

Obstetrik Acillere Yaklaşım

Management of Obstetric Emergencies

Kazım Gezginç, Elif Utku Dalkılıç

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Özet

Gebelik fizyolojik bir süreç iken, anne ve fetus için her an acil, agresif tedavi gerektiren komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Kritik olayların oluş zamanı ve patofizyolojisinin anlaşılması tedavinin hızla yapılmasını sağlar. Obstetrik komplikasyonların çoğunun önceden tahmin edilemez, dolayısıyla komplikasyonlu gebelikler önceden tespit edilmeye çalışılarak gerekli tedbirler alınmalı, anne fetus ile birlikte değerlendirilerek maternal ve fetal morbidite ve mortalite en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Bu derlemede obstetrik aciller ve genel yaklaşımlar gözden geçirilecektir. (JAEM 2011; 10: 128-32)

Anahtar kelimeler: Obstetrik aciller, yaklaşım

Alındığı Tarih: 06.11.2010

Kabul Tarihi: 04.01.2011

Abstract

Pregnancy is a physiological process, but the mother and fetus may encounter complications that require aggressive emergency treatment at any time. Timing of critical events and understanding of the pathophysiology of treatment provide a rapid result. Most obstetric complications cannot be predicted, and pregnancies may be complicated by trying to determine in advance the necessary measures which should be taken and the mother and fetus are evaluated together to minimize maternal and fetal morbidity and mortality. Here, obstetric emergencies and general approaches will be reviewed. (JAEM 2011; 10: 128-32)

Key words: Obstetric emergencies, management

Received: 06.11.2010

Accepted: 04.01.2011

Erken Gebelik Kanamaları

Vajinal kanama, erken gebelik döneminde sık görülen klinik bir sorundur. Tüm gebelerin yaklaşık %20'si bu klinik durumdan şikayetçi olmaktadır (1). Erken dönemdeki vajinal kanamalar abortuslar, ektopik gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, servikal lezyonlar, servikal polipler nedeni ile olabilir (2). Gelişen teknoloji, transvaginal ultrasonografinin kullanımının yaygınlaşması, hassas hCG kitlelerinin kullanılması, progesteron değerleri ile erken gebelik kayıpları, fizyolojik kanama, ektopik gebelik ve trofoblastik hastalıktan ayırte diledilmektedir.

Abortuslar

Yirminci haftadan önce veya fetus ağırlığı 500 gramın altındayken gebeliğin sonlanmasına abortus denir. Tüm gebeliklerin %50-70'i, klinik olarak tanımlanan gebeliklerin %10-15'i düşükle (abortusla) sonlanır (3).

Erken gebelik haftalarında görülen ve vajinal kanama nedeni olan abortuslar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilirler (4);

1. Abortus imminens
2. Abortus incipiens
3. İnkomplet abortus
4. Komplet abortus
5. Missed abortus
6. Blighted ovum (boş gebelik)

Abortusların %80 kadarı ilk 12 hafta içerisinde ortaya çıkar ve genellikle fetal nedenlere bağlıdır; bunlarında yaklaşık yarısında neden kromozomal anomalilerdir, 12. haftanın üzerindeki abortuslarda ise sıklıkla neden maternal faktörlerdir. Maternal faktörler kısaca enfeksiyonlar, endokrin hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaç ve çevresel faktörler, immünojenik faktörler, trombofili, uterus patolojileri ve servikal yetmezlik şeklinde sıralanabilirler. Fetal faktörler ise genellikle kromozomal anormalliklerdir ve en sık görülen kromozomal anomaliler ise trizomilerdir (3, 4).

Klinik olarak abortus imminenste kanama hafiftir, ağrı eşlik edebilir, muayene bulgusu olarak ise serviks kapalıdır bu hastalarda yatak istirahati önerilir. Abortus incipienste vajinal kanama daha çoktur, ağrı artmıştır ve servikal açıklık ve silinme mevcuttur; düşük kaçınılmazdır ve küretaj ile gebelik sonlandırılmalıdır. İnkomplet ve komplet abortusta ağırlı vajinal kanama ve parça düşüme şikayeti vardır ve hastaya hemen revizyone küretaj uygulanır ve gebelik materyali temizlenerek hastanın kanaması durdurulur. Missed abortus ve blighted ovumda (boş gebelik) klinik olarak hastanın şikayeti yoktur veya minimal kanama mevcuttur, ultrasonografi ile tanı konur ve bu hastalarda da gecikmeden küretaj yapılmalıdır. Tüm bu hastalarda eğer hasta Rh negatif ve 6 haftanın üzerinde bir gebeliği var ise mutlaka anti-D immunglobulin yapılmalıdır (5).

