

## Bölüm 7

# ERKEN ve GEÇ DÖNEMDE OLAN POSTPARTUM KANAMALAR, SHEEN SENDROMU, BİSHOPS SKORLAMASI

Özlem KOÇ<sup>1</sup>  
Habibe POLAT<sup>2</sup>

### POSTPARTUM KANAMA

Hemoraji doum sonu ilk 24 saat içerisinde kanama miktarının 500 ml den fazla olması olarak tanımlanır. Bu süreçteki kanamalar primer ve akut olarak nitelenir. Sekonder ve geç postpartum kanamalar ise ilk 24 saatten sonra görülen kanamalardır. Maternal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden olan postpartum hemoraji erken tanı ve tedavi ile önlenebilir (1).

Annenin ölümüne en çok sebep olan postpartum kanamalar dekolman plasenta, plasenta previa, doğum sonu atoni kanaması ve ektopik gebeliklerin rüptüre olmasıyla gelişen kanamalardır (2). Daha nadir olarak ise uterusun rüptürü, plasentanın yapışma anomalileri, servikal ve vajinal yırtıklardır. Yetersiz sütür atılması, sütürlerde açılma, enfeksiyonel durumlar uterin damarlar aracılığıyla postoperatif kanamaya sebep olabilir (3). Postpartum kanamalara müdahalede önemli olan spesifik etiyojinin araştırılması ve tedaviye hemen başlanmasıdır.

Erken süreçteki postpartum kanamaların en sık görülen sebebi atoni ve doğum kanalında ortaya çıkan laserasyonlardır. Geç postpartum kanamalarda ise majör neden plasenta parça retansiyonu ve uterusu subinvolüsyondur (4).

### POSTPARTUM KANAMA NEDENLERİ:

- 1) Uterusta atoni ve hipotoni
- 2) Doğum kanalı yaralanmaları
- 3) Plasentanın ayrılma ve atılma problemleri
- 4) Uterusun rüptüre olması
- 5) İnversiyon uteri

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Fırat Üniversitesi, ozlem.koc@outlook.com, 0000-0002-6751-1206

<sup>2</sup> Uzm. Ebe, Elazığ KETEM, habibepolat23@gmail.com, 0000-0001-7012-1172

- 6) Pelviste hematomlar
- 7) Koagülasyon anomalileri

## UTERUS ATONİSİ

Doğum sonu süreçte uterusun yeteri kadar kontrakte olamamasına bağlı olarak gelişir. Ani gelişen ciddi kanamalara yol açabilir. Doğuma bağlı anne ölümlerinin en sık görülen nedenidir (5). Yapılan bir çalışmada en sık görülen acil peripartum histerektomi endikasyonunun uterus atoni kanaması olduğu bildirilmiştir (6). Doğum sonu kanamaların %75-90'ından uterus atonisi sorumludur (4). Yapılan başka bir çalışmada histerektomi vakalarının %51,92'sinin sezaryen sonrası yapıldığı ve acil histerektomi endikasyonlarının başında uterus atoni kanaması (%55,76) geldiği saptanmıştır (7). Geriye kalan vakaların çoğu doğum travması ve plasenta parça retansiyonudur.

## DOĞUM YOLU YARALANMALARI

Postpartum kanamanın en sık nedenleri servikal, vajinal ve perineal laserasyonlara bağlı olarak gelişir. Bu kanamalar bazen şiddetli olabilir. Servikal yaralanmalar; serviksin manuel olarak dilate edilmesi, partus presipitus "hızlı doğum" ve müdahaleli doğumlar sonucunda gelişir. Perineal dokudaki yaralanmalar ise genelde yetersiz epizyotomi insizyonu veya epizyotominin uzaması sonucunda meydana gelir. Vajina ve perine laserasyonları dört derece olarak sınıflandırılır. Perineal cildi ve vajinal mukozal membranları içeren laserasyonlar birinci derecedir. Cilde ve müköz membranlara ek olarak perineal gövdenin kas ve fasyasında laserasyon var ise ikinci derece, bunlara anal sfinkter eklenirse üçüncü derece laserasyonları gösterir. Eğer rektumun lümeni de dahil rektal mukozaya kadar ulaşan bir laserasyon varsa dördüncü derece olarak sınıflanır (8). Perineal yırtıklar da tamir edilirken epizyotomi kesilerinde olduğu gibi işlem yapılır. Uterus kasılmış ve normal pozisyonda iken kanama devam ediyorsa doğum kanalı yaralanmaları ve plasenta parçala retansiyonu olabileceği düşünülmelidir.

**Epizyotomi:** Epizyotomi tamiri yapıldıktan sonra dokularda açılma ve ayrılma meydana gelmesi de normal doğum sonu dönemde oluşabilecek komplikasyonlardandır. Epizyotominin doğru zamanda yapılması çok önemlidir. Eğer erken yapılırsa, doğum başlayana kadar insizyondan fazla kanama meydana gelebilir. Geç yapıldığı takdirde bu kez laserasyonların önlenmesi neredeyse imkansız hale gelir.

