

ERKEN VE GEÇ DÖNEM GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

8. BÖLÜM

Dr. Neslihan BEZİRGANOĞLU ALTUNTAŞ

ERKEN DÖNEM GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

Gebeliğin erken döneminde en sık başvuru nedenleri mide bulantısı, kusma ve vajinal kanamadır. Mide bulantısı ve kusma sıklıkla diyet veya oral ilaç tedavisi ile yönetilebilecek kadar hafif olabilmekle birlikte intravenöz tedavi gerektirecek kadar şiddetli de olabilir. Erken gebelikte vajinal kanama saptandığında ektopik gebelik mutlaka ekarte edilmelidir. İntrauterin bir gebelik izleniyor ise hasta düşük tehdidi hakkında bilgilendirilmelidir. İntrauterin gebelik ve dış gebelik ayrımı yapılamıyorsa hasta seri Beta HCG ve ultrason ölçümleriyle değerlendirilmelidir.

a-Erken Gebelikte Bulantı ve Kusma:

Gebelikte bulantı ve kusma gebe kadınların %50-80 kadarını etkileyen sık karşılaşılan bir sorundur. Çoğunlukla kullanılan 'sabah rahatsızlığı' tanımının aksine günün her saatini etkileyebilir. Gebelikte bulantı-kusma, gebeliğin ilk 20 haftasında en sık hastaneye yatış sebebidir. Yaşam kalitesini etkileyebilir, aile içi ilişkileri bozabilir. Bunun yanında depresyon ve işgücü kaybı sebebidir.

Semptomlar altıncı ve dokuzuncu gebelik haftasında başlar, 12. haftada pik yapar ve kadınların

%50'sinde 14. haftadan sonra azalır. Gebeliğin 22. haftasında gebe kadınların %99'unda semptomlar kaybolmuş olur.

Gebelik bulantı kusmasının en şiddetli hali hiperemesis gravidarum (HEG) olarak adlandırılır. HEG gebe kadınların %0,3-%3 kadarını etkilemektedir. HEG genel olarak klinik bir tanımdır. Hastalar inatçı kusma, ketonüri, dehidratasyon, elektrolit imbalansı, %5 ve daha fazla kilo kaybı ile başvurabilirler. HEG tanısı koyabilmek için ise standart tek bir test yoktur.

Etiyoloji ve risk faktörleri:

Gebelikte bulantı-kusma nedenleri tartışmalıdır. Genetik, gastrointestinal, hormonal faktörlere bağlı ve multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Birinci derece akrabalarında gebelik bulantı kusması olan gebelerde daha sık gözlenir. Hormonların rolü net olarak bilinmese de HCG, östrojen, progesteron, serotonin ve tiroid hormonlarının rolü olduğu düşünülmektedir. Çoğul gebeliklerde, gestasyonel trofoblastik hastalıklarda, trizomi 21 ve hidrops fetaliste daha yüksek oranda HEG gözlenir.

Komplikasyonlar ve uzun dönem gebelik sonuçları:

Hafif bulantı kusma iyi gebelik sonuçları ve düşük oranda ilk trimesterde abort ile ilişkili iken

öyküsü ve kısa servikal uzunluk risk faktörüdür.

Enfeksiyonu önlemek amacıyla dijital muayene neden kaçınılmalıdır ve steril spekulum muayenesi yapılmalıdır. Vajinal sekresyonda pH ölçümü ve mikroskopta eğrelti otu testi (fern) yapılabilir.

Tedavi:

Hastaneye PPRM ile başvuran her hasta enfeksiyonundan incelenmelidir. Gebelik haftası azaldıkça enfeksiyon oranı %13-60 arasında değişir. Klamidya, neiseria gonore, üriner sistem enfeksiyonları, grup B streptokokal enfeksiyon yönünden hastalar incelenmelidir. Enfeksiyonun fetusa vertikal bulaşını engellemek amacıyla hastalar tedavi edilmelidir. PROM tanısı alan gebeler indüksiyonla doğurtulmalıdır.

PPROM tanısı alan gebelere steroid için zaman kazanmak amacıyla 48 saat tokolitik uygulanabilir. Hasta antibiyotik ile tedavi edilmelidir. Hastalar sıkı fetal monitorizasyona ve enfeksiyon parametreleri takibine alınmalıdır. Koryomnionit bulguları gözlenirse doğurtulmalıdır.

g-Uterin Rüptür:

Uterin rüptür anne ve fetus için hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Uterin duvarın bütünlüğünün bozulmasıyla uterin ve peritoneal kavitenin birleşmesi olarak tanımlanır. Fundal bası, forseps kullanımı, trafik kazası gibi travmatik sebeplerle oluşabileceği gibi daha önce uterin operasyon geçirenlerde spontan olarak da gerçekleşebilir.