Trofoblastik Hastalıklar

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar, mol hidatiform, lokal invaziv mol, metastatik mol ve koryokarsinomayı içine alan geniş bir hastalık grubuna verilen ortak isimdir.

Molar gebelikte klinik olarak vajinal kanama ve ağrı olmasına rağmen, genellikle tanı ultrasonografik olarak tipik kar yağdı veya ekme içi manzarasının saptanması ile konabilir. En önemli risk faktörleri ise ileri maternal yaş ve geçirilmiş mol hidatiform öyküsüdür. Hiperemesis gravidarum, preeklampsi, gestasyonel yaşla uyumlu olmayan uterus büyüklüğü, hipertiroidizm gibi birçok klinik bulgunun görülmesi halinde mutlaka akla gelmelidir (4).

Tedavide en güvenilir yöntem vakum aspirasyonudur ancak ileri yaş ve çocuk istemi yoksa histerektomi uygulanabilir. Bu işlemler sonrasında takip eden 3 haftalık dönemde haftalık β -hCG izlemleri ile değerlerin normale inmesi izlenmelidir. Değerlerin normale gelmesi ile 6-12 ay boyunca her ay β -hCG takibi yapılmalıdır. Hastaya bir yıl süreyle oral kontraseptif ilaçlarla mutlaka kontrasepsiyon anlatılmalıdır.

Persistan hastalık riski komplet mol olgularını takiben %15-20 civarındadır, persistan hastalık gelişmesi halinde pelvik muayene, akciğer grafisi, kan testleri, karaciğer ve beyin tomografisi ile uterus dışı yayılım olup olmadığı tespit edilmelidir. Tedavide tek ajanlı kemoterapi tercih edilmektedir; metotreksat, aktinomisin D ve 5-FU genellikle tercih edilen ajanlardır. Metastaz saptanması halinde düşük riskli grupta tek ajanlı kemoterapi tercih edilirken, yüksek riskli grupta kombine kemoterapi (MAC veya EMA-CO) rejimleri uygulanır.

Geç Gebelik Kanamaları

Geç gebelik kanamaları gebeliğin özellikle üçüncü trimesterinde maternal ve/veya fetal morbidite ve mortaliteyi arttırabilen klinik durumlardır. En sık sebepleri arasında plasenta previa, ablasyo plasenta ve vasa previa sayılabilir. İkinci trimester kanamalarında da sıklıkla plasenta yerleşim anomalileri beklenir ancak bununla birlikte vajinal enfeksiyonla veya postkoital kanama ile ilişkili, ektropion veya servikal polip nedeni ile, servikal yetmezlik ve nadir de olsa kanseröz lezyonlar nedeni ile vajinal kanama gözlemlenebilir (6). Olguların %50'sinde kanamanın sebebi tüm değerlendirmelere rağmen saptanamayabilir (7).

Plasenta previa

Plasenta previa plasental dokunun servikal osun üzerinde veya komşuluğunda olmasıdır; servikal osun plasental doku ile çevrelediği plasenta previa ve plasentanın servikal osun 2-3 cm çevresi içine uzandığı ancak serviksi çevrelemediği plasenta marjinalis olmak üzere 2 varyasyonu vardır. Plasenta previa insidansı 4/1000 doğumdur (8). Klinik olarak ağrısız vajinal kanama görülür kanamaya bazen uterus kontraksiyonları da eşlik edebilir.

Özellikle gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanama ile başvuran her hastada ultrasonografi ile tanı genellikle %98-100 oranında doğrulukla konabilmektedir. Plasenta previa şüphesinde vajinal muayene yapılmamalıdır.

Tedavide fetus preterm ise ve kanama minimal ise doğum endikasyonu yoktur. Eğer gebelik haftası 34. haftadan daha küçükse antenatal kortikosteroid uygulanmalı, vaginal kanamaya uterus kontraksiyonları eşlik ediyorsa tokoliz uygulanmalı bu arada ise anne her an acil şartlar için hazırlanmalıdır.

Maternal oksijen tedavisi, sol dekübit pozisyon ve sıvı replasmanı- na rağmen devam eden tatmin etmeyen fetal kalp atım trasesi, hayati

tehdit eden maternal kanama, belirgin vajinal kanama varlığında doğum endikasyonu vardır ve doğum şekli sezaryen olmalıdır (9).

