

Peripartum histerektomi, doğum sırasında veya 24 saat içinde yapılan histerektomi olarak tanımlanabilir. Diğer bir tanımı da doğum amacıyla hastaneye yatıktan sonra herhangi bir zamanda yapılan histerektomidir.

### **Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri**

Peripartum histerektomi oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde her 1000 doğumda yaklaşık 1'dir <sup>(1)</sup>. Plasental yerleşim anomalilerine ek olarak peripartum histerektomi için diğer önemli risk faktörleri arasında ileri anne yaşı ve parite, çoğul gebelikler, antepartum kanama, preeklampsi, kanama bozuklukları ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı bulunmaktadır. Büyük çok merkezli postpartum kanama çalışmasının ikincil analizi; peripartum histerektominin en sık nedeni olan anormal plasantasyonun ileri anne yaşı ve sezaryen ile doğumla ilişkili olduğunu bildirmiştir <sup>(2-7)</sup>.

### **Cerrahi Planlama**

Prosedür acil bir durumda gerçekleştirilebilir. Acil durum prosedürleri için en yaygın endikasyon, konservatif önlemlerle kontrol edilemeyen şiddetli uterus kanamasıdır. Bu tür kanamalar en sık plasentanın anormal yerleşimi veya uterin atoniye bağlıdır ki bunlar peripartum histerektomilerin %30-50'sini oluştururlar <sup>(8-12)</sup>. Diğer potansiyel nedenler uterus rüptürü, leiomyomlar ve uterus damarlarının laserasyonudur. Planlanan peripartum histerektomi, plasenta akreatanın antepartum tanısı olan hastalarda veya daha nadiren evre IA2 ve IB1 servikal karsinom veya çok büyük fibroidler için yapılabilir <sup>(13-15)</sup>. Enfeksiyon peripartum histerektomiye önemli bir katkıda bulunur. Şiddetli doğum sonu pelvik enfeksiyon

<sup>1</sup> Doktor,SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Email:elifcansseven10@gmail.com

edildikten sonra göğüs pompası kullanabilirler. Anne sütü çıkışı hastanın sıvı yönetiminde göz önünde bulundurulmalıdır. Fiziksel veya psikolojik olarak emziremeyen hastalar desteklenmelidir. Doğum sonrası laktasyonda başarısız olan veya hipopituitarizmin diğer belirtilerini geliştirmeyen kadınlarda Sheehan sendromu da düşünülmelidir.

## Özet ve Tavsiyeler

Zamanlama optimal bir sonuç için kritik öneme sahiptir, bu nedenle histerektomi çok erken veya çok geç yapılmamalıdır.

Hastanın risk faktörlerine göre peripartum histerektomi ihtiyacını öngörmek, doğum öncesi dönemde hasta hazırlığı ve danışmanlığı, ayrıntılı cerrahi planlama ve acil bir prosedürden kaçınılmasını sağlar.

Genellikle vertikal cilt insizyonu gerekir. Previa veya büyük fibroidi olmayan ve çok düşük yapışma riski olan ince hastalarda Pfannenstiel insizyonu kabul edilebilir.

Şüpheli placentia previa/akreata durumunda genellikle fundal histerotomi güvenli bir seçenektir.

Masif transfüzyon ve koagülopatiden kaçınmak için hazırlık yapılmalıdır.

Peripartum histerektominin başlıca komplikasyonları kanama, idrar yolu hasarı, koagülopati ve enfeksiyondur.

## KAYNAKLAR

1. Huque S, Roberts I, Fawole B, et al. Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18:186.
2. Glaze S, Ekwalinga P, Roberts G, et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008; 111:732.
3. Bodelon C, Bernabe-Ortiz A, Schiff MA, Reed SD. Factors associated with peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2009; 114:115.
4. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2010; 115:637.
5. Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:632.e1.
6. Colmorn LB, Krebs L, Langhoff-Roos J, NOSS study group. Potentially Avoidable Peripartum Hysterectomies in Denmark: A Population Based Clinical Audit. *PLoS One* 2016; 11:e0161302.
7. Hernandez JS, Nuangchamnon N, Ziadie M, et al. Placental and uterine pathology in women undergoing peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2012; 119:1137.
8. Bigelow CA, Horowitz NS, Goodman A, et al. Management and outcome of cervical cancer diagnosed in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:276.e1.
9. Knight M, UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. *BJOG* 2007; 114:1380.

10. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, et al. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study. *BJOG* 2014; 121:62.
11. Giambattista E, Ossola MW, Duiella SF, et al. Predicting factors for emergency peripartum hysterectomy in women with placenta previa. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285:901.
12. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:210.
13. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1226.
14. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, et al. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111:97.
15. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol* 2011; 117:331.
16. Wright JD, Devine P, Shah M, et al. Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1187.
17. Imudia AN, Hobson DT, Awonuga AO, et al. Determinants and complications of emergent cesarean hysterectomy: supracervical vs total hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:221.e1.
18. Pan Y, Zhou X, Yang Z, et al. Retrospective cohort study of prophylactic intraoperative uterine artery embolization for abnormally invasive placenta. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 137:45.
19. Tan CH, Tay KH, Sheah K, et al. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 189:1158.
20. Shrivastava V, Nageotte M, Major C, et al. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:402.e1.
21. Ballas J, Hull AD, Saenz C, et al. Preoperative intravascular balloon catheters and surgical outcomes in pregnancies complicated by placenta accreta: a management paradox. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:216.e1.
22. Chen M, Lv B, He G, Liu X. Internal iliac artery balloon occlusion during cesarean hysterectomy in women with placenta previa accreta. *Int J Gynaecol Obstet* 2019; 145:110.
23. Salim R, Chulski A, Romano S, et al. Precesarean Prophylactic Balloon Catheters for Suspected Placenta Accreta: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2015; 126:1022.
24. Carnevale FC, Kondo MM, de Oliveira Sousa W Jr, et al. Perioperative temporary occlusion of the internal iliac arteries as prophylaxis in cesarean section at risk of hemorrhage in placenta accreta. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2011; 34:758.
25. Chen L, Wang X, Wang H, et al. Clinical evaluation of prophylactic abdominal aortic balloon occlusion in patients with placenta accreta: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19:30.
26. Ordoñez CA, Manzano-Nunez R, Parra MW, et al. Prophylactic use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in women with abnormal placentation: A systematic review, meta-analysis, and case series. *J Trauma Acute Care Surg* 2018; 84:809.
27. Stensaeth KH, Sovik E, Haig IN, et al. Fluoroscopy-free Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA) for controlling life threatening postpartum hemorrhage. *PLoS One* 2017; 12:e0174520.
28. Markley JC, Farber MK, Perlman NC, Carusi DA. Neuraxial Anesthesia During Cesarean Delivery for Placenta Previa With Suspected Morbidly Adherent Placenta: A Retrospective Analysis. *Anesth Analg* 2018; 127:930.
29. Main EK, Goffman D, Scavone BM, et al. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2015; 126:155.
30. Selman AE. Cesarean hysterectomy for placenta praevia/accreta using an approach via the pouch of Douglas. *BJOG* 2016; 123:815.

31. Belfort MA, Shamshirsaz AA, Fox KA. A technique to positively identify the vaginal fornices during complicated postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:222.e1.
32. Milne ME, Yazer MH, Waters JH. Red blood cell salvage during obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2015; 125:919.
33. Albright CM, Rouse DJ, Werner EF. Cost savings of red cell salvage during cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 124:690.
34. Khan KS, Moore PAS, Wilson MJ, et al. Cell salvage and donor blood transfusion during cesarean section: A pragmatic, multicentre randomised controlled trial (SALVO). *PLoS Med* 2017; 14:e1002471.
35. Eller AG, Porter TF, Soisson P, et al. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG* 2009; 116:648.
36. Wright JD, Bonanno C, Shah M, et al. Peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2010; 116:429.
37. Duenas-Garcia OF, Goldberg JM. Topical hemostatic agents in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Surv* 2008; 63:389.
38. Achneck HE, Sileshi B, Jamiolkowski RM, et al. A comprehensive review of topical hemostatic agents: efficacy and recommendations for use. *Ann Surg* 2010; 251:217.
39. Gabay M. Absorbable hemostatic agents. *Am J Health Syst Pharm* 2006; 63:1244.
40. Berrevoet F, de Hemptinne B. Use of topical hemostatic agents during liver resection. *Dig Surg* 2007; 24:288.
41. Finan MA, Fiorica JV, Hoffman MS, et al. Massive pelvic hemorrhage during gynecologic cancer surgery: "pack and go back". *Gynecol Oncol* 1996; 62:390.
42. Dildy GA, Scott JR, Saffer CS, Belfort MA. An effective pressure pack for severe pelvic hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1222.
43. Ghourab S, Al-Nuaim L, Al-Jabari A, et al. Abdomino-pelvic packing to control severe haemorrhage following caesarean hysterectomy. *J Obstet Gynaecol* 1999; 19:155.