Epizyotomi komplikasyonları: (9)

- ✓ Enfeksiyon, sellülit, abse oluşumu, hematom
- ✓ Perine laserasyonları

- ✓ Rektal inkontinans
- ✓ Pudental sinir hasarı
- ✓ Rektovajinal fistül

## **PLASENTA AYRILMA VE ATILMA BOZUKLUKLARI**

Bu tür kanamalarda plasenta parçaları uterusun içinde kaldığı için genelde daha geç süreçte kanama ortaya çıkar. Doğumdan hemen sonra kanamanın görülmesi nadir de olsa mümkündür. Plasenta doğduktan hemen sonra ayrıntılı bir şekilde incelenmeli, eğer eksik bir plasenta parçası tespit edilirse uterus kavitesi acil olarak kontrol edilmelidir.

## **PLASENTA AKRETA, İNKRETA, PANKRETA**

Doğumların büyük bir kısmında plasenta, bebeğin doğumunu takiben dakikalar içinde kendiliğinden ayrılır. Nadir olarak da desidua spongiozanın yetersizliği nedeniyle sıkı şekilde yapışmış olan plasenta daha zor çıkarılır hatta bazen çıkarılması mümkün olmaz. Plasentayı çıkarabilmek için yapılan müdahalede birkaç kotiledon çıkarılabilir de büyük parçaların genelde içeride kalması nedeniyle kanama şiddetli bir hal alır. Bu durum plasenta akreta olarak adlandırılır. Gerçek insidansı bilinmemektedir. Ortalama 1/2500-1/7000 doğumda görüldüğü bildirilmekte ise de günümüzde görülme sıklığının artmakta olduğu bildirilmektedir, Desidua gelişiminin defektli olduğu koşullarda “Geçirilmiş sezaryen, miyomektomi, uterin küretaj” sıklığı da artmaktadır. Bu hastaların çoğunda en iyi tedavi histerektomidir (10).

Plasenta akreta, plasental implantasyonunda plasentanın anormal invazyon gösterdiğini anlatan bir kavramdır. Desidua basalisin bir bölümünün yada tümünün yetersiz gelişimi sonucu, fibrinoid tabakasının gelişiminin yetersiz olması sonucu ortaya çıkar. Plasenta villusları myometriuma sıkıca yapışırsa plasenta akreta, invazyon görülürse plasenta inkreta, penetrasyon oluşumu ise plasenta perkreta olarak adlandırılır. Kotiledonların tümü anormal yapışma gösterirse total, birkaç kotiledon yapışırsa parsiyal, tek bir kotiledon yapışma gösterirse fokal plasenta akreta adı verilmektedir (10).

## **TANI VE TEDAVİ**

Antepartum kanama sıklıdır. Plaenta previa ile birlikte görülebilir. Daha önceki sezaryen sıklı üzerinde plasenta vuruşlarının myometrial invazyonu, doğumdan önce veya doğum esnasında uterus rüptürüne neden olabilir. Plasentanın çıkarıl-

ması sırasında karşılaşılabilecek olan problemler; plasentanın yerleşim yerine, myometrial penetrasyonun derinliğine ve kotiledonların sayısına göre değişir (10).

Yaygın biçimde penetre olan bir plasanta çıkarılırken şiddetli kanama meydana gelirse en doğru tedavi şekli kan transfüzyonunu sonrası histerektomi yapılmasıdır. Plasentanın çıkarılması esnasında kordun çekilmesi ile uterin inversiyon gelişebilir. Derin invazyon gösteren plasanta uterusdan ayrılmayacağı için yine en uygun tedavi histerektomidir (10).

Plasenta inkretanın antepartum döneminde ultrason ile tanınabileceği ileri sürülmüştür. Normal olarak desidua basalis ve altındaki myometrial dokuyu tanımlayan “subplasental sonolusent alan” yokluğu durumunda plasenta inkreta tanısı konması gerektiği ileri sürülmüştür (10).

## **UTERUS RÜPTÜRÜ**

Uterus duvarının fetusun doğumundan önce ya da doğum esnasında anneyi ve/veya fetusu hayati olarak tehlikeye sokacak derecede ayrılması uterin rüptür olarak ifade edilir. Tam ya da kısmi rüptür görülebilir. Yeterli kontraksiyonlara rağmen dilatasyonun gerçekleşmemesi, önceki doğumun sezaryen olması, uterusun direkt travmaya maruz kalması, doğum eylemi sırasında fundal basınç uygulanması, forseps ve vakum gibi müdahale gerektiren doğumlar, baş pelvis uyumsuzluğuna rağmen normal doğumda ısrarcı olunması uterin rüptürün nedenleri arasında sayılabilir. Uterusun rüptüre olmasının en öncelikli nedenleri arasında geçirilmiş sezaryene bağlı oluşan mevcut uterus skarları yer almaktadır (11). Amerika’da anne ölümlerinin %5’i uterusun rüptüre olmasından kaynaklanır. Uterus rüptürü travaydan önce, travay anında veya doğum esnasında gerçekleşebilir (3). Bu durum anne ve bebek hayatını tehdit eden ciddi bir durumdur, acil sezaryen gerektirir; erken teşhis ve acil müdahale prognozun iyi olması için gereklidir. Rüptüre olan kısmın tamiri ya da histerektomi yapılır.

