

Bölüm 25

DOĞUM ÖNCESİ KANAMALAR

Kıvılcım BEKTAŞ¹

GİRİŞ

Vajinadan kanama, hamileliğin her aşamasında ortak bir olaydır. Kaynak fetal değil, hemen hemen her zaman maternaldir. Kanama, desiduada (yani, gebelik endometriyumundaki) kan damarlarının bozulmasından veya servikal veya vajinal lezyonlardan kaynaklanabilir. Klinisyen tipik olarak hastanın gebelik yaşı ve kanamasının karakterine (hafif veya ağır, ağrılı veya ağrısız, aralıklı veya sabit) bağlı olarak geçici bir klinik tanı koyar. Laboratuvar ve görüntüleme testleri daha sonra ilk teşhisi doğrulamak veya revize etmek için kullanılır.

ACİL DURUMLAR

Kanamamanın değerlendirilmesinin zamanlaması kanamanın ciddiyetine bağlıdır. Hastanın hemodinamik olarak anstabil olup olmadığını belirlemek önemlidir, böylece önlemler ve destekleyici tedavi uygun bir ortamda hızlı bir şekilde başlatılabilir. Kan basıncı veya nabızdaki değişiklikler, hızlı tedavi gerektiren ciddi kan kaybının bir göstergesidir. Ancak, zaman zaman, genç hamile kadınlarda taşikardi veya hipotansiyon olmaksızın ciddi kanamalar olabilir. Bu gibi hastaların yönetiminde gereksiz gecikmelerden kaçınmak için özen gösterilmelidir. Hemodinamik olarak anstabil olan tüm kadınlarda (hipotansiyon, taşikardi, senkop) hemoglobinin / hematokrit ve pıhtılaşma testlerine hızlıca bakılmalıdır.

Birinci Trimester Kanamaları

Vajinal kanama ilk trimesterde (0-13 hafta+6 gün) hamile kadınların % 20-40'ında görülür.

Travma dışında 4 ana neden vardır:

- Ektopik gebelik
- Abortus (imminens, incipiens, inkomplet, komplet)
- Gebeliğin implantasyonu
- Servikal, vajinal veya uterus patolojisi (örneğin polipler, inflamasyon, enfeksiyon, trofoblastik hastalık)

Değerlendirme

Erken gebelik kaybına bağlı kanama (düşük / spontan abortus), ilk trimester kanamanın en yaygın nontravmatik nedenidir (prevalans: gebeliklerin yüzde 15-20'si). Her ne kadar kanama çok olsa da, hemen hemen tüm kadınlar hemodinamik olarak stabil kalırlar. Hastaların yalnızca yüzde 1'i kan transfüzyonuna ihtiyaç duyar (1).

Ektopik gebelik çok daha az görülür (prevalans: gebeliklerin yüzde 2'si), fakat ekstremitelerin gebeliğin rüptürü ilk trimester kanamanın en ciddi etiolojisidir ve potansiyel olarak yaşamı tehdit edici bir komplikasyondur. Bu nedenle kanamalı her hamile kadında bu tanı dışlanmalıdır.

Fizik Muayene

Genel muayeneden önce hastanın karnı muayene edilmelidir. Hastanın en az acı hissettiği bölgeyi inceleyerek başlamak en iyisidir. Daha az acı-

¹ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi, kivilcim_dr@hotmail.com

tazların kanamasından kaynaklanan akut karın ağrısı sayılabilir (47,48). Özellikle solunum veya nörolojik semptomları olan kadınlarda, antepartum kanamanın diğer yaygın nedenleri dışlandıktan sonra koryokarsinom ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

SONUÇ:

Klinisyen tipik olarak hastanın gebelik yaşı ve kanamasının karakterine (hafif veya ağır, ağrılı veya ağrısız, aralıklı veya sabit) bağlı olarak vajinal kanama nedeninin geçici klinik teşhisini yapar. Laboratuvar ve görüntüleme testleri daha sonra ilk teşhisi doğrulamak veya gözden geçirmek için kullanılır.

