

Bölüm 16

JİNEKOLOJİDE POSTOPERATİF KANAMALAR

Ramazan Erda PAY¹
Mustafa ULUBAY²

Jinekolojik cerrahide karşılaşılan komplikasyonlarından biri de kanamadır. Operasyonlardan sık yapılan histerektomi vakalarında %1– 2 oranında da görülebilmektedir. Güncel araştırmalar ve yaklaşımlar daha çok intraoperatif kanamalar üzerine olsa da postoperatif kanamalara bağlı oluşan anemi tablosu perioperatif morbidite ve mortaliteyi etkiler (1). İntraoperatif kanama genellikle 1000 mL'yi aşan veya kan transfüzyonu gerektiren kan kaybı olarak tanımlanır (2). Postoperatif kanama ise daha çok klinik belirtiler ve yapılan değerlendirmelerle tanı alır. Her iki dönemde de oluşabilen ve hayatı tehdit eden kanama ise, masif kanama olarak kabul edilir ve hastanın kan hacminin yüzde 25'inden fazlasında akut kan kaybını veya hastanın hayatını kurtarmak için acil müdahale gerektiren kanamayı ifade eder (3).

Postoperatif kanama olan bir hastada klinik bulgu olarak kanama şiddetine göre, taşikardi, hipotansiyon, terleme, oligüri (idrar çıkışı <20 mL / saat), konfüzyon ve artan karın ağrısı görülebilir. Yapılan cerrahi işlem, vajinal yolla yapılan bir ameliyat olduğunda spekulum muayenesi ile gözlemlenen kanama kolay tespit edilen bir bulgu olabilir. Bazen de özellikle laparoskopik cerrahi geçiren hastalarda, ameliyat sonrası hemoglobin değerinde düşüş, karın ağrısı, ipsilateral yan ağrısı, kasıkta morumsu renk değişikliği, hematoma şeklinde komplike bulgularla da karşılaşabilmekteyiz (4).

Postoperatif kanama değerlendirilirken klinik bulguların takibi öncelik olmakla beraber ayrıca kan parametreleri olarak Hemoglobin / Hematokrit takibi ve görüntüleme yöntemleri de (Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme) yol gösterici olmaktadır. Postoperatif erken dönemde,

¹ Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

primer operasyonun tipi, hastaların yaşı, primer cerrahi ve reoperasyon arasındaki zaman aralığı gibi faktörlerdir. Re-eksplorasyon sonrası yoğun bakım ünitesi takibi, gerekli kan ürünlerinin transfüzyonu, sepsisin önlenmesi de morbidite / mortaliteyi azaltacaktır. Yapılan bir çalışmada jinekolojik cerrahi sonrası re-eksplorasyonun insidansı% 0.77 izlenmiş ve bu çalışmada re-eksplorasyon olgularının% 48.93'ünde intraperitoneal kanama saptanmış ve en sık re-eksplorasyon nedeni olmuştur. Müdahale olarak % 34.04 olguda, bilateral internal iliak ligasyon gerekirken, olguların% 4.25'inde abdominal histerektomi gerekmiştir. Aynı çalışmada re-eksplorasyon yapılan hastalardan % 10.71 de mortalite izlenmiştir (24). Mortalite oranları göz önünde bulundurulduğunda özellikle klinik olarak stabil olmayan hastalarda re-eksplorasyon kararının zamanlaması önemlidir.

Sonuç olarak jinekolojik operasyonlar sonrası ciddi morbidite / mortaliteye yol açabilecek bir komplikasyonun kanama olduğu unutulmamalıdır. Özellikle erken dönem kanamalarda klinik bulguların gözlemi laboratuvar parametrelerinin takibinden daha önemlidir. Postoperatif kanama tespiti yapılan hastalarda ise hastanın klinik stabilitesine göre multidisipliner bir yaklaşım esastır.