## **ETİYOLOJİ**

Uterin rüptürün klasik klinik prezantasyonu zamanla değişmiştir. Eskiden en sık eşlik eden nedenler; grandmultiparite, uzamış travaya bağlı obstetrik travma, fetal makrozomi, malprezantasyon, internal pedolik version, makadi geliş, elle servikal dilatasyon ve aletli vaginal doğumlar iken, günümüzde; fetal makrosomi ve malprezantasyonlar ultrason ile tespit edilmekte, uzamış zor vajinal doğumların yerine sezaryen yapılmaktadır. Sonuç olarak obstetrik travma daha az olmakta, skarriks olmayan uteruslarda rüptür, daha az olarak görülmektedir (10).

Uterusta yapılan, cerrahi işlemler veya manipulasyonlar uterin rüptürlerin en sık nedenidir. Sezaryen, myomektomi, perforasyon, koruual rezeksiyon, histeroskopik işlemler, laparoskopik trokar zedelenmeleri ve uterusu penetre abdominal yaralanmalar uterin rüptüre neden olarak bildirilmiş etkenlerdir (10).

Daha önceki sezaryen, uterus rüprürü için en sık görülen risk faktörüdür ve sıklıkla travay başlamadan gelişmektedir. Rüptür, terme haftalar kala olabilmekte ve bu vakalar önlenememektedir. Uterusun kontrakte olmayan kısımlarına yapılan insizyonlar, travay öncesinde nadiren rüprüre olmaktadır. Bazı obstetrisyenler, epidural anestezinin uterin rüptür ağrısını baskılayabileceği için eski sezaryenlilerde kullanılmamasını önermektedir. Ancak anestezi almayan, hastalarda bile klasik yırtılma ağrısı pek görülmemektedir. Epidural anestezinin, hemorajiye karşı gelişen maternal sempatik aktiviteyi bloke etmesi açıkça gösterilmiş olmasa da, dikkat edilmesi gereken bir husustur. Daha önce myomektomi geçirmiş kadınlarda uterus rüprürü açısından tehlike grubu içindedirler. Eğer operasyonda endometrial kavite açılmış ise, bu hastalara travay tavsiye edilmemektedir. Ama endometrial kaviteye girilmemiş birçok vakada da uterus rüprürü bildirilmiştir (10).

Uterus rüprürü laparoskopik myomektomi takibinde oluşmaktadır. Myomektomi sonrası uterus rüprürü nadirdir. Yaklaşık 40 gebelikte birdir. Uterin seprus rezeksiyonu, myomektomi veya sineşilerin lizisi gibi histeroskopik yöntemler de uterus rüptürüne neden olabilmektedir. İn vitro fertilizasyon ve embryo transferi (İVF-ET) yapılacak hastalar uterin rüptür için yüksek riskli grubu teşkil edebilirler. Çünkü bu hastalarda sıklıkla uterin manipulasyon yapılmaktadır. İVF-ET1 yapılmış hastaların, özellikle gestasyonel sac ve plasenta yerleşimi açısından sıkı olarak takip edilmesi gerekliliği belirtilmektedir. Ayrıca, cerrahi sırasında kullanılan birçok alet myometriumu zedeleyebilir. Hemostazı sağlamak için kullanılan elektrokoter doku nekrozuna neden olabilir. Elektrokoter ve laser cerrahisi keskin diseksiyondan daha fazla myometrial zedelenme yapabilir (10).

Daha önceden skatrize olmamış, manüplasyon yapılmamış uteruslarda, travay başlamadan önce nadiren rüptür görülür. Bu iyatrojeniktir. Skatrize olmamış uterus rüptürü; forseps ve vakumlu operatif doğumlarda ve makad ekstraksiyonu ve versiyonu sırasında olabilir (10).

Eksternal sefalik versiyonda uterin duvara dıştan bası yapılması ve güçlü fundal veya suprapubik basılar rüptüre: neden olabilir. Aşırı fundal bası doğumu sağlamak için kesinlikle uygulanmamalıdır (10).

Çoğul gebelik, polihidroamnios yada zorlu intraamniotik tuzlu su infuzyonuna bağlı artan uterus içi basıncı rüptüre neden olabilir. Hidrosefali gibi fetal ano-

maliler de rüptür nedeni erindedir. Konjenital uterin anomalileri olan hastalar, düzeltilmiş olsada olmasada uterus rüptürü için risklidir. Rudimenter horndaki gebelikler 1. veya 2. trimestirde rüptüre neden olabilir. Transvers situs, travaydaki hastada uterus rüptürüne neden olabilir, anne ve fetus ölebilir. Pelvik muayene ile birlikte, inspeksiyon ve palpasyon, transvers situs tanısını koydurur. Grandmulti-parite birçok postpartum risklere neden olur. Yedi veya daha fazla gebelik uterus rüptür riskini 20 kat artırır. Bu hastalarda uterin stimülasyon yapılmamalı, yapılsa da düşük dozlarla ve dikkatle yapılmalıdır (10).

