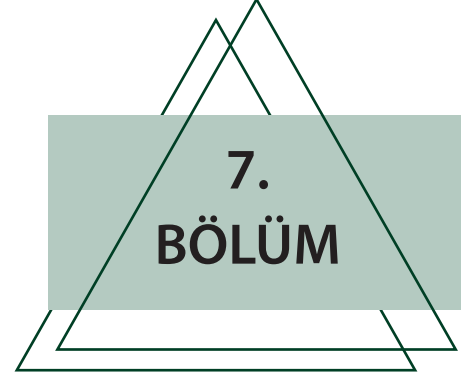


1. TRİMESTER KANAMALARI VE ABORTUSLAR



Seyfettin ÖZVURAL¹

GİRİŞ

Kanama gebeliğin her üç döneminde de sık karşılaşılan bir problemdir. Çoğunlukla kanama desidüadaki damarlardan kaynaklanmakta, olup maternal orjinlidir. Klinisyen gebelik haftasını da göze alarak kanamanın miktarını, süresini, sürekliliğini ve ağrılı olup olmadığını değerlendirildiğinde bir ön tanıya sıklıkla ulaşır, görüntüleme ve laboratuvar testlerle de bunu doğrulama yoluna gider.

Kanama durumunda ilk değerlendirilmesi gereken hastanın hemodinamik durumudur. Hemodinamik stabilizasyon net olarak ortaya konmadan etyolojik inceleme yapılmamalıdır. Maternal koşullar sağlandıktan sonra da hızlıca viabilite ve fetal değerlendirme yapılmalıdır.

Nedenler

1.trimester boyunca vajinal kanama miktarı, şiddeti ,ağrılı olup olmamasına bakılmaksızın (0-13+6 hf) %20-40 sıklıkta görülür.

Erken gebelikte kanamaların en sık nedenleri;

- Ektopik gebelik
- Erken gebelik kayıpları

- İmplantasyon kanaması
- Düşük tehlikesi
- Servikal,vajinal veya uterin patolojiler (ectropion, polip, myom, enfeksiyon, gestasyonel trofobalstik hastalıklar vb) olarak sıralanabilir.

1.trimesterde travmalarla ilişkili olmayan kanamaların en sık nedeni kuşkusuz erken gebelik kayıpları ilişkili kanamalardır (prevalans %15-20). Bu hastalarda hemodinamik durum sıklıkla stabil olup, kan transfüzyonu oranı gerektirecek düzeyde ağır kanama oranı %1 civarındadır ⁽¹⁾. Ektopik gebelik (tüm gebelikler içerisinde %1-2 prevelans) daha nadir gözüktse de ilk trimester kanamaları içerisinde en ciddi kanama nedeni olarak her zaman akılda tutulmalı ve kanaması olan her gebede ayırıcı tanıda ilk olarak ele alınmalıdır.

Tanı

Değerlendirmede etyolojiyi belirlemek kadar, ayırıcı tanıdaki önemli patolojileri dışlamak da çok önemlidir çünkü çoğunlukla kesin etyoloji belirlenemeyecektir. Hayati tehlike arz eden durumların atlanmaması ve kanamanın mik-

¹ Op.r Dr. Özel Hizmet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bahçelievler, İstanbul, drsozvural@gmail.com

nama olsa bile %90-96 oranında gebelik devam etmiştir^(4,5). Bu gebelerde kanama çoğunlukla materno-fetal arayüzdeki damarlardan kaynaklanmakta ve subkoryonik hematoma oluşmadığı sürece de ultrasonografi olarak tanınmamaktadır.

Tedavide yatak istirahati , hidrasyon ve progesteron desteği kullanılsa da bilimsel olarak etkinlikleri halen tartışmalıdır.

ÖNLENEMEZ DÜŞÜK (ABORTUS INCİPIENS)

Vajinal kanama saptanan intrauterin bir gebelikte, internal servikal os açıklığı saptanmışsa tanı önlenemez düşüktür. Bu gebelerde fetal kardiyak aktivite gözlenirse bile çoğunlukla servikal açıklık varlığı yanı sıra gebelik kesesinin bütünlüğü de bozulmuş olup gebeliğin devamı mümkün değildir.