- Erken gebelikte kanamanın dört ana nedeni: ektopik gebelik; erken gebelik kaybı; fizyolojik (örneğin, gebeliğin implantasyonu ile ilgili) ve serviks, vajina veya uterus patolojisidir. Transvajinal ultrasonografi erken gebelikte kanama değerlendirmesinin temel taşıdır.
- Erken gebelikte kanaması olan kadınların değerlendirilmesinde önemli olan ektopik gebelik olasılığını dışlamaktır. Nitekim rüptüre ektopik gebeliğin ciddi kanama ve ölüme neden olabileceği aşikar bir durumdur.
- İkinci ve üçüncü trimesterlerde kanamanın ana nedenleri: nişan gelmesi, servikal yetmezlik, erken gebelik kaybı, plasenta previa, plasenta dekolmanı ve nadiren uterus rüptürü veya vaza previa'dır. Servikal, vajinal veya uterus patolojisi ve tubal olmayan ektopik gebelik diğer etiyojilerdir.
- Gebeliğin ikinci yarısında kanaması olan kadınlarda plasenta previa dışlanıncaya kadar serviksin elle muayenesinden kaçınılmalıdır, çünkü plasenta previa'nın elle muayenesi acil, ciddi kanamaya neden olabilir.
- Rh (D) negatif olan vajinal kanaması olan kadınlar için, Rh (D) alloimmunizasyonuna karşı korunmak için anti-D immün globulini mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kanama, plasenta yerleşim anomalileri, umbilikal kord patolojileri, dekolman

KAYNAKÇA

1. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2012; :CD003518.
2. Macones GA, Hankins GD, Spong CY, et al. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. Obstet Gynecol 2008; 112:661.
3. Jindal P, Regan L, Fourkala EO, et al. Placental pathology of recurrent spontaneous abortion: the role of histopathological examination of products of conception in routine clinical practice: a mini review. Hum Reprod 2007; 22:313.
4. Isoardi K. Review article: the use of pelvic examination within the emergency department in the assessment of early pregnancy bleeding. Emerg Med Australas 2009; 21:440.
5. van Mello NM, Mol F, Ankum WM, et al. Ectopic pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. Fertil Steril 2012; 98:1066.
6. De Sutter P, Bontinck J, Schutyse V, et al. First-trimester bleeding and pregnancy outcome in singletons after assisted reproduction. Hum Reprod 2006; 21:1907
7. Speert H, Guttmacher Af. Frequency and significance of bleeding in early pregnancy. J Am Med Assoc 1954; 155:712.
8. Harville EW, Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Vaginal bleeding in very early pregnancy. Hum Reprod 2003; 18:1944.
9. Williams MA, Mittendorf R, Lieberman E, Monson RR. Adverse infant outcomes associated with first-trimester vaginal bleeding. Obstet Gynecol 1991; 78:14.
10. Berkowitz GS, Harlap S, Beck GJ, et al. Early gestational bleeding and pregnancy outcome: a multivariable analysis. Int J Epidemiol 1983; 12:165.
11. Ananth CV, Savitz DA. Vaginal bleeding and adverse reproductive outcomes: a meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol 1994; 8:62.
12. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, et al. Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:745.
13. Yang J, Hartmann KE, Savitz DA, et al. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. Am J Epidemiol 2004; 160:118.
14. Chung TK, Sahota DS, Lau TK, et al. Threatened abortion: prediction of viability based on signs and symptoms. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999; 39:443.
15. Gracia CR, Sammel MD, Chittams J, et al. Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. Obstet Gynecol 2005; 106:993.
16. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter casecontrol study. Am J Obstet Gynecol 1990; 163:130.
17. Hasan R, Baird DD, Herring AH, et al. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. Obstet Gynecol 2009; 114:860.
18. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidgaard O, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later