Gebelerde kunt travma, eğer etkenin direkt etkisi yoksa nadiren uterus rüptürüne neden olur. Travmatik olaylar, uterus rüptürünün yaklaşık %0.6 sini teşkil eder. Travmatik uterin rüptürde fetal mortalite %100 olmasına rağmen, maternal mortalite genellikle %10'dan azdır ve diğer yaralanmalara bağlıdır (10).

## **UTERİN STİMULASYON**

Oksitosin hipertonic uterus kontrak-siy onlarını arttırıp, uterus rüptürüne neden olabilir. Oksitosin, sürekli monitorizasyon altında kullanılmalı ve düzenli kontraksiyonlara rağmen ilerleme kaydedilmez ise sezaryen düşünölmelidir. Sefalo-pelvik uygunsuzlukta, uzamış travay da, umblikus ile simfisis pubis arasında retraksiyon halkası palpe edilebilir. Bu durumda, uterus rüptürünü önlemek için acilen sezaryen yapılmalıdır (10)

Prostaglandinlerin kullanımı da uterus rüptürü ile sonuçlanabilir. Literatürde Oksitosin ile misoprostolun karşılaştırıldığı bir çalışmada, misoprostol kullanan 17 kadından 2 tanesinde uterus rüptürü gelişmesi üzerine çalışmanın sonlandırıldığı bildirilmiştir.; İkinci trimestir gebelik terminasyonunda; rüptür insidansı eski sezaryenlilerde (%3-8), olmayanlara göre (%0-2) daha yüksek olarak saptanmıştır. Artmış sezaryen oranı anne ve bebeğe ait çeşitli nedenlere bağlı olarak, ikinci trimestirdeki gebelik soılan-dırılmaları rüptürleri daha da arttırmıştır (10).

## **TANI**

Daha önce sezaryen olmuş hastalarda, travayda olası bir rüptür riskinin değerlendirilmesinde ultrason bazen yardımcı olabilir. Gerçek anlamda 37. gebelik hafta civarında alt segmentin incelme oram ile skardaki defekt gelişme oranı paraleldir, alt segmentin kalınlığı doğum hekimine bir fikir verebilir.

Uterus rüptür semptom ve belirtileri çok gizli olabilir, bu durumlarda tam ancak rüptürü düşündüğümüz zaman konulabilir. Travay sırasındaki uterus rüptürü, hastalar tarafından klasik yırtılma hissi şeklinde belirtilir. Eğer bu hastalarda uterin kontraksiyon durursa, yeni başlayan vajinal kanama olur ve fetal bradikardi gelişirse tanı koymak kolay olur. Ancak bu klasik tablo nadirdir.

Yüksek riskli hastalarda, intrauterin basınç ölçümü yapan kataterlerin. konması ve basıncın düşmesiyle uterus rüptür tanısını koymak tavsiye edilen yöntemlerden biridir. İntrauterin basıncın rüptür sırasında artabilmesi, azalabilmesi ya da değişmemesi tanıdaki kullanımının sınırlı olmasına neden olmaktadır.

Prezente olan kısmın batın palpasyonun da kaybolması uterus rüptürünü teşhis etmede yararlı olabilir. Diğer fetal kısımlar rüptüre olan kısımdan çıkarsa, prezante olan kısım daha yukarıya kayabilir. Bu durumda, fetal kısımlar rüptüre olan kısmın dışın da(uterus dışında) abdomende palpe edilir. Eğer tanıdan şüphe duyuluyorsa ultrason yardımcı olabilir.

Terminde bir gebede artan kan volumü ve kalp atımı nedeniyle yaygın kanamaya bağlı gelişen vital bulgular geç belirtilerdir. Uterus rüptürü olan birçok olguda normal hatta artmış kan basıncı değerleriyle, taşikardinin olmadığı saptanmıştır (10).

Uterus rüptüründe en belirgin bulgu fetal distressdir. Hekim, rüptür olabilecek risk gruplarının farkında olmalı,ve şüphe duyulduğu zaman erken tanı koyabilmelidir.

## **TEDAVİ**

Hem anne, hem fetus için mortalite oranı yüksektir. Erken teşhis ve acil müdahale prognozun iyi olması için gereklidir. Obstetrik ekip acil müdahaleye hazır olmalıdır. Damar yolu açılmalı ve kristaloid infuzyonu başlatılmalıdır. Uygun tam kan, anestezi, cerrahi ve neonatal ekipler acil müdahale için hazır olmalıdır. Cerrahi geciktirilmemelidir. Kanama durdurulamaz ise şok irreverzibldir. Batına girilince kanamayı azaltmak için aorta bası uygulanabilir.

Uterin kontraksiyonu sağlamak ve kanamayı azaltmak için oksitosin infuzyonu başlatılmalıdır. Daha sonra uterin arter veya ovarian yada hipogastrik arteri bağlayarak hemostaz sağlanabilir. Bunlar kanamayı azaltarak, rüptür bölgesinin daha güvenli görülmesini ve alanın daha rahat tamir edilmesini sağlar. Hem ovarian hemde uterin arterin bağlanması fertilitiyi etkilemediği için uygulamadan kaçınılması gereken yöntemlerdir.

