

POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ

29. BÖLÜM

Alper KAHRAMAN¹

Postpartum kanama geleneksel olarak vajinal doğumlarda 500ml, sezaryen ile doğumlarda 1000 ml'den fazla kanama olması şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak kaybedilen kanın ölçümünün klinik pratikte zor olması ve 500ml ile 1000ml arasında kan kaybı olan kadınlarda morbidite oranlarının düşük olması ⁽¹⁾ nedeniyle postpartum kanama için alternatif tanımlar geliştirilmiştir. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2017 yılında postpartum kanamayı “doğum şeklinden bağımsız olarak, uterotonik ajanların kullanılmış olmasına karşın doğumu takip eden 24 saat içerisinde, toplam 1000ml'den fazla kanama olması” şeklinde tanımlamıştır ⁽²⁾. Postpartum kanama için kullanılan bazı diğer güncel tanımlar da Tablo 1'de verilmiştir.

Bu tanımların dışında, doğumu takip eden ilk 24 saat içerisinde gerçekleşen kanamalar primer ya da erken postpartum kanama, doğumdan sonraki 24 saat ile 6 hafta arasında gerçekleşen kanamalara sekonder ya da geç postpartum kanama olarak adlandırılmaktadır. Tanımlamalardaki farklılıklar ve klinik pratikte kan kaybının objektif olarak belirlenmesindeki güçlükler nedeniyle postpartum kanamaların insidansı net bilinmemektedir. Erken postpartum kanamala-

rın doğumların %1 ila 10'unu ^(8,9), geç postpartum kanamaların doğumların %0,2 ila %2,5'ünü ⁽¹⁰⁾ komplike ettikleri çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Risk faktörleri arasında plasenta retansiyonu, doğumun ikinci evresinde duraklama, plasenta akreata, forseps kullanımı, iri bebek, hipertansif bozukluklar, doğum indüksiyonu, obezite, gebeliğin geç dönemlerinde seroton-nörepinefrin reuptake inhibitörü kullanımı gibi nedenler tanımlanmıştır ^(11,12,13). Ayrıca daha önce postpartum kanama öyküsü olan kadınların bir sonraki gebeliklerinde tekrar etme ihtimalinin 18 kat arttığı bilinmektedir ⁽¹⁴⁾. Ancak postpartum kanamaların tanımlanmış herhangi bir risk faktörü olmayan kadınlarda da sıklıkla görüldüğü akıldan çıkarılmamalıdır.

ERKEN (PRİMER) POSTPARTUM KANAMA

Geç postpartum kanamalara kıyasla klinisyenlerin daha sık karşılaştığı ve hayatı tehdit edici sonuçlar doğurma potansiyeli daha yüksek olan tipi erken postpartum kanamalardır. Erken postpartum kanama nedenleri Tablo 2'de verilmiştir.

¹ Uzm. Dr., SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, alper.k@hotmail.com

Geç Postpartum Kanamalarda Yönetim

Geç postpartum kanama ile başvuran hastalarda hemodinamik stabilite sağlanırken altta yatan sebebe yönelik tedaviler uygulanmalıdır. Her ne kadar literatürde bu konuda yeterli çalışma bulunmasa da konsepsiyon ürünleri retansiyonu saptanan hastalarda ilk tercih olarak küretaj yerine uterotonik ilaçlar ve antibiyoterapi altında konservatif tedavi uygulanmasının daha iyi sonuçlar verdiğine yönelik bulgular vardır (40). Ancak hastanın konservatif tedaviyle kontrol altına alınamayan 500ml'den fazla kanaması olması durumunda, suction küretaj yapılması düşünülmelidir. Uterin perforasyon riskini azaltmak için keskin küret kullanımından kaçınılmalı ve prosedür ultrason eşliğinde yapılmalıdır.

