

BÖLÜM 1

GEBELERDE BİRİNCİ TRİMESTER VAJİNAL KANAMALARIN TANI VE TEDAVİSİ

Hakkı AYTAÇ¹

GİRİŞ

Gebeliğin tüm evrelerinde sıklıkla karşılaştığımız vajinal kanamalarda kaynak çoğunlukla anneye aittir. Vasküler yapıların bozulması nedeniyle desidua'da gerçekleşen basit bir kanamadan (gebelik endometriyumundaki) serviko-vajinal lezyon kaynaklı ciddi kanamalara kadar uzanan çok çeşitli bir tablodur. İlk etapta kanamalı hastayla karşılaşan sağlık profesyoneli hastanın gebelik haftası ve kanamanın türüne göre (hafif lekelenme, abandone kanama, kanamaya ağrının eşlik etmesi veya kanamanın aralıklı olması vb) geçici bir klinik tanı koyar. Daha sonra yapılacak olan tetkikler ve görüntüleme yöntemlerini klinik tanımımızı doğrulamak veya revize etmek için kullanırız.

ACİL VAKALAR

Vajinal kanama ile başvuran gebelerde klinik tablo, kanamanın tanı tedavi zamanlaması açısından son derece önemlidir. Ayrıca hastanın hemodinamik olarak stabilitesini saptamak, düzenlenecek olan tedavinin uygun bir ortamda (acil servis, yoğunbakım veya doğum salonu) hızla başlatılabilmesinde yol göstericidir.

Hastada ortaya çıkabilen hipotansif tablo bulguları her ne kadar hızlı bir şekilde tedavi gerektiren ciddi kan kaybını düşündürse de, bu tablonun henüz oturmamış olduğu ciddi kanamaları olan genç hastaları gözden kaçırmama adına mutlak oturmuş hipotansif bulguları beklemeden hasta dikkatlice değerlendirilmeli ve hızlı bir şekilde tedavisi düzenlenmelidir.

Kanama nedeniyle başvuran, hemodinamisi stabil olmayan her hastada mutlaka hemoglobun, hemotokrit, koagülasyon ve crossmatch yapılmalıdır. Ayrıca anormal fetal kalp hızı nedeniyle doğum kararı verilmiş olan gebeler monitörize edilerek sıkı bir takibe alınmalıdır.

BİRİNCİ TRİMESTER KANAMALARI

Vajinal kanamaya gebeliğin ilk trimester olarak adlandırılan (0 ila 13hafta+6 gün) sürecinde oldukça sık rastlanmaktadır. Tüm gebelerin %20-40'ında görülen bu tablo çeşitli karakterlerde olabilir(hafif kanamalı, ağır kanamalı, aralıklı veya sürekli kanama, ağrılı veya ağrısız kanama)

¹ Op. Dr. Hakkı AYTAÇ, İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, aytachakki@yahoo. com. tr



Fizyolojik veya İmplantasyon Kanaması

Bu bir dışlama tanısıdır. Fertilizasyondan yaklaşık 10 ila 14 gün sonra az miktarda lekelenme veya kanama ile karakterizedir ve döllenmiş yumurtanın desidua içerisine yerleştirilmesi ile ilgili olduğu varsayılmaktadır. Herhangi bir müdahale gerektirmez. (13-14)

SONUÇ

Yapılan çalışmalar, gebeliğin ilk üç aylık dönemdeki kanama ile sonraki dönemlerinde meydana gelen olumsuz sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir(14-19) (Örn:Erken gebelik kaybı, preterm eylem, erken membran rüptürü, fetal büyüme kısıtlılığı) Prognozun kanamanın hafif olduğu ve gebeliğin erken haftalarında görülmesi halinde (6 haftadan küçük gebelikte) çok daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır(14-17). Aynı şekilde kanamanın ağır olduğu veya ikinci trimestere kadar uzandığı durumlarda prognoz çok daha kötü seyredebilmektedir(15-16).

Kanamalara mutlak etkili bir müdahale yöntemi yoktur ve bu hastalar gebeliğin her an düşükle sonlanabileceği gerçeğini mutlaka bilmelidir. Hastalara sıklıkla önerilen yatak istirahati tablonun olumsuz etkileri üzerinde etkisizdir ve sonucu asla iyileştirmeyecektir.