Bu aşamada karar verilmesi gereken durum, rüptüre olan kısmın tamiri mi; yoksa histerektomi mi; yapılması gerektiğidir. Verilecek kararda, cerrahın tecrübesi, yeteneği, vede hastanın gelecekte çocuk arzusu dikkate alınmalıdır. Seçilmiş vakalarda, rüptür alanı tedavi edilebilir.

Rüptür uterus korpusunda olduğu zaman, kanama kolayca kontrol edilebilir. Rüptür alt segmentte ise, mesane dikkatlice incelenmelidir Lateralde olan rüptürlerde uterin damarlar pelvik yan duvara çekilebileceği için dikkatlice tutulup,

hemostaz sağlanmalı, üreterlerin zedelenmemesine dikkat edilmelidir. Özellikle, lateral pozisyonda olan uzunlamasına yırtıklarda histerektomi yapılmalıdır.

Histerektomi yapılmayan ve çocuk isteği olmayan hastalarda bilateral tuba ligasyonu yapılmalıdır. Tamir yapılan hastalar diğer gebeliklerinde de olası bir rüptür tehlikesi için dikkatli olmalıdırlar. Rüptürün tekrarlama olasılığı, rüptür yeri ile ve myometrial zedelenmenin derecesi ile ilgilidir.

Servikal, vaginal ve perineal yaralanmalar; postpartum kanamanın en sık nedenleridir. Şiddetli kanamlara yol açabilen bu yaralanmalar, serviksin manuel olarak dilate edilmesi, partus presipitus, vakum ve forseps yardımlı doğumlar sonucunda meydana gelebilir. Vagina üst bölümünde meydana gelen yaralanmalara ise çoğunlukla aletli (forseps, vakum) doğumlarda rastlanmaktadır.

Perineal yaralanmalar yetersiz epizyotomi veya insizyonun uzaması sonucu görülür. Kontrakte uterus ve normal pozisyonda bir uterusu rağmen kanama devam ediyorsa doğum kanalı laserasyonu ve plasenta parça retansiyonu veya ikisinin birlikte olma ihtimali akla gelmelidir.

## **UTERİN İNVERSİYON**

Uterusun doğumdan sonra tersine dönerek bir eldiven parmağı şeklinde dışarı doğru çıkması inversiyondur. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Kısmi ya da tam şekilde oluşabilir. Fark edilirse acilen eski haline döndürmeye çalışılmalıdır. Nadir görülen ciddi bir komplikasyondur. Görülme sıklığı 1/10.000 dir. Hemorajik şok inversiyona bağlı olarak gelişebilir. Bu durum aiclen tedavi edilmelidir. Manuel düzeltme yapılamadığı takdirde cerrahi müdahale gerekebilir.

## **ETİYOLOJİ**

Uterus fundusuna sıkıca yapışmış olan plasentanın çıkarılması esnasında kordon umblikalin kuvvetlice çekilmesi uterus iç kısmının tamamıyla dışarıya dönmesine neden olabilir. Plasenta Nitabuch's tabakasından tam' olarak ayrılmamış yada plasenta akreta'da olduğu gibi myometriuma sıkıca yapışmış ise kordon umblikalin çekilmesi, uterin inversiyona yol açar. Uterus atonisi ve bilinçsiz yapılan crede manevrası inversiyonun gelişmesini kolaylaştırabilir.

## **TANI**

Komplet inversiyon kolaylıkla tanınırken, inkomplet inversiyonu tanımak zor olabilir. İnkomplet inversiyonda abdominal yoldan uterusun muayenesinde uterus fundusunda defekt yada içeriye doğru bir çöküntü! hissedilir. Transvaginal olarak serviksten muayenede de tesbit edilebilir.



## TEDAVİ

Uterin İnversiyon, şiddetli kanamaya bağlı olarak fatal olabileceği için, hemen düzeltilmelidir. Uterus İnversiyon şeklinde ne kadar uzun kalırsa, serviksdeki konstriksiyon halkasına ve uterusdaki ödeme bağlı olarak, normal pozisyonuna döndürülmesi o kadar zor olur. Komplet inversiyonun tedavisi saniyeler içinde başlatılmalıdır. Doğum hekimi manevraya başlarken anestezi de uterusu gevşetecek farmakolojik ajanları uygulamaya başlamalıdır. Uterus yumruk yapılmış bir elle vagen aksi istikamette servikse ve pelvise doğru geriye redükte edilmelidir. Diğer bir yöntemde uterusu altından ve üstünden her iki elin avuç içiyle sıkıştırarak servikse doğru itmektir.

Plasentanın ayrılmadığı vakalarda uterus olası bir plasenta perkreta açısından incelenmeli ve damar yolu açılarak, anestezi altında uterus gevşetilmelidir. Tüm şartlar sağlandıktan sonra plasenta, uterus redükte edilmeden ya da edildikten sonra çıkarılır. Komplet Plasenta akreta olgularında abdominal cerrahi gerekebilir.

Anestezi ve teknik ekip ile uygun iletişim çok büyük öneme sahiptir. Uterus yerine yerleştirilmeden önce oksitosin verilmemelidir. Uterus yerleştirildikten sonra oksitosin verilir ve diğer relaksanlar kesilir. Uterus kontraksiyona başlayana kadar doğum hekiminin eli içerde kalmalıdır, çünkü tekrar inversiyon gelişebilir.