REFERANSLAR

1. Carson JL, Noveck H, Berlin JA, et al. Mortality and morbidity in patients with very low postoperative Hb levels who decline blood transfusion. *Transfusion*. 2002;42:812-818.
2. Harris WJ. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv*. 1995;50:795-805.
3. Santoso JT, Saunders BA, Grosshart K. Massive blood loss and transfusion in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60:827-837.
4. *Gynecologic Surgery and the Management of Hemorrhage* William H. Parker, MD., Willis H. Wagner, MD *Obstet Gynecol Clin N Am* 37 (2010) 427-436
5. *Management Of Hemorrhage During Gynecologic Surgery* Steve P. Yu, Md,* Joshua G. Cohen, Md, W And William H. Parker, Md*, *Clinical Obstetrics And Gynecology* Volume 58, Number 4, 718-731
6. Abdominal compartment syndrome. Saggi BH, Sugerman HJ, Ivatury RR, Bloomfield GL *J Trauma*. 1998;45(3):597.
7. Patrono C, Ciabattini G, Pinca E, et al. Low dose aspirin and inhibition of thromboxane B2 production in healthy subjects. *Thromb Res*. 1980;17:317-327.
8. Goldenberg NA, Jacobson L, Manco-Johnson MJ. Brief communication: duration of platelet dysfunction after a 7-day course of ibuprofen. *Ann Intern Med*. 2005;142:506-509.
9. Duesing N, Schwarz J, Choschzick M, Jaenicke F, Gieseck F, Issa R, et al. Assessment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) with colposcopic biopsy and efficacy of loop electrosurgical excision procedure (LEEP). *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(6):1549-54.
10. Hemostasis and cold knife cone biopsy: a prospective randomized trial comparing a suture versus non-suture technique. Gilbert L, Saunders NJ, Stringer R, Sharp F *Obstet Gynecol*. 1989;74(4):640.
11. Laser vaporization versus laser excision conization in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Partington CK, Turner MJ, Soutter WP, Griffiths M, Krausz T *Obstet Gynecol*. 1989;73(5 Pt 1):775.

12. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. Serden SP, Brooks PG *J Reprod Med.* 1991;36(10):697.
13. Office Operative Hysteroscopy: An Update. Salazar CA, Isaacson KBJ *Minim Invasive Gynecol.* 2018 Feb;25(2):199-208. doi: 10.1016/j.jmig.2017.08.009. Epub 2017 Aug 10.
14. Wilke I, Merker A, Schneider A (2001) Laparoscopic treatment of hemorrhage after vaginal hysterectomy or laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH). *Surg Endosc* 15:1144-1146
15. Holub Z, Jabor A (2004) Laparoscopic management of bleeding after laparoscopic or vaginal hysterectomy. *JSLs* 8:235-238
16. Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: consequences for ward nursing practice. Sjetne IS¹, Krogstad U, Ødegård S, Engh ME. *Qual Saf Health Care.* 2009 Jun;18(3):236-40. doi: 10.1136/qshc.2007.023382.
17. Slavotinek J, Berman L, Burch D, Keefe B. The incidence and significance of acute post-hysterectomy pelvic collections. *Clin Radiol* 1995;50(5):322-326.
18. Takeda A, Koyama K, Mori M, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Diagnostic computed tomographic angiography and therapeutic emergency transcatheter arterial embolization for management of postoperative hemorrhage after gynecologic laparoscopic surgery. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(3):332-341.
19. Takeda A, Kato K, Mori M, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Late massive uterine hemorrhage caused by ruptured uterine artery pseudoaneurysm after laparoscopic-assisted 238 myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:212-216. 239
20. Kim CH, Lee SJ, Jeon GS, Kang SH, Kim HC. Embolization of inferior mesenteric artery for intractable intrapelvic and vaginal bleeding after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23:1191-1194
21. Hovsepian DM, Siskin GP, Bonn J, et al. Quality improvement guidelines for uterine artery embolization for symptomatic leiomyomata. *J Vasc Interv Radiol.* 2004;15:535-541.
22. Ganguli S, Faintuch S, Salazar GM, Rabkin DJ. Postembolization syndrome: changes in white blood cell counts immediately after uterine artery embolization. *J Vasc Interv Radiol.* 2008;19:443-445.
23. Abuhamad A. Morbidly adherent placenta. *Semin Perinatol.* 2013;37:359-364.
24. Incidence and causes of relaparotomy after an obstetric and gynaecological operation *International Surgery Journal* Sridhar M et al. *Int Surg J.* 2016 Feb;3(1):301-304