Plasental yatağın subinvolyusyonu söz konusu olan durumlarda metilergonovin, oksitosin ya da karboprost gibi uterotonikler kullanılabilir. Uterin tonusun yüksek olarak saptandığı durumlarda uterotoniklerin etkisiz kalacağı tahmin edilse de fokal subinvolyusyon olabileceğinden uterotonik ajanların kullanılması düşünülebilir. Ayrıca medikal tedaviye cevap vermeyen hastalarda ultrason ile plasenta retansiyonu saptanmasa dahi küretajın etkili olabileceğini bildiren yayınlar bulunmaktadır⁽⁴¹⁾. Buna ek olarak kanaması durmayan hastalarda balon ile uterus tamponad da denenebilir.

Genellikle masif olmayan vajinal kanamaya ateş, uterusun hassasiyet ve kötü kokulu akıntı gibi bulguların eşlik etmesi halinde endometritten şüphelenilmeli ve geniş spektrumlu antibiyotikler başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Anger H, Durocher J, Dabash R. How well do postpartum blood loss and common definitions of postpartum hemorrhage correlate with postpartum anemia and fall in hemoglobin?. *PLOS ONE* 14(8): e0221216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221216>
2. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 130(4):e168-e186. doi:10.1097/AOG.0000000000002351
3. World Health Organization. *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. 2012, Geneva: World Health Organization.
4. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG*. 124(5):e106-e149. doi:10.1111/1471-0528.14178
5. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, et al. Active management of the third stage of labour: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31:980.
6. CMQCC (2015). *OB Hemorrhage Toolkit V 2.0* (20 Temmuz 2020 www.cmqcc.org/resources-tool-kits/toolkits/ob-hemorrhage-toolkit adresinden ulaşılmıştır)
7. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, et al. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: Consensus from an international expert panel. *Transfusion* 2014; 54:1756.
8. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, et al. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 121 Suppl 1:5-13. doi:10.1111/1471-0528.12636
9. Deneux-Tharaux C, Bonnet MP, Tort J. Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum [Epidemiology of post-partum haemorrhage]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 43(10):936-950. doi:10.1016/j.jgyn.2014.09.023
10. Dossou M, Debost-Legrand A, Déchelotte P, Lémery D, Vendittelli F. Severe secondary postpartum hemorrhage: a historical cohort. *Birth*. 42(2):149-155. doi:10.1111/birt.12164
11. Sheiner E, Sarid L, Levy A, Seidman DS, Halak M. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18(3):149-154. doi:10.1080/14767050500170088
12. Blomberg M. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 118(3):561-568. doi:10.1097/AOG.0b013e31822a6c59
13. Palmsten K, Hernández-Díaz S, Huybrechts KF, et al. Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of