Parsyal inversiyonu düzeltmek için hidrostatik metotlarda kullanılabilir. Vajinaya sızıntıya neden olmayacak şekilde bir kupa konulup üzerine serum fizyolojik infüzyonu ile uterus içi basıncı artırılarak uterusun normal pozisyona dönmesi sağlanır. Bu manevranın avantajı bazen manual yöntemle ortaya çıkan vasovagal senkop oluşmasına neden olma maşıdır (10).

Uterusun manuel olarak yerleştirilemediği ender vakalarda, cerrahi gerekebilir. Laparatomiyi takiben fundus aşağıdan ittirelerek, ve uterus myometriyumuna yukardan sürür konularak çekilir. Plasentanın ayrılmasını eğer Pl. akreta önlüyorsa o zaman uterus plasenta ile yukarı çekilir ve histerektomi uygulanır.

## PELVİK HEMATOMLAR

Pelvik hematoma, üzerini örten dokuda herhangi bir yaralanma olmadan kan damarlarının rüptüre olması ya da yaralanması sonucu ortaya çıkar. Prezente olan kısmın basısı, forseps, vakum uygulanması veya paraservikal, pudental anestezi sonrası görülebilir. En sık görülen risk faktörü epizyotomidir. Görülme prevalansı 1/1000 doğumdur. Subperitoneal ve supravajinal hematomların tedavi edilmesi çok zordur. Perineal insizyon vasıtasıyla bu alanlara ulaşmak zor olduğu için laparotomi gerekir (1).

Pelvik hematomlar pelvisin herhangi bir planında gelişebilir. Pelvik diafram ve kardinal ligament ile ilişkisine bağlı olarak vulvar, vaginal ve retroperitoneal olarak sınıflandırılır. Postpartum dönemde olağan dışı pelvik veya perineal bir ağrı pelvik hematom düşün-dürmelidir. Dikkatli bir abdominal, rektal ve vaginal muayene tanı için gereklidir.. Küçük vulvar hematomlar bir süre izlenebilir. Ancak büyük hematomlarda, derhal hematom boşaltılmalı, kanayan damarlar görülürse bağlanmalıdır. Kavite matriks sürürlerle doldurul-malıdır.Genital kanaldaki hematomlarda kan kaybı, tahmin edilenden çok daha fazladır. Hipovolemi ve şiddetli anemi kan transfüzyonu ile önlenmelidir. Subperitoneal ve supravaginal hematomları tedavi etmek oldukça güçtür. Perineal insizyon ile bunlara ulaşılamayacağından laparotomi gerekir. Bazı olgularda bir yada her iki internal iliak arterin anjiyografik embo-lizasyonunun başarılı olduğu bildirilmiştir.

## **KOAGÜLASYON SİSTEMİNDEKİ ANORMALLİKLER**

Kan koagülasyon sistemi postpartum hemostazın ikinci büyük mekanizması olarak görev yapar. Bu sistem doğum yolunda spontan ya da cerrahi bir travma sonucu meydana gelen kanamanın kontrole alınmasını sağlar. Eğer koagülasyon sistemi normal ise; serviks, vajina ve perinedeki küçük laserasyonlar ve mukozadaki sınırlı yaralanmalarda, doğum sonu süreçte ciddi kanama meydana gelmez. Fakat koagülapati mevcutsa yaralanma çok küçük olsa bile kanama çok şiddetli olur (7).

Devamlı ancak aşırı olmayan ya da aniden başlayan bir kanama acil bir durum olduğunu gösterir ve vakit kaybetmeden ivedilikle tedavi edilmesi gerekmektedir (12).

## **GENEL TEDAVİ**

- Acil yardım önemli, hızlı bir şekilde mevcut personel çağırılmalıdır.
- Kardinal bulgular (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) kontrol edilmeli ve kadının durumunu hızlı şekilde değerlendirilmelidir.
- Şok tablosundan şüphelenilirse hemen tedavisine başlanmalı. Şok bulguları yoksa bile, kadının durumu birdenbire kötüye gidebileceği için daima şok ihtimali akılda tutulmalı. Şok gelişecek olursa tedaviye hızlı bir şekilde başlanması önem arz etmektedir.
- Uterus içinde biriken kanın ve pıhtının atılımını kolaylaştırmak için uterus masajı uygulanmalıdır. Aksi takdirde uterus içerisinde biriken kan ve pıhtı uterus kontraksiyonlarının etkinliğini azaltacaktır.
- İntramüsküler olarak 10 ünite oksitosin verilmelidir.
- İntravenöz mayi infüzyonuna başlanmalıdır.

- Mesaneye sonda yerleştirilmelidir.
- Plasentanın tam olarak atılıp atılmadığı kontrol edilmelidir.
- Serviks, vajen ve perine herhangi bir yaralanma riskine karşı muayene edilmelidir.
- Kanama kontrol altına alındıktan sonra (kanama durduktan 24 saat sonra), kansızlık düzeyini kontrol edebilmek adına hemoglobin veya hematokrit bakılmalıdır (12).

