

Bölüm 12

GENİTAL TRAVMA İLİŞKİLİ JİNEKOLOJİK KANAMALAR

Tuğban SEÇKİN KEÇECİOĞLU¹

GİRİŞ

Genital bölgede anormal kanama şikayeti yaygın bir jinekolojik semptomdur. Bu kanamaların şiddetini, ek bulgularını ve etyolojisini belirlemek önemlidir, buna göre tedavi planlanır. Genital travmaların da jinekolojik kanamalar arasında önemli bir yeri vardır. Kadınlarda genital yaralanmalar menarş öncesi, ergenlik döneminde, reproduktif dönemde ve postmenapozal dönemde meydana gelebilir. Menarş öncesi ve ergenlik döneminde en sık genital travma nedenleri düşme, perine bölgesine gelen darbeler, yanıklar, pelvik kırıklar, yüksek basınçlı sıvı, seksüel veya nonseksüel penetre edici travmalardır (1,2). Reproduktif çağda ise en sık nedeni doğum esnasında meydana gelen yaralanmalardır (3).

Genital bölge yaralanmaları en sık vulva, perine ve vajende meydana gelir. Vajinal ağrı, genital kanama veya şişlik şikayeti olan her kız çocuk, ergen veya yetişkin, vulvar veya vajinal travma veya laserasyon aramak için dikkatli bir muayeneden geçmelidir(2). Dış lezyonlar kolayca tanımlanabilir, ancak daha derin uzama için dikkatle değerlendirilmesi gerekir. İç lezyonların değerlendirilmesi daha zordur (4).

Genital travma koit, cinsel istismar, yabancı cisim, pelvik travma, obstetrik nedenler veya payende sakatlıklarına bağlı olabilir. Cinsel istismar veya saldırı olasılığı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (5).

Obstetrik Nedenler

Serviks, vajina ve/veya vulva laserasyonları genellikle doğum sırasında ortaya çıkar (6). Obstetrik travmalarda risk faktörleri arasında nulliparite, iri bebek, hızlı doğum, operatif doğum ve / veya epizyotomi bulunur. Postpartum kanamaların %

¹ Op.Dr. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, tugbans@hotmail.com

veya laparotomi gerekebilir. Bir ürolog veya ürojinekolog, üretraya veya mesaneye uzanan herhangi bir travmayı değerlendirmelidir. Rektuma uzanan laserasyonlar deneyimli bir jinekolojik veya genel cerrah tarafından değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Ağır vakalarda, yönlendirici kolostomi gösterilebilir. Bu laserasyonların yüksek bir enfeksiyon, yara bozulması ve rektovajinal fistül oluşumu ve sfinkter inkontinans riski vardır.

HEMATOMLARIN YÖNETİMİ

Vulvar ve vajinal hematomların yönetimi değişir; literatür konservatif tedavinin cerrahi müdahalelere karşı yararları konusunda kesin değildir (38,39).

Vulva -Vulvar hematoma yol açan kanama genellikle venöz ve birden fazla bölgeden oluşur, bu nedenle cerrahi olarak izole edilmesi ve kontrol edilmesi zor olabilir. Genelde konservatif olarak takip edilir. Perineye ilk 24 saat buz kompresleri uygulanabilir ve ağrı için analjezik uygulanabilir. Fizik muayenede hematom genişliyorsa veya hastanın hematokriti düşüyorsa cerrahi müdahale gerekebilir. Hematom boşaltılır, alan temizlenir, damarlar suture edilir, kesi alanı onarılır(39). Diğer matris veya doku hemostatik ajanlarının kullanımı bildirilmiştir ve zor durumlarda tedavi için alternatif bir seçenek olabilir. Fibrin dolgu maddesinin kullanımı, refrakter kanama ve genişleyen vulvar hematomda başarılı olmuştur (40).

Vajina -Vajinal hematomlara yaklaşım vulvar hematomlara benzerdir. Kanan damarları bağlamak için yaklaşık 4 cm'den daha büyük vajinal hematomların açılması ve boşaltılması gerekebilir. Hasta stabilse, bu hematomlar izlenebilir, ancak genişliyorlarsa veya kanama devam ederse açılmalı, boşaltılmalı ve suture edilmelidir. Vajinal paketleme tamponad için faydalı olabilir. Ancak hasta anstabil hale gelirse retroperitoneal kanama olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır(38). Damarların embolizasyonu için girişimsel vasküler prosedürler nadiren endikedir. Cerrahi tedavi açılmış bir vajinal hematomun kanamasını kontrol edemezse, fibrin sızdırmazlık maddelerinin acil kullanımı bir seçenek olabilir (40).

REFERANSLAR

1. Pokorny S.Genital trauma. Clin Obstet Gynecol. 1997;40(1):219-225.
2. Merrit DF. Genital trauma. In: Pediatric & Adolescent Gynecology, 6th ed, Emans SJ, Laufer MR (Eds), Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012. p.293
3. Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery: Correction. Obstet Gynecol 2016; 128:411.
4. Abner T. Gynecologic trauma. In :Guy I Benrubi, editor. Obstetric and Gynecological Emergency.Phialdelphia: Lippicott Company ;1994 chapter 25:355-363.
5. Bond GR, Dowd MD, Landsman I, Rimsza M. Unintentional perineal injury in prepubescent girls: a multicenter, prospective report of 56 girls. Pediatrics 1995; 95:628.