Ablasyo plasenta

Ablasyo plasenta, normal yerleşimli bir plasentanın fetüsün doğumundan önce ayrılmasıdır. 1/75-1/226 doğumda bir görülür (10). Ablasyo plasenta klinik olarak vajinal kanama, abdominal ağrı, uterin hipertonsite, güven vermeyen fetal kalp hızı paterni, fetal ölüm ve DIC tablosu ile karşımıza çıkabilir (10). Tanısı öncelikle klinik- tir ultrasonografi, laboratuvar ile de desteklenebilir.

Ablasyo plasenta tanısı konulduğu zaman şoka karşı önlem alınmalıdır. Eğer hipovolemik şok varsa kan transfüzyonu ve kristalloidlerle replasmana başlanmalıdır. Tedavide doğum zamanlaması maternal ve fetal duruma, gestasyonel yaşa ve semptomların ciddiyetine göre karar verilir. Acil doğum seçeneği dekolmanın şiddetine ve fetüsün canlı veya ölü olmasına bağlıdır. Fetüs ölü ise vajinal doğum amaçtır, koagülopati açısından anne takip edilmelidir. Fetus preterm ise fetal iyilik hali yakın gözleme alınarak doğum geciktirilebilir ancak genel olarak tokolitik tedavi kabul edilmemiştir.

Vasa previa

Vasa previa, fetal damarların servikal os üzerinden velamentoz insersiyonu olarak tanımlanır. İnsidansı 1/6000'dir (11). Klinik olarak akut vajinal kanama ile birlikte eğer hemen müdahale edilmezse ani fetal ölüm görülebilir. Tanı ultrasonografi ile konabilir. Tedavide acil sezaryen ile doğum yaptırılır.

Servikal yetmezlik

Serviksin prematür dilatasyonu fetal kayıp veya doğumların majör sebebidir. Transvajinal ultrasonografi ile servikal dilatasyon ve kısalma değerlendirilmelidir. Servikal yetmezlik genellikle ikinci trimester kanamalarına yol açmakla birlikte preterm doğumlara da neden olabilmektedir. 12 ile 15. gestasyonel haftalarda fetal viabilite gösterilmesini takiben profilaktik servikal sütürler konabilir (serklaj) (6). Serklajın preterm doğumu engellediği veya fetal kaybı önlediği yönünde yeterli kanıt yoktur (12).

Hipertansif Aciller

Gebeliğin en sık tıbbi komplikasyonu hipertansiyondur ve tüm gebeliklerin %5-10'unda görülür (13). Gestasyonel hipertansiyon; gebelikte veya preeklampsi veya önceden var olan hipertansiyon bulgu ve belirtileri olmadan postpartum ilk 24 saat içinde gelişen kan basıncı yüksekliğidir. Kronik hipertansiyon; gebelikten önce hipertansiyon olması veya 20. gebelik haftasından önce tanının konması ile tanımlanmaktadır. Preeklampsi; proteinüri ile beraber 20. gebelik haftasından sonra hipertansiyon gelişmesidir. Ülkemizde de anne ölümlerinin en önde gelen nedeni preeklampsidir (14). Eklampsi preeklampsi tablosuna konvülsyonların eklenmesi durumudur. Preeklampsi oluşacağını önceden öngörmek mümkün olmadığından daha önceden geçirilmiş preeklampsi öyküsü, çoğul gebelik, diabetes mellitus, renal ve hipertansiyon hastalığı olan, 1. derece akrabalarında preeklampsi öyküsü olan gebeler preeklampsi açısından sık kan basıncı ve uterin arter doppleri ile yakın takip altında tutulmalıdır.

Preeklampsi tanısı konan gebeler hospitalize edilerek tablonun hafif mi ağır mı olduğu belirlenmelidir. Hafif tabloda genellikle 37. gebelik haftası ve üstü hafif hastalık gelişen olgularda serviksi uygun olan terme yakın gebelerde doğum indüksiyonu önerilir. Eğer serviksi uygun değilse anne ve fetüs yakın izlemde tutulmalıdır; annede belirtilerin başlangıcı veya kan basıncı değerlerinin yükselmesi veya proteinüri gelişimi acil hastaneye yatışı ve yakın izlem gerektirir. 37. haftanın altındaki hafif preeklampsi olgularda ayakta tedavi düşünülebilir ancak fetal ve maternal değerlendirme yapılarak olgular

haftada 2 kez görülmeli, her muayenede trombosit sayımı ve karaciğer enzimleri tekrarlanmalı, NST (nonstress test) ve seri ultrasonografiyle fetal gelişim ve amniotik sıvı değerlendirilmelidir.