İlk trimester gebelik kanaması ile gebelik sonuçları arasındaki ilişki aşağıdaki örneklerle gösterilmektedir:

- Gebelik testi pozitif saptandığı andan itibaren prospektif olarak izlenen 550 kadından oluşan bir seride, gebelerin 117'si (% 21) yirminci gebelik haftasından önce kanama geçirdi ve bunların 67'si düşük yaptı (%12'si veya başka bir deyişle kanaması olanların yaklaşık yarısı) (20) Ağır kanamalı ve orta derecede ağrılı 18 gebeliğin ise 14'ü düşük ile sonuçlandı (%78).
- Tüm deneklerin (n = 16. 506) 10 ila 14. haftalarda ve canlı gebeliğinin olduğu prospektif bir seride, ilk trimesterde kanaması olmayan-

lar, hafif olanlar veya ağır kanaması olanlarda erken doğum sıklığı sırasıyla yaklaşık %6, %9 ve %14 idi. Bu gebelerde yirmi dördüncü gebelik haftasından önce spontan kayıp sıklığı ise sırasıyla %0,4,%1 ve %2 idi(15).

- Birden fazla trimesterde vajinal kanamanın görüldüğü gebelerden oluşan üçüncü bir seride, preterm membran rüptürü riskinde yedi kattan fazla bir artışla ilişkilendirilmiştir(16).
- Bir milyondan fazla kadını içeren retrospektif bir çalışmada, kanaması olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, ilk trimesterde kanamanın olduğu gebelerde 28 ile 31. haftalarda erken doğum riskini artırdığı bulunmuştur ve ayrıca 32 ile 36. haftalarda plasenta dekolmanı riskini artırdığı saptanmıştır(18). Buna ek olarak, ilk gebeliklerinde birinci trimester kanaması olan kadınların, ilk gebeliklerinde birinci trimester kanaması olmayan kadınlara göre ikinci gebeliklerinde ilk trimester kanaması olma olasılığı daha yüksektir.

KAYNAKLAR

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. Morse CB, Sammel MD, Shaunik A, et al. Performance of human chorionic gonadotropin curves in women at risk for ectopic pregnancy: exceptions to the rules. Fertil Steril 2012; 97:101.
6. Silva C, Sammel MD, Zhou L, et al. Human chorionic gonadotropin profile for women with ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2006; 107:605.
7. Seeber BE. What serial hCG can tell you, and cannot tell you, about an early pregnancy. Fertil Steril 2012; 98:1074.
8. van Mello NM, Mol F, Ankum WM, et al. Ectopic preg-



- nancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. *Fertil Steril* 2012; 98:1066.
9. Connolly A, Ryan DH, Stuebe AM, Wolfe HM. Reevaluation of discriminatory and threshold levels for serum β -hCG in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 121:65.
 10. Tongsong T, Srisomboon J, Wanapirak C, et al. Pregnancy outcome of threatened abortion with demonstrable fetal cardiac activity: a cohort study. *J Obstet Gynaecol (Tokyo 1995)* 1995; 21:331.
 11. Tannirandorn Y, Sangsawang S, Manotaya S, et al. Fetal loss in threatened abortion after embryonic/fetal heart activity. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 81:263.
 12. De Sutter P, Bontinck J, Schutyers V, et al. First-trimester bleeding and pregnancy outcome in singletons after assisted reproduction. *Hum Reprod* 2006; 21:1907.
 13. SPEERT H, GUTTMACHER AF. Frequency and significance of bleeding in early pregnancy. *J Am Med Assoc* 1954; 155:712.
 14. Harville EW, Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Vaginal bleeding in very early pregnancy. *Hum Reprod* 2003; 18:1944.
 15. 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.
 16. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control 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, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115:935.
 19. Bever AM, Pugh SJ, Kim S, et al. Fetal Growth Patterns in Pregnancies With First-Trimester Bleeding. *Obstet Gynecol* 2018; 131:1021.
 20. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ* 1997; 315:32.
 21. Diana Massalska Janusz Grzegorz Zimowski Julia Bijok Magdalena Pawelec Małgorzata Czubak Barlik Grzegorz Jakiel Tomasz Roszkowski, et al. First trimester pregnancy loss: Clinical implications of genetic testing(resim1)
 22. Paola Bianchi M. D. Massimo Maria Salvatori M. D. Francesco Torcia M. D. Giuliana Cozza M. D. Bruno Mossa M. D., et al. Cervical Pregnancy (res2)