

Bölüm 7

OBSTETRİK KANAMANIN PREDİKSİYONU VE ÖNLENMESİ

Işıl UZUN ÇİLİNGİR

Giriş

Doğum sonrası 500 ml üzeri kanama klasik tanımlamada postpartum kanama olarak kabul edilmiştir (Pritchard & ark, 1962). Ancak doğumların birçoğunda bu miktar üzeri kanama görülebilmektedir. Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar birliği yayınladığı bir deklarasyonda postpartum kanamayı kesin olarak tarifleyen bir kriter olmadığını öne sürmüştür (ACOG 2006). Ancak şurası kesindir ki vajinal doğum sonrası 500 ml üzeri kanama doktoru alarme edip dikkatlice davranmasını gerektirmektedir. Bu miktar sezaryen doğumlar için klasik tanımlamada 1000 ml olarak kabul edilmektedir.

RCOG (Royal college of Obstetricians and Gynecologists) ise postpartum kanamayı üç sınıfa ayırmıştır. Bu sınıflamaya göre 500-1000 ml arası kanama, şokun klinik bulguları eşlik etmediğinde” hafif” olarak tanımlanırken, 1000 ile 2000 ml arası “orta seviye” 2000 ml üzeri kanama ise “ağır postpartum kanama” olarak tanımlanmıştır (RCOG 2016).

Kan kaybının miktarını ölçümü oldukça zordur. Anne vücut ağırlığının %1’inden daha fazlasının kaybıdır. Zayıf bir annede 500 ml kayıp şoka sebep olabilir, obez bir anne 1000-1500 ml kayıp tolere edilebilir. Kan volüm artışı sınırlanmış preeklampatik, eklampatik hasta 500-750 ml kan kaybını tolere edemeyebilir. Tüm bu veriler dikkate alındığında her hastanın kendi şartlarında bireysel olarak değerlendirilmesi önerilebilir.

Öngörü ve Önleme

Postpartum kanamanın öngörüsünde en önemli adım postpartum kanama için riskli hastaların belirlenmesidir. Postpartum kanama için kabul edilen risk faktörleri antenatal, intrapartum veya postpartum olarak ortaya çıkabilir (Tablo 1). Risk faktörlerinin bir veya bir kaçını taşıyan hastalar postpartum kanamalar için dikkatlice izlenmelidir. Doğum sonu özellikle ilk 2 saatin “altın saat” olduğu, bu dönemde geç kalınmadan yakalanan postpartum kanama vakalarına daha kolay müdahale edilebileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Hasta doğum sonu ilk yarım saatte 5-10 dakikada bir sonraki yarım saatte 15 dakikada bir değerlendirilerek yakın takip altında tutulmalıdır. Postpartum kanamaya bağlı maternal morbidite ve mortalitenin en önemli sebebi kanamanın erken dönemde tanınmamasıdır. Tanı ve tedavide geç kalınması

Çok nadir olmakla birlikte bazı preterm vakalarda fetal kondisyonu bozmayan sınırlı ablasyo plasenta ekspektan olarak takip edilebilir. Çok seçilmiş vakalarda tokolitikler de kullanılabilir. Ancak bu tip vakalarda kontinü fetal monitorizasyonun dahi fetusun iyilik halini garanti edemeyeceği bilinmelidir. Yapılan bir çalışmada 28 hafta altı vakalarda ortalama 1,6 hafta kazanıldığı rapor edilmiştir (Sbourin& ark, 2012).

Plasenta Previa/ Accreata

Plasenta yerleşim yeri anomalileri ve yapışma kusurlarında mühim olan tanının önceden konularak planlı bir şekilde opere edilmeleridir. Burada hastaların travay öncesi ya da ilk kez geliyorsa mutlaka ultrason ile değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkar. Artan sezaryen oranları ile her geçen gün daha sık rastladığımız plasenta yapışma anomalileri ayrı bir başlık altında tartışılması gereken bir konudur.

Obstetrik kanama farklı nedenlere bağlı olarak çeşitli klinik prezantasyonla seyreden maternal morbidite ve mortaliteye neden olabilen çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. İlerleyen teknoloji ve tedavi yöntemleri ile elimizdeki imkanlar artsa da, daha katedilmesi gereken bir yol olduğu açıktır. Ancak bunun ötesinde obstetrik kanama oluşmadan alınacak önlemler veya oluşması halinde yapılacak ön hazırlık ile obstetrik hemoraji ve ona bağlı maternal morbidite ve mortalitenin bir kısmının önüne geçmek mümkün olacaktır. Obstetrik kanama gelişmeden evvel alınacak birkaç küçük önlemin hayat kurtarabileceği akılda tutularak hiçbir risk taşımasa dahi her doğuma bu anlayışla yaklaşılmalıdır.

Kaynakça

- Al-Zirgi I,Vangen S,ForsenL, et al. Prevalance and risk factors of severe obstetric hemorrhage. BJOG 115:1265,2008
- Ananth CV, Savitz DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodologic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 1996; 88: 309-18.
- Ananth CV, Gerahun D, Peltier MR, et al. Placental abruption in term and preterm gestations. Obstet gynocol 107;785,2006
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Postpartum Hemorrhage. Practice Bulletin No 76.,October 2006
- Baskett TF. Acute uterine inversion: a review of 40 cases. J Obstet Gynaecol Can 24:953,2002
- Derman RJ, Kodkany BS, Gaudar SS, et al: Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage in resource-poor communities: a randomized controlled trial. Lancet 368:1248,200
- Driessen M, Bouvier-Colle MH, Dupont C, et al. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vagina delivery. Factors associated with severity. Obstet Gynecol 117(1):21,2011e
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G et al, Prophylactic use of oxytocin in third stage of labour: Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD001808
- Hofmeyr GJ, Abdel Aleem H, Abdel-Aleem MA: Uterine massage for preventing postpartum hemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 7: CD006431,2008
- Kieser KE, Baskett TF. A 10 year population based study of uterine rupture. Obstet Gynecol 100:749, 2002
- Landy HJ, Laughon K, Bailit JL et al: Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. Obstet Gynecol 117(3):627,2011
- Nelson EL, Parker AN, Dudley DJ: Spontaneous vulvar hematoma during pregnancy: a case report. J reprod Med 57 (1-2);74,2012
- Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol. 2006;108(4):1005–1016.

Saęlık Bilimleri Dahili Bilimler

Pritchard JA, Baldwin RM, DickeJ, et al. Blood volume changes in pregnancy and puerperium. Red blood loss and changes in apparent blood volume during and following vaginal delivery, cesarean section and hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 84: 1271- 1962

Royal College of Obstetricians and Gynecologists: Postpartum Hemorrhage. Green Top Guideline No 52. *BJOG* 2016

Sentilhes L, Winer N, Azria E et al. Tranexamic Acid for the Prevention of Blood Loss after Vaginal Delivery. *N Engl J Med*. 2018 Aug 23;379(8):731-742. doi: 10.1056/NEJMoa1800942

Upadhyay K, Scholefield H. Risk management and medicolegal issues related to postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2008 Dec;22(6):1149-69. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.08.007.

Uzun I, Yıldırım A, Kalelioglu I, Has R. Spontaneous rupture of unscarred uterus at 27 weeks of gestation. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Jun;281(6):999-1001. doi: 10.1007/s00404-009-1321-8h

Yazicioglu HF, Çapar S, Sevket O, Keskin S, Ateş S. Use of manual strangulation technique to reduce blood loss at elective cesarean section. *Pam. Med J* 2014;7(1):27-31