6. Metsala P, Nieminen U. Traumatic lesion of the vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;47:482.
7. Muram D, Levitt CJ, Fraiser LD, Simmons JK, Merritt DF. Genital injuries, roundtable discussion. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:149-155.
8. Merritt DF. Vulvar and genital trauma in pediatric and adolescent gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16:371-381.
9. Jana N, Santra D, Das D, et al. Nonobstetric lower genital tract injuries in rural India. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 103:26.
10. Stone NN, Ances IG, Brotman S. Gynecologic injury in the nonpregnant female during abdominal blunt trauma. *J Trauma* 1984;24:626.
11. Virgili A, Bianchi A, Mollica G, Corazza M. Serious hematoma of the vulva from a bicycle accident. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45:662.
12. Kanai M, Osada R, Maruyama K, et al. Warning from Nagano: increase of vulvar hematoma and/or lacerated injury caused by snowboarding. *J Trauma* 2001; 50:328.
13. Kalaichandran S. Vaginal laceration: a little known hazard for women waterskiers. A letter to the editor. *Can J Surg* 1991;34:107.
14. Goldberg J, Horan C, O'Brien LM. Severe anorectal and vaginal injuries in a jet ski passenger. *J Trauma* 2004; 56:440.
15. Niv J, Lessing JB, Hartuv J, Peyser MR. Vaginal injury resulting from sliding down a water chute. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:930.
16. Smith BL. Vaginal laceration caused by water skiing. *J Emerg Nurs* 1996; 22:156.
17. Wilson F, Swartz DP. Coital injuries of the vagina. *Obstet Gynecol* 1972; 39:182.
18. Elam AL, Ray VG. Sexually related trauma: a review. *Ann Emerg Med*. 1998;15:576.
19. Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics* 1987; 79:778.
20. Kobernick ME, Seiferts S, Sanders AB. Emergency department management of the sexual assault victim. *J Emerg Med* 2002;24(4):47-61.
21. Jones JS, Dunnuck C, Rossman L, et al. Significance of toluidine blue positive findings after speculum examination for sexual assault. *Am J Emerg Med* 2004; 22:201.
22. Parker JD, Hibbert ML, Dainty LD, et al. Micro-hydrovaginocopy in examining children. *Obstet Gynecol* 2000; 96:772.
23. Lopez HN, Focseanu MA, Merritt DF. Genital injuries acute evaluation and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018; 48:28.
24. Okur H, Küçükaydin M, Kazez A, et al. Genitourinary tract injuries in girls. *Br J Urol* 1996; 78:446.
25. Tarman GJ, Kaplan GW, Lerman SL, McAleer IM, Losasso BE. Lower genitourinary injury and pelvic fractures in pediatric patient. *Urology* 2002;59:123-126.
26. Goldman HB, Idom CB Jr, Dmochowski RR. Traumatic injuries of the female external genitalia and their association with urological injuries. *J Urol* 1998; 159:956.
27. Niemi TA, Norton LW. Vaginal injuries in patients with pelvic fractures. *J Trauma* 1985; 25:547.
28. Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol* 1975; 45:315.
29. Lal P, Mohan P, Sharma R, et al. Postcoital vaginal laceration in a patient presenting with signs of small bowel perforation: report of a case. *Surg Today* 2001; 31:466.
30. McColgin SW, Williams LM, Sorrells TL, Morrison JC. Hemoperitoneum as a result of coital injury without associated vaginal injury. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1503.
31. Dowlut-McElroy T, Higgins J, Williams KB, Strickland JL. Patterns of Treatment of Accidental Genital Trauma in Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018; 31:19.
32. Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2003;12:493-535.
33. ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG practice bulletin No. 104: Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1180. Reaffirmed 2016.

34. Minassian VA, Jazayeri A, Prien SD, et al. Randomized trial of lidocaine ointment versus placebo for the treatment of postpartum perineal pain. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1239.
35. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD000006.
36. Lundquist M, Olsson A, Nissen E, Norman M. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth* 2000; 27:79.
37. Dhulkotia JS, Alazzam M, Galimberti A. Tisseel for management of traumatic postpartum haemorrhage. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279:437.
38. Benrubi G, Neuman C, Nuss RC, Thompson RJ. Vulvar and vaginal hematomas: a retrospective study of conservative versus operative management. *South Med J* 1987; 80:991.
39. Gianini GD, Method MW, Christman JE. Traumatic vulvar hematomas. Assessing and treating nonobstetric patients. *Postgrad Med* 1991; 89:115.
40. Whiteside JL, Asif RB, Novello RJ. Fibrin sealant for management of complicated obstetric lacerations. *Obstet Gynecol* 2010; 115:403.