KOMPLET AABORTUS

12.gebelik haftasından önce gebelik kaybı yaşıyorsa , sıklıkla gebeliğe ait tüm dokunun uterusdan atılması söz konusu olur. Bu durum komplet abortus olarak isimlendirilir. Kuşkusuz daha önce gebeliğin ultrason ile görüntülenmiş olması tanı açısından kolaylık sağlayacaktır. Bu tanıyı koyarken sonografik olarak tanı koyulamayan bir ekstrauterin gebelik açısından dikkatli olunmalıdır. Ayırıcı tanı için histopatolojik olarak koryonik villusların saptanması yeterli olmakla birlikte mümkün olmayan durumlarda seri beta-hCG takibi önemlidir.

INKOMPLET AABORTUS

Komplet abortusa benzer bir şekilde bir gebelik erken haftalarda kayıp ile sonuçlanıyor ancak fetus ve ekleri tam olarak uterusdan atılamıyorsa bu durum inkomplet abortus olarak isimlendirilir. Servikal osta açıklık, kanama, ağrı ve uterus kontraksiyonlara ilaveten ultrasonografide ute-

rusta atılamayan dokular gözlenir. Bu durumda takip ile kalan dokuların düşmesi gözlenebilir ya da medikal veya cerrahi olarak kürtaj yapılabilir. Bu çoğunlukla 2.trimester kayıplarında gözlenen bir durum olmakla birlikte birinci trimesterde de rastlanabilir. Kanama miktarı hipovolemik şok düzeylerine erişecek kadar çok olabilir.

MİSSED ABORTUS

20.gebelik haftasından önce intrauterin fetal ölüm sonrasında fetal&plasental dokuların uterusda kalması durumunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Hastanın gebeliğe dair yakınmaları olabileceği gibi hiç bir şikayeti olmayadabilir. Internal servikal os kapalı olup monografik olarak fetal kardiyak aktivite gözlenmez. Medikal olarak müdahale edilebilse de sıklıkla cerrahi olarak kürtaj yapılması gereklidir.

PROGNOZ

1.Trimesterde kanama saptanan gebeliklerde olumsuz gebelik sonuçları açısından risk artmıştır. Bu gebelerde erken gebelik kayıpları, preterm doğum, erken membran rüptürü (pprom) ve fetal gelişme geriliği riski artmıştır. [6] En iyi prognoz 6.hafta ve erken gebelik haftalarındaki hafif kanamalardadır. İlerleyen gebelik haftalarında başlayan ve klinik olarak daha şiddetli gebeliklerde prognoz gittikçe kötüleşir ⁽⁷⁾.Yatak istirahati gereksiz olup bu gebelerde prognozu etkilememektedir ⁽⁸⁾.

KAYNAKLAR

1. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2012; :CD003518.
2. Isoardi K. Review article: the use of pelvic examination within the emergency department in the assessment of early pregnancy bleeding. Emerg Med Australas 2009; 21:440.

3. Morse CB, Sammel MD, Shaunik A, et al. Performance of human chorionic gonadotropin curves in women at risk for ectopic pregnancy: exceptions to the rules. *Fertil Steril* 2012; 97:101.
4. Tongsong T, Srisomboon J, Wanapirak C, et al. Pregnancy outcome of threatened abortion with demonstrable fetal cardiac activity: a cohort study. *J Obstet Gynaecol (Tokyo 1995)* 1995; 21:331.
5. Tannirandorn Y, Sangsawang S, Manotaya S, et al. Fetal loss in threatened abortion after embryonic/fetal heart activity. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 81:263.
6. Harville EW, Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Vaginal bleeding in very early pregnancy. *Hum Reprod* 2003; 18:1944.
7. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, et al. Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:745.
8. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:130.