Şiddetli preeklampsi tablosu obstetrik acil bir durumdur. Kritik sınır 34 haftadır, 34 hafta üzerinde doğum yaptırılmalıdır. 32-34 hafta arası steroid, antihipertansif tedavi, günlük maternal ve fetal durum değerlendirilmesi yapılır. 24-32 hafta arası amniosentez yapılır; fetal maturite tespit edildiğinde doğum, immatürite tespit edildiğinde steroid uygulanmasından 48 saat sonra doğum yaptırılır. Konvüzyonları önlemek için magnezyum sülfat (4-6 gr MgSO₄ intravenöz) tedavisi kullanılır. Şiddetli hipertansiyonun tedavisi olarak en sık kullanılan ilaç, intravenöz hidralazindir. Hidralazin intravenöz kullanılan arteriolar vazodilatatör olup her 20 dk'da 5-10 mg verilebilir. Amaç ensefalopati, kanama ve konjestif kalp yetmezliği gibi olası serebrovasküler ve kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesidir (15). Diğer kullanılan ilaçlar labetalol, sodyum nitroprusid, nifedipin, nitrogliserindir.

Eklampsi tedavisinde amaç konvüzyonları, maternal ve serebral vasküler olayları ve kalp yetmezliğini önleyip hipertansiyonu kontrol altına almaktır. Konvüzyonları önlemek için magnezyum sülfat (4-6 gr MgSO₄ intravenöz) kullanılır ve en kısa sürede doğum gerçekleştirilir. Aksı takdirde HELLP sendromu (hemoliz, karaciğer enzim seviyelerinde artış, düşük trombosit sayıları), yaygın damar içi pıhtılaşma veya böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Dolayısıyla hemoglobin ve trombosit sayımlarının, karaciğer enzimlerinin ve böbrek fonksiyon testlerinin yakın takibi gerekmektedir.

Preterm Doğum

Preterm eylem 37. gebelik haftasından önce doğum eylemin başlamasıdır. Preterm doğum, annenin son adet tarihinin birinci gününden itibaren 259 gün içinde veya konsepsiyon sonrasındaki 245 gün içerisinde olan doğumları kapsamaktadır. Amerika'da 1990-2004 yılları arasında sıklığı %12.5'e yükselmiştir (16). Preterm doğum Amerika'da neonatal ölümlerin en sık 2. nedenidir. Preterm eylem ise prematür doğumun en sık nedenidir.

Daha önceki gebelikte preterm doğum öyküsü, enfeksiyon, maternal yaş (17 yaş altı veya 35 yaş üzeri), maternal etnik köken, düşük sosyoekonomik düzey, çoğul gebelik, polihidroamnioz, sigara, alkol bazı konjenital anomaliler, servikal yetmezlik, ilk trimesterde vajinal kanama, uterin anomaliler, yardımcı üreme teknikleri ile elde edilen gebelikler preterm doğum için risk faktörleri arasındadır.

Preterm doğum tanısı için genellikle klinik kriterler kullanılmaktadır, serviks dilatasyonu veya silinmesine yol açan uterus kontraksiyonlarının varlığı (20 dakika içerisinde en az 4 veya 60 dakika içerisinde en az 8 uterus kontraksiyonu), servikal dilatasyon >2-3 cm veya servikal silinme %80 veya daha fazlasıdır (17).

Tedavide amaç anne ve fetus için uygun olan bir merkeze doğum öncesi nakledilmesi, neonatal enfeksiyonları önlemek amacı ile antibiyotik tedavisi, neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amaçlı kortikosteroidlerin antenatal uygulanmasını kapsar.

