

Bölüm 20

OBSTETRİK KANAMALARDA CERRAHİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Adem YAVUZ¹
Bülent ÇAKMAK²

GİRİŞ

Maternal mortalite (MM), gebelik süresince veya doğumdan sonraki 42 gün içerisinde, kaza ve tesadüfi sebeplerden kaynaklanmayan, gebelik süresi ve yerleşiminden bağımsız, gebeliğe veya sürecine bağlı olarak ya da gebeliğin şiddetlendirdiği herhangi bir nedene bağlı anne ölümünü ifade etmektedir (1). MM'nin, global olarak son 18 yılda %38 oranında azalarak, 2017 yılında 100.000 canlı doğumda 211 olduğu (2), ülkemizde ise bir yılda %6,2 oranında azalarak, 2018 yılında 100.000 canlı doğumda 13,6 olarak gerçekleştiği (3) belirtilmektedir. Dünya çapında MM oranlarında azalma olmasına rağmen, bir günde yaklaşık 810 kadının hala gebelik veya doğuma bağlı önlenebilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirmekte olduğu rapor edilmektedir (2).

MM'lerin yaklaşık %75'i postpartum şiddetli kanama ve enfeksiyonlar, gebelik sırasında yüksek tansiyon ve güvenli olmayan küretaj uygulamalarından kaynaklanmaktadır (2). MM'ye en sık sebep olan durum ise, erken tanı ve uygun tedavi ile mortalitenin önlenebildiği şiddetli obstetrik kanamalardır (4). Bu nedenle tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimleri şiddetli obstetrik kanamayı erken dönemde tanıyabilmeli ve obstetrik kanamaların yönetimi hakkındaki bilgi ve becerilerini de en üst düzeyde tutmalıdır. "Hastalık değil hasta vardır." ilkesinden yola çıkılarak, obstetrik kanama tespit edilen her kadının kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bölümde, obstetrik kanamaların tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler tartışılacaktır.

¹ Doktor Öğretim Görevlisi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, ademyavuz@ohu.edu.tr

² Doçent Doktor, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, drbulentcakmak@gmail.com

alet sayılarının tam olduğundan emin olunmalıdır. Bu aşamadan sonra, abdominal insizyonlar standart abdominal kapatma teknikleri ile kapatılabilir.

Peripartum histerektomide acil prosedürler her zaman daha fazla komplikasyon ile ilişkilendirilmektedir. Komplikasyonlar, işlemin kendisiyle beraber, cerrahın eğitimi, deneyimi ve becerisine bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu vakalarda, enfeksiyon, kan transfüzyonu, koagülopati, çevre doku ve organ yaralanmaları ve ölüm gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (16).

SONUÇ

Obstetrik kanamalarda, yüksek riskli hastaların tespiti ve bu hastaların multidisipliner bir ekip tarafından takibi ve tedavisi, erken tanı, zamanında ve nedene yönelik uygun yönetim maternal mortalitenin önlenmesinde anahtar rol oynamaktadır.

Obstetrik kanama tanısı konulduğunda, kanamanın nedeni hızlı bir şekilde belirlenmeli, hastaların hemodinamik açıdan takibi ve gerekli tıbbi destek tedavileri multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalıdır. Şiddetli obstetrik kanamalarda kanamanın nedeni ve derecesi, hastanın genel durumu, paritesi, gelecekteki çocuk arzusu ve cerrahın tecrübesi gibi pek çok faktöre bağlı olarak belirlenen spesifik cerrahi tedavi histerektomi de dahil olmak üzere geciktirilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Obstetrik kanamalar, cerrahi tedavi yöntemleri.