- low income women in the United States. *BMJ*. 347:f4877. doi:10.1136/bmj.f4877
14. Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. *Am J Obstet Gynecol*. 210(3):229.e1-229.e2298. doi:10.1016/j.ajog.2013.10.872
 15. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. (10):CD001808. doi:10.1002/14651858.CD001808.pub2
 16. Guidelines for oxytocin administration after birth: AWHONN practice brief number 2. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 44(1):161-163. doi:10.1111/1552-6909.12528
 17. Cunningham G. F. (2014). *Williams Obstetrics 24th edition* içinde (s.548). New York : McGraw-Hill Education/Medical
 18. Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*.12(12):CD011689. doi:10.1002/14651858.CD011689.pub3
 19. Oleen MA, Mariano JP. Controlling refractory atonic postpartum hemorrhage with Hemabate sterile solution. *Am J Obstet Gynecol*.162(1):205-208. doi:10.1016/0002-9378(90)90851-w
 20. Saccone G, Della Corte L, D'Alessandro P, et al. Prophylactic use of tranexamic acid after vaginal delivery reduces the risk of primary postpartum hemorrhage. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 1-9. doi:10.1080/14767058.2019.1571576
 21. Sentilhes L, Daniel V, Deneux-Tharaux C; TRAAP2 Study Group and the Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG). TRAAP2 - TRANexamic Acid for Preventing postpartum hemorrhage after cesarean delivery: a multicenter randomized, doubleblind, placebo-controlled trial - a study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20(1):63.. doi:10.1186/s12884-019-2718-4
 22. Main EK, McCain CL, Morton CH, Holtby S, Lawton ES. Pregnancy-related mortality in California: causes, characteristics, and improvement opportunities. *Obstet Gynecol*. 125(4):938-947. doi:10.1097/AOG.0000000000000746
 23. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 14(1):1-18. doi:10.1053/beog.1999.0060
 24. Perel P, Roberts I, Ker K. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev*. (2):CD000567. doi:10.1002/14651858.CD000567.pub6
 25. Reale SC, Easter SR, Xu X, Bateman BT, Farber MK. Trends in Postpartum Hemorrhage in the United States From 2010 to 2014. *Anesth Analg*. 130(5):e119-e122. doi:10.1213/ANE.0000000000004424
 26. Wetta, L. A., Szychowski, J. M., Seals, S. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 209(1), 51.e1-51.e516. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.011>
 27. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage 2018 ISBN 978-92-4-155042-0 Geneva: World Health Organization 2018
 28. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Hum Reprod*. 17(2):332-336. doi:10.1093/humrep/17.2.332
 29. Diemert A, Ortmeyer G, Hollwitz B, et al. The combination of intrauterine balloon tamponade and the B-Lynch procedure for the treatment of severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 206(1):65.e1-65.e654. doi:10.1016/j.ajog.2011.07.041
 30. Georgiou C. Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review. *BJOG*. 116(6):748-757. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02113.x
 31. Gabbe S. G. (2009) *Obstetrik:Normal ve Sorunlu Gebelikler* (Turgay ŞENER, Mete TANIR Çev. Ed.)
 32. Benrubi G, Neuman C, Nuss RC. Vulvar and vaginal hematomas: a retrospective study of conservative versus operative management. *South Med J*. 80(8):991-994. doi:10.1097/00007611-198708000-00014
 33. Coad SL, Dahlgren LS, Hutcheon JA. Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004 through 2013. *Am J Obstet Gynecol*. 217(3):377.e1-377.e6. doi:10.1016/j.ajog.2017.05.018
 34. Dossou M, Debost-Legrand A, Déchelotte P. Severe secondary postpartum hemorrhage: a historical cohort. *Birth*. 42(2):149-155. doi:10.1111/birt.12164
 35. Aziz N, Lenzi TA, Jeffrey RB Jr Postpartum uterine arteriovenous fistula. *Obstet Gynecol*

- col. 103(5 Pt 2):1076-1078. doi:10.1097/01.AOG.0000123241.44401.01
36. Wang PH, Pang YP, Chao HT, et al. Delayed postpartum hemorrhage in adenomyosis: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 1998;61(8):492-495.
37. Wu MC, Hsu YP, Lin HH. Severe delayed postpartum hemorrhage due to a neglected uterine diverticulum: a case report. *J Reprod Med*. 2013;58(7-8):347-350.
38. Zubor P, Kajo K, Dokus K, et al. Recurrent secondary postpartum hemorrhages due to placental site vessel subinvolution and local uterine tissue coagulopathy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14:80. doi:10.1186/1471-2393-14-80
39. Nanjundan P, Rohilla M, Raveendran A. Pseudoaneurysm of uterine artery: a rare cause of secondary postpartum hemorrhage, managed with uterine artery embolisation. *J Clin Imaging Sci*. 1:14. doi:10.4103/2156-7514.76692
40. Mulic-Lutvica A, Axelsson O. Ultrasound finding of an echogenic mass in women with secondary postpartum hemorrhage is associated with retained placental tissue. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 28(3):312-319. doi:10.1002/uog.2849
41. Hoveyda F, MacKenzie IZ. Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management. *BJOG*. 108(9):927-930. doi:10.1111/j.1471-0528.2001.00230.x