### **GEÇ (İKİNCİL) DOĞUM SONU KANAMA**

- Kansızlık ileri boyutta ise (hemoglobin 7 g/dl altında veya hematokrit %20'nin altında) ya kan vermeli ya da ağız yolu ile demir ve folik asit başlanmalıdır.
- Ateş, kötü kokulu vajinal akıntı gibi enfeksiyon bulguları varsa metritis için antibiyotik verilmelidir.
- Oksitosin içeren ilaç verilmelidir.
- Serviks açık ise büyük pıhtıları ve plasenta parçalarını alabilmek için elle kontrol edilmelidir.
- Serviks açık değil ise plasenta parçalarını alabilmek için uterus tahliye edilmelidir.
- Nadiren kanama devam ederse uterin ve utero-ovarian arter bağlanması ya da histerektomi düşülmelidir.
- Trofoblastik hastalığı dışlamak için mümkün ise küretaj veya histerektomi materyalinin histolojik muayenesini yapar (12).

### **SHEEHAN SENDROMU- POSTPARTUM (DOĞUM SONRASI) HİPOPİTÜİTARİZM**

Sheehan, kendi ismini taşıyan sendromu 1938–1968 arasındaki yayınlarında tanımlamıştır. Doğum sonu dönemde hipofiz bezi ön lobunun nekrozuna bağlı olarak meydana gelen sendromun doğal gidişatı, klinik ve patolojik bulguları bu eserlerde tarif etmiştir. Hastalığın kesin patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Doğum eyleminde ciddi kanama yaşayan çoğu kadın, ön hipofiz bezinin tahribinden korunmaktadır (13-22).

Farklı deyişlerle postpartum hipopituitarizm, postpartum pitüiter yetmezlik de denilen sheehan sendromu doğum sonu aşırı kanama sebebiyle meydana gelen ve nadir görülen bir tablodur. Doğum sonu ortaya çıkan aşırı kanama beyinde bulunan pitüiter beze olan kan akımını azaltır ve hipofiz bezinde bir doku kaybı oluşur bu da bezin az çalışmasına sebep olur. Hipopituitarizm hipofiz bezinin az çalışmasıdır yani buradan salınan hormonların az salınmasıdır (23).

1950– 1960 yılları arasındaki 10 yılda Amerkian literatüründe sıklıkla olmasa bile Puerto Rico’lu sosyoekonomik durumu düşük kadınlar arasında hipopituitarizmin en sık nedenidir. Bu sürüçte Puerto Rico Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne bağlı hastanede de 100 olgu belirlenmiştir. Bunlardan 72 tanesi 1960–1970 yılları arası tanı almış ve klinik takibe alınmışlardır. Bu 72 olgudan yakın takipte olan 50 tanesinin klinik ve endokrinolojik değerlendirmeleri de yayınlanmıştır (24).

Hipofiz bezinden salgılanan birçok hormon vardır ve bunların farklı görevleri bulunmaktadır. Bu nedenle az salgılanmaları da bazı semptomların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bunlar:

- Doğumdan sonra memelerden süt gelmemesi
- Yorgunluk
- Pubik ve aksiller (koltuk altı) bölgedeli kılların dökülmesi
- Menstrual kanamaların başlamaması (amenore)

Tedavide, vücutta eksik olan hormonlar dışarıdan tkaviye olarak verilmelidir. Hipofiz bezi troid ve böbrek üstü bezlerini uyardığı için buradaki hormonların da eksikliği oluşabilir ve bu hormonlar da dışarıdan verilir (23).

## **BİSHOPS SKORLAMASI**

Doğumda uygulanacak indüksiyonun başarılı olması için serviks ve fetal baş ile ilgili bazı koşullar uygun olmalıdır. Bunun için farklı puanlama sistemleri ileri sürülmüştür. Bunlardan en sık kullanılanı bishop puanlama sistemidir.

Doğumun indüklenmesindeki başarı oranı serviksin olgunlaşma derecesi ile paralellik gösterir. Servikal yumuşama, silinme ve açılıma başarılı vaginal doğumun ön koşullarıdır. 1954 yılında Bishop ilk olarak başarılı doğum uyarılmasını tanımlamış, serviksin durumunu kesin kriterlerle ortaya koymuştur. Sonrasında servikte meydana gelen değişiklikleri anlatmak için 5 parametre kullanmıştır. Bu sistem günümüzde halen kullanılan “Bishop Skorlaması olarak bilinen ve daha sonra “serviks olgunlaşması” olarak modifiye edilen bir sistemdir.

<b>Bishops puanlama sistemi;</b>				
Etken	Puanlama			
	0	1	2	3
Açılma (cm) (ostium eksternum)	0	1-2	3-4	>4
Silinme (%) servikal kısmın	0-30	40-50	60-70	>80
Bebek kafasının durumu (cm) iskiial spina ile ilişkisi	-3	-2	-1/0	+1/+2
Serviksin kıvamı	SERT	ORTA	YUMUŞAK	

Garret, 1960 yılında serviksin durumunun doğumun uyarılmasında en önemli faktör olduğunu ifade etmiştir. Daha sonra Bishop  $\leq 3$  olduğunda doğumun uyarılmasının sezaryen oranlarını arttırdığını ve doğumda bebekte asfiksiye sebep olduğunu açıklamıştır. Bishop skoru  $\geq 9$  olduğunda doğum uyarılma başarısı % 100'dür, 6-8 arasında ise başarı % 40-50 olmaktadır. 6 ve daha düşük skorlarda ise başarısızlık oranı gittikçe artmaktadır. Servikal skorun 4 ve altındaki değerleri, uygun olmayan serviksi tanımlar.