Konjenital uterin malformasyon, doğum indükleyici ajanlar, elektif küretaj, ileri anne yaşı, çoğul gebelik, fetusun anormal prezentasyonu da sebep olabilir. En önemli risk faktörü önceden geçirilmiş sezaryen kesisidir.

Hasta uterin kontraksiyonların kesilmesiyle birlikte ağrıya değişen şiddette vajinal kanama ile başvurur. Maternal şok bulguları gözlenebilir. Başvuru anında fetal distres veya fetal ölüm izlenebilir. Ultrasonografide uterin duvar defekti, batında serbest sıvı ve fetus izlenebilir.

Tedavi:

Gebehemodinamik olarak stabilize edildikten sonra acil operasyona alınmalıdır. Küçük alanlar primer onarılabilirken büyük defektlerde histerektomi yapılmalıdır. Annenin çocuk istemi ve yaşı tedavi kararını etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ* 2011;342:d3606.
2. Niemeijer MN, Grooten IJ, Vos N, et al. Diagnostic markers for hyperemesis gravidarum: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(2):150 e1-15.
3. Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy - what's new? *Auton Neurosci* 2017;202:62-72.
4. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, et al. Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018;31(18):2492-505.
5. Erick M, Cox JT, Mogensen KM. ACOG practice bulletin 189: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018;131(5):935.
6. Pontius E, Vieth JT. Complications in Early Pregnancy. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 2019 May;37(2):219-237.
7. Mitchell-Jones N, Farren JA, Tobias A, et al. Ambulatory versus inpatient management of severe nausea and vomiting of pregnancy: a randomised control trial with patient preference arm. *BMJ Open* 2017;7(12):e017566.
8. Siminerio LL, Bodnar LM, Venkataramanan R, et al. Ondansetron use in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2016;127(5):873-7.
9. McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review. *JAMA* 2016; 316(13):1392-401.
10. Parker SE, Van Bennekom C, Anderka M, et al. Ondansetron for treatment of nausea and vomiting of pregnancy and the risk of specific birth defects. *Obstet Gynecol* 2018;132(2):385-94.
11. Viljoen E, Visser J, Koen N, et al. A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. *Nutr J* 2014;13:20.
12. Huancahuari N. Emergencies in early pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 2012;30(4):837-47.
13. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin no. 150. Early pregnancy loss. *Obstet Gynecol* 2015;125(5):1258-67.
14. Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *BMJ* 2013;346:f3676.
15. Prine LW, MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician* 2011;84(1):75-82.

16. Seymour A, Abebe H, Pavlik D, et al. Pelvic examination is unnecessary in pregnant patients with a normal bedside ultrasound. *Am J Emerg Med* 2010;28(2): 213–6.
17. Linden JA, Grimmnitz B, Hagopian L, et al. Is the pelvic examination still crucial in patients presenting to the emergency department with vaginal bleeding or abdominal pain when an intrauterine pregnancy is identified on ultrasonography? A randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 2017;70(6):825–34.
18. Datta MR, Raut A. Efficacy of first-trimester ultrasound parameters for prediction of early spontaneous abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;138(3):325–30.
19. Kim C, Barnard S, Neilson JP, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(1):CD007223.
20. Lemmers M, Verschoor MAC, Overwater K, et al. Fertility and obstetric outcomes after curettage versus expectant management in randomised and nonrandomised women with an incomplete evacuation of the uterus after misoprostol treatment for miscarriage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;211:78–82.
21. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Engl J Med* 2018;378(23):2161–70.
22. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, et al. Symptomatic patients with an earlyviable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. *Obstet Gynecol*
23. Tikkanen M. Etiology, clinical manifestations, and prediction of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:732–40.
24. Hall DR. Abruptio placentae and disseminated intravascular coagulopathy. *Semin Perinatol* 2009;33:189–95.
25. Baron F, Hill WC. Placenta previa, placenta abruptio. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:527–32.
26. Meguerdichian D. Complications in late pregnancy. *Emerg Med Clin North Am.* 2012;30(4):919–36.
27. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, et al. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:700–5.004;104(1):50–5.
28. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006;108:1005–16.
29. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, et al. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:47–51.
30. Nguyen D, Nguyen C, Yacobozzi M, et al. Imaging of the placenta with pathologic correlation. *Semin Ultrasound CT MR* 2012;33:65–77.
31. Neilson JP. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Obstet Gynecol* 2007;109:189–90.
32. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3):CD004454.
33. Conde-Agudelo A, Romero R. Amniotic fluid embolism: an evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:445.e1–445.e13.