

Postpartum Kanama Olgularında Anestezi Yönetimi

10. BÖLÜM

Pınar KOLUSARI¹

OLGU

Yirmi yedi yaşında (Gravida: 2, Parite: 0, Abortus:1), 40 hafta 6 günlük nullipar gebe doğum indüksiyonu için obstetri servisine yatırışı yapılmış. Anamnezinden, hastanın antenatal takiplerine gelmediği öğrenilmiş. Ayrıca hastanın herhangi bir kronik hastalık veya ilaç kullanımı mevcut değilmiş. Obstetrik ultrasonunda (USG) yaklaşık 40 hafta ile uyumlu tahmini fetal ağırlığı 3800 gr olan, amnion mayisi normal sınırlarda, plasentası fundus posterior yerleşimli fetüs izlenmiş. Hasta rutin tetkikleri yapıldıktan sonra travay için doğumhaneye yatırılmış. Serviksi indüksiyona uygun olduğu için oksitosin ile eylem indüksiyonuna karar verilmiş. Oksitosin ile eylem indüksiyonunu takiben, 4 saatlik travay sonrası vajinal yol ile tek, canlı, 51 cm boyunda 3830 gr ağırlığında kız bebek doğurtulmuş. Bebeğin APGAR skorları 1. ve 5. dk'larda sırasıyla 8 ve 9 olarak tespit edilmiş. Plasenta ve ekleri tam olarak çıkartılmış. Postpartum serviks kontrolünde, serviks sol lateralde saat 2 hizasında laserasyon izlenmiş ve laserasyon alanı lokal anestezi eşliğinde doğum salonunda onarılmış. Hastaya doğum sonrası kanama kontrolü için uterotonik olarak 1000 mL serum fizyolojik içerisinde 30 IU iv oksitosin ve 0.2 mg metil ergonovin intramüsküler uygulanmış. Epizyotomi tamiri sonrası hasta 1 saat doğumhanede kanama kontrolü için takip edilmiş, kanama olmaması üzerine hasta lohusa servisine yatırılmış. Postpartum 5. saatte lohusa servisindeki takibi sırasında hastanın ani abondan vajinal kanaması olmuş. Hastanın yapılan muayenesinde serviks sol lateralde saat 2 hizasındaki lasere alandan abondan vajinal kanama izlenmesi üzerine, hasta ameliyathane koşullarında genel anestezi altında değerlendirilme kararı alınmış.

Hasta bölümümüze konsülte edilerek hızlıca ameliyathane odasına alındı. Preoperatif laboratuvar sonuçlarında hemoglobin (Hb): 6.7 g dL⁻¹, hematokrit (Hct): %21, Beyaz küre (WBC): 23.000/mm³, platelet (Plt): 89.000/mm³, Inter-

¹ Dr. Öğr. Üyesi Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

KAYNAKLAR

1. Dilla AJ, Waters JH, Yazer MH. Clinical validation of risk stratification criteria for peripartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2013;122(1):120-6.
2. Biro P. Difficult intubation in pregnancy. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(3):249-54.
3. Rogers DM, Crookston KP. The approach to the patient who refuses blood transfusion. *Transfusion.* 2006;46(9):1471-7.
4. Ring L, Landau R. Postpartum hemorrhage: Anesthesia management. *Semin Perinatol.* 2019;43(1):35-43.
5. Arnolds DE. Maternal safety: recent advances and implications for the obstetric anesthesiologist. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2020;33(6):793-9.
6. Bonnet MP, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH. Critical care and transfusion management in maternal deaths from postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;158(2):183-8.
7. Wikkelso A, Wetterslev J, Møller AM, et al. Thromboelastography (TEG) or thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemostatic treatment versus usual care in adults or children with bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(8):Cd007871.
8. Chandrachan E, Arulkumaran S. Acute tocolysis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005;17(2):151-6.
9. Peng AT, Gorman RS, Shulman SM, et al. Intravenous nitroglycerin for uterine relaxation in the postpartum patient with retained placenta. *Anesthesiology.* 1989;71(1):172-3.
10. Hong RW, Greenfield ML, Polley LS. Nitroglycerin for uterine inversion in the absence of placental fragments. *Anesth Analg.* 2006;103(2):511-2.
11. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2017;389(10084):2105-16.
12. Main EK, Goffman D, Scavone BM, et al. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):155-62.
13. Shields LE, Wiesner S, Fulton J, et al. Comprehensive maternal hemorrhage protocols reduce the use of blood products and improve patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(3):272-80.
14. Shields LE, Smalarz K, Reffigee L, et al. Comprehensive maternal hemorrhage protocols improve patient safety and reduce utilization of blood products. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(4):368.e1-8.