Burnett, 1966 yılında puanları 0-2 arasında değiştirmeyi önermiş ve bu sistem Modifiye bishop skorlaması olarak isimlendirilmiştir.

<b>Burnett skorlama indeksi</b>			
Puan	0	1	2
Açılma	<1,5	1,5-3,0	>3,0
Silinme(servikal uzunluk cm)	Silinmemiş (>1,5)	Orta (1,5-0,5)	Silinmiş
Düzy	-2	-1	
Kıvam	SERT	ORTA	YUMUŞAK
Pozisyon	ARKADA	ORTADA	ÖNDE

Burnett, skor 9 yada üzerinde olduğunda, tüm gebelerin doğurduğunu, ortalama doğum süresinin 2 saat olduğunu bildirmiştir.

Friedman'a göre bishop skorunu oluşturan öğelerin hepsi aynı değerde değildir.

Açılma, silinme, düzey ve kıvama göre 2, pozisyona göre 4 kat daha önem arz etmektedir. Friedman skor 9'un üzerinde olduğunda başarısızlığa rastlamamış,

4'den az olduğunda ise %19 başarısızlık olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte indüksiyondan önceki servikal durumun latent fazın süresi ile yakından ilişkili olduğunu, aktif fazın süresinin ise doğum sayısından etkilendiğini göstermiştir (25).

## KAYNAKLAR

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*,2006; 1066-1074.
2. Fox H. Pathology of maternal death. In: Fox H, Welis M(eds). *Obstetrical and Gynecological Pathology*, London,1995; 1837-1851.
3. Özgüven FT. Sezaryen. In: Özgüven FT, Evrücke C (eds). *Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara: Medical Network; 2001;1322-1330.
4. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi, 16. Baskı, Ankara, 2020.
5. Mirak T, Özdemir A, Güler A, Atlı Ö, Taner C, Derin G. Hypogastric Artery Ligation for life threatening obstetric hemorrhage. *Medical Journal of Kocatepe*,2004; 5,41-44
6. Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*,2003; 131-135
7. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi*,33(4), 2006; 227-230.
8. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Epizyotomi ve Onarım. In: Williams Doğum Bilgisi, 2005;325-329
9. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Mcelrath TF, Liebernas ES. Episiotomy, operative vaginal delivery significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 1180-1184
10. Gilbert ve Harmon. Yüksek Riskli Gebelik ev Doğum. (Çev: Taşkın L), Palme Yayıncılık, Ankara,2002.
11. Appleton B, Tatgett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permez M. Vaginal birth after cesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynecol*, 200;87-91
12. WHO. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı Dünya Sağlık Örgütü, Geneva, 2003.
13. Sheehan HL. Postpartum necrosis of the anterior pituitary. *J Path Bact* 1937;45:189
14. Sheehan HL, Murdoch R. Postpartum necrosis of the anterior pituitary; pathological and clinical aspects. *J Obstet Gynaecol Br Commonwealth* 1938;50:27
15. Sheehan HL. Simmond's disease due to postpartum necrosis of the anterior pituitary. *Q J Med* 1939;8:277
16. Sheehan HL, McLetchie NGB. Simmond's disease due to postpartum necrosis of the anterior pituitary. *J Obstet Gynaecol Br Commonwealth* 1943;50:27
17. Sheehan HL, Summers VK. Syndrome of hypopituitarism. *Q J Med* 1949;18:319
18. Sheehan HL. Incidence of postpartum hypopituitarism. *Am J Obstet Gynecol* 1954;8:202
19. Sheehan HL. Physiopathology of pituitary insufficiency. *Helv Med Acta* 1955;22:234
20. Sheehan HL. Atypical hypopituitarism. *Proc R Soc Med* 1961;54:43 9
21. Sheehan HL. The repair of postpartum necrosis of the anterior lobe of the pituitary gland. *Acta Endocrinol* 1965;48:40
22. Sheehan HL, Davis JC. Pituitary necrosis. *Br Med Bull* 1968;24:59
23. Altınok A., Alicoğlu B., Tekin S. et al. Akut sheehan sendromlu bir olguda klinik ve radyolojik görüntüleme bulgularının irdelenmesi. *Med J West Black Sea* 2020;4(3): 186-191
24. Haddock L, Vega LA, Aguiló F, Rodríguez O. Adrenocortical, thyroidal and human growth reserve in Sheehan s syndrome. *Hopkins Med J* 1972;131:80
25. Karademir Ö. Bishops Skorunun Başarılı Doğum İndüksiyonunun Öngörülmesindeki Değeri. *Uzmanlık Tezi, İstanbul*, 2005;20-23.