REFERANSLAR

1. Hirshberg A, Srinivas SK. Epidemiology of maternal morbidity and mortality. *Seminars in Perinatology*, 2017; 41(6): 332-337. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.007.
2. World Health Organization (2019). Maternal Mortality 2019. (19/12/2019 tarihinde <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> adresinden ulaşılmıştır).
3. T.C. Sağlık bakanlığı (2020). T.C. Sağlık bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni. (10/01/2020 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---201830092019pdf.pdf?0> adresinden ulaşılmıştır).
4. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016; 388(10053): 1545-1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2020. Antepartum Haemorrhage (Green-top Guideline No. 63) 2011. (03/01/2020 tarihinde https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_63.pdf adresinden ulaşılmıştır).
6. Varouxaki N, Gnanasambanthan S, Datta S, et al. Antepartum haemorrhage. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2018; 28(8): 237-242. doi: doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.07.001.
7. Clinical Key (2020). Management of Acute Obstetric Emergencies 2011. (03/01/2020 tarihinde <https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20090388522> adresinden ulaşılmıştır).
8. Jauniaux ERM, Alfrevic Z, Bhide AG, et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. *BJOG* 2018. doi: 10.1111/1471-0528.15306.

9. Cunningham FG (2018). Obstetrical Hemorrhage. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY (Eds), Williams Obstetrics (25nd ed., pp. 755-802). New York: McGraw-Hill.
10. Heemskerk SG, Ten Eikelder MLG, Janssen CAH. Uterine rupture in pregnancy after an intervention complicated by uterine perforation: Case report and systematic review of literature. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2009; 19: 9-14. doi.org/10.1016/j.srhc.2018.11.001.
11. ClinicalKey (2020). Netter's Obstetrics and Gynecology Third Edition 2018. (03/01/2020 tarihinde <https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20150058695> adresinden ulaşılmıştır).
12. Chawla J, Arora D, Paul M, et al. Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study from a Teaching Hospital in North India over Eight Years. *Oman Med J* 2015; 30: 181-6. doi: 10.5001/omj.2015.39.
13. Palacios Jaraquemada JM, Pesaresi M, Nassif JC., et al. Anterior placenta percreta: surgical approach, hemostasis and uterine repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 738-744. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00517.x.
14. Chandrachan E, Rao S, Belli AM., et al. The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 117(2): 191-194. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.12.005.
15. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24(1): CD003249. doi: 10.1002/14651858.CD003249.pub2.
16. Rock JA, Jones HW (2013). Te Linde Operatif Jinekoloji. (Yusuf YILDIRIM, Çev. Ed.). İstanbul: İzmir Güven Kitabevi Ltd. Şti.
17. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour, *BJOG* 1998; 105: 1262-1272. doi:10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.
18. Cunningham, F. G. (2018). Vaginal Delivery and Peripartum Hysterectomy. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY (Eds), Williams Obstetrics (25nd ed., pp. 516-538). New York: McGraw-Hill.
19. ClinicalKey (2020). Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care Fourth Edition 2020. Episiotomy and Repair of the Perineum. (08/01/2020 tarihinde <https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20150067557> adresinden ulaşılmıştır).
20. ClinicalKey 2020. Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery, Fourth Edition 2016. (08/01/2020 tarihinde <https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20120035855> adresinden ulaşılmıştır).
21. 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(8): 991-994. doi: 10.1097/00007611-198708000-00014.
22. Burchell RC. Physiology of internal iliac artery ligation. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1968; 75(6): 642-651. doi: 10.1111/j.1471-0528.1968.tb00175.x.
23. ClinicalKey 2020. Munro Kerr's Operative Obstetrics, Thirteenth Edition 2020. (10/01/2020 tarihinde <https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20170030719> adresinden ulaşılmıştır).
24. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104(3): 372-375. doi: 10.1111/j.14710528.1997.tb11471.x.
25. Lynch CB, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M (2010). Doğum sonu kanama: Deęerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı. (S. Cansun DEMİR Çev. Ed.). Ankara: Matus Basımevi Reklam ve Yayın Tic. Ltd. Şti.
26. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1440-1444. doi: 10.1016/j.ajog.2004.02.021.

27. Bai SW, Lee HJ, Cho JS, et al. Peripartum hysterectomy and associated factors. *J Reprod Med* 2003; 48(3): 148-152. PMID: 12698770.
28. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, et al. On behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG* 2016; 124: 106-149.
29. Alison C, Wortman MD, James M, et al. Placenta Accreta, Increta, and Percreta. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2013; 40(1): 137-154. doi.org/10.1016/j.ogc.2012.12.002.