- in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115:935
19. Velez Edwards DR, Baird DD, Hasan R, et al. First-trimester bleeding characteristics associate with increased risk of preterm birth: data from a prospective pregnancy cohort. *Hum Reprod* 2012; 27:54.
 20. McPherson JA, Odibo AO, Shanks AL, et al. Adverse outcomes in twin pregnancies complicated by early vaginal bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208:56.e1.
 21. Bever AM, Pugh SJ, Kim S, et al. Fetal Growth Patterns in Pregnancies With First-Trimester Bleeding. *Obstet Gynecol* 2018; 131:1021.
 22. Leentveld RA, Gilberts EC, Arnold MJ, Wladimiroff JW. Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization. *Obstet Gynecol*. 1990 Nov. 76(5 Pt 1):759-62.
 23. Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Medearis AL. Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta previa?. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1992 Jul 1. 2(4):256-60.
 24. Creasy RK, Resnik R, J, Lockwood C, Moore T, Greene M. Placenta previa, placenta akreta, abruptio placentae ve vasa previa. *Creasy ve Resnik'in Anne-Fetal Tip: Prensipleri ve Uygulaması* . 7. baskı Saunders: Philadelphia, PA; 2014. 732-742.
 25. Gümüş, R. Anormal yerleşim: Placenta previa, vasa previa ve placenta akretası. *Obstet Gynecol* . 2015. 126: 654-68.
 26. Smith, Zachary L.; Sehgal, Shailen S.; Arsdalen, Keith N. Van; Goldstein, Irwin S. (2014). "Placenta Percreta With Invasion into the Urinary Bladder". *Urology Case Reports*. 2 (1): 31-32.
 27. Johnston, T A; Paterson-Brown, S (January 2011). Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27. Royal College of Obstetricians and Gynecologists.
 28. Oyelese, Yinka; Smulian, John C. (2006). "Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa". *Obstetrics & Gynecology*. 107 (4): 927-41.
 29. Turrentine, John E. (2008). *Clinical protocols in obstetrics and gynecology* (3rd ed.). London: Informa Healthcare. p. 286.
 30. Steven G. Gabbe; Jennifer R. Niebyl; Joe Leigh Simpson, eds. (2002). *Obstetrics: normal and problem pregnancies* (4. ed.). New York, NY [u.a.]: Churchill Livingstone. p. 519.
 31. Committee On Obstetric Practice (2002). "Placenta accreta Number 266, January 2002 Committee on Obstetric Practice". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 77 (1): 77-8.
 32. Bektaş, O. The Relationship Between Diagnosis and Severity of Preeclampsia Disease with Angiogenetic Factors; Soluble Fms-Like Tyrosine Kinase 1 (sFlt-1), Soluble Endoglin (sEng), Placental Growth Factor (PGF), Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR). Master's Thesis, Mersin University, 2019.
 33. Bektaş O, Bektaş K, Taşın C. Sistemik İnflamatuar İndekslerinin Preeklampsiyi ve Ciddiyetini Öngörmeye Yeri. *Perinatoloji Dergisi* 2019;27(0).
 34. Lopriore E, Sueters M, Middeldorp JM, Oepkes D, Walther FJ, Vandenbussche FP. Velamentous cord insertion and unequal placental territories in monochorionic twins with and without twin-to-twin-transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Feb. 196(2):159.e1-5.
 35. Hasegawa J, Matsuoka R, Ichizuka K, Sekizawa A, Okai T. Velamentous cord insertion: significance of prenatal detection to predict perinatal complications. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2006 Mar. 45(1):21-5.
 36. Sepulveda W. Velamentous insertion of the umbilical cord: a first-trimester sonographic screening study. *J Ultrasound Med*. 2006 Aug. 25(8):963-8; quiz 970.
 37. Feldman DM, Borgida AF, Trymbulak WP, Barsoom MJ, Sanders MM, Rodis JE. Clinical implications of velamentous cord insertion in triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Apr. 186(4):809-11.
 38. Heinonen S, Ryyanen M, Kirkinen P, Saarikoski S. Perinatal diagnostic evaluation of velamentous umbilical cord insertion: clinical, Doppler, and ultrasonic findings. *Obstet Gynecol*. 1996 Jan. 87(1):112-7.
 39. Nasiell J, Papadogiannakis N, Lof E, Elofsson F, Hallberg B. Hypoxic ischemic encephalopathy in newborns linked to placental and umbilical cord abnormalities. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015 Jul 26. 1-6.
 40. Hasegawa J, Nakamura M, Ichizuka K, Matsuoka R, Sekizawa A, Okai T. Vasa previa is not infrequent. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012 Dec. 25(12):2795-6.
 41. Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: prenatal diagnosis, natural evolution, and clinical outcome. *Obstet Gynecol*. 2000 Apr. 95(4):572-6.
 42. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org., Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jan. 218 (1):B2-B8
 43. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee., Sinkey RG, Odibo AO, Dashe JS. #37: Diagnosis and management of vasa previa. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Nov. 213 (5):615-9.
 44. Towers CV, Burkhart AE. Pregnancy outcome after a primary antenatal hemorrhage between 16 and 24 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:684.e1.
 45. Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, et al. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60:741.
 46. Bhandari S, Raja EA, Shetty A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal consequences of antepartum haemorrhage of unknown origin. *BJOG* 2014; 121:44.
 47. Steigrad SJ, Cheung AP, Osborn RA. Choriocarcinoma co-existent with an intact pregnancy: case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res* 1999; 25:197.
 48. Jorgensen K, Roychowdhury M, da Cunha G, et al. Stage IV Gestational Choriocarcinoma Diagnosed in the Third Trimester. *Obstet Gynecol* 2019; 133:163.