Fetal Distress

Fetal distress oksijen yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan asidoz belirtileri içindeki fetusun gösterdiği tepkilerin tümüdür. Fetal distressin değerlendirilmesinde; nonstress test (NST), kontraksiyon stress test (CST), fetal biyofizik profil, amnios sıvı indeksi, Doppler

ultrasonografi, skalp kan örnekleri, umbilikal kord kanında laktat, arginin, vazopressin saptanması, umbilikal kord kan gazları ve yenidoğanda Apgar skorlaması sıklıkla kullanılan parametrelerdir. FIGO alt komitesi fetal kalp hızı paterni için normal kriterleri şöyle belirlemiştir; base line 110-150 atım/dk olması, fetal kalp hızı variabilitesinin 5-25 atım/dk arasında olması ve akselerasyonların varlığıdır. Bunun dışındaki kriterler şüpheli veya patolojik traselerdir. Güven vermeyen fetal kalp hızı tablolarında öncelikli olarak dikkatli klinik değerlendirme ile nedene yönelik cerrahi dışı değerlendirme yapılmalıdır. Oksijen tedavisi, lateral pozisyon verme, hidrasyon, oksitosin indüksiyonu alıyorsa oksitosin tedavisinin kesilmesi gibi cerrahi non invaziv yöntemler denenebilir. İleri değerlendirmede vibro-akustik stimülasyon, amnion sıvı indeksi, biyofizik profil, doppler ultrasonografi ile kan akım hızı dalga formuna bakılır. Tüm bunlara rağmen asidoz dışlanamıyorsa klinik durum göz önüne alınarak acil operatif müdahale yapılmalıdır.

Non-Obstetrik Akut Batın

Nonobstetrik akut batın nedenleri arasında apandisit gebelikte en sık karşılaşılan akut batın nedenidir ve yaklaşık sıklığı 1500 doğumda birdir (18). Akut kolesistit, koleseliazis, akut pankreatit, barsak obstrüksiyonu, adneksiyel torsiyon da diğer obstetrik acil cerrahi tablolardan sadece birkaçıdır. Tanıda radyografik incelemelerden ultrasonografi güvenle yapılabilir, kabul edilen iyonizan radyasyon dozu 5 raddır. Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi travma ve cerrahi müdahale öncesinde, cerrahi sırasında ve sonrasında yapılmalıdır. Nonstress test (NST) fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemdir. Bilgisayarlı tomografi (BT) semptomatik hastalarda diğer klinik ve radyolojik bulgularla tanıya ulaşamadığı durumlarda kullanılabilir. Tüm bunların sonucunda cerrahi müdahale kararı öncesi ve sonrasında hasta mutlaka kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Eğer beklenebiliyorsa ikinci trimestere kadar beklenmelidir. Gebelikte semptomatik koleseliazis ve apandisitte laparoskopik cerrahi minimal fetal ve maternal morbidite ile ilişkilidir. Laparoskopik cerrahide fetal ve uterin durum, maternal end tidal CO₂ ve arteriyel kan gazları monitorize edilmelidir. Pnömo-peritonium basıncı minimumda olmalı (8-12 mm Hg) ve 15 mmHg geçmemelidir (19).

Amniotik Sıvı Embolisi

Amniotik sıvı embolisi ani başlangıçlı hipoksi, hipotansiyon ve şiddetli koagülopati ile birlikte olan obstetrik acillerden biridir. Maternal mortalite %80 kadar yüksek olabilir. Amniotik sıvı embolisinde tanı laboratuvar ve klinik özelliklere dayanmakla birlikte diğer gebelik komplikasyonlarından ayırtedilmelidir. Klasik bulgular olarak ani gelişen dispne ve hipotansiyonla birlikte olan kardiopulmoner yetmezlik bulgularıdır. İleri dönemde kanamalar, yaygın damar içi pıhtılaşma, konvüzyonlar görülebilir.

Tedavide amaç hipoksi ve hemodinamik bulguları düzeltmeye yöneliktir. Erken ve hızlı resüsitasyon ve fetusun doğurtulması ana hedeflerdendir. Oksijenasyon için entübasyon ve ventilasyon, CPAP veya PEEP uygulaması gerekebilir. Hemodinami için hızlı sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır. Uterin perfüzyonu sağlamak için annenin kalçaları sola doğru çevrilmeli, inferior vena cava basısı engellenmelidir. Kanamayı azaltmak için uterus tonusu korunmalıdır. Koagülopatiyi kontrol altına almak için plazma, kriyopresipitat, trombositler ya da

rekombinant faktör VII düşünülebilir. Eğer annede kardiopulmoner arrest nedeniyle resüsitasyon uygulanıyorsa, acil sezaryen ile doğum gerçekleştirilmelidir. Hasta yoğun bakım ünitesine transfer edilmelidir.

Omuz Distosisi

Omuz takılması (omuz distosisi) doğum sırasında başın doğması- ni takiben