bulletin No 156: Obesity in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e112-e126. doi: 10.1097/AOG.0000000000001211. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2016;128(6):1450.
2. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Migon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery: *Dis Colon Rectum.* 2002;45:650–5.
3. Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg.* 1975;62:542–52. doi: 10.1002/bjs.1800620710.
4. Jakubauskas M, Poskus T. Evaluation and Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 2020;63:420–4.
5. Poskus T, Buzinskiene D, Drasutiene G, Samalavicius N, Barkus A, Bari-sauskiene A, et al. Hemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2014;121:1666–71. doi: 10.1111/j.1471-0528.1995.tb09132.x.
6. De Marco S, Tiso D. Lifestyle and Risk Factors in Hemorrhoidal Disease. *Front Surg.* 2021;8:729166. doi: 10.3389/fsurg.2021.729166.
7. Gojnic M, Dugalic V, Papic M, Vidakovic S, Milicevic S, Perulov M. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005;32(3):183-4.
8. Mirhaidari SJ, Porter JA, Slezak FA. Thrombosed external hemorrhoids in pregnancy: a retrospective review of outcomes. *Int J Colorectal Dis.* 2016;31(8):1557-9.
9. MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 1991;98(12):1193-5.
10. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995;102(4):282-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.1995.tb09132.x.
11. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(2):156-61.
12. Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does an early post-natal check-up improve maternal health: Results from a randomised trial in Australian general practice. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(9):991-7.
13. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG.* 2000;107(10):1202-9.
14. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(4):242-248.
15. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(3):231-7.
16. De Marco S, Tiso D. Lifestyle and Risk Factors in Hemorrhoidal Disease. *Front Surg.* 2021;8:729166. doi: 10.3389/fsurg.2021.729166.
17. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002;29: 83-94.
18. T Poskus , D Buzinskiene, G Drasutiene, NE Samalavicius, A Barkus, A Barisauskiene, et al. Hemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *BJOG.* 2014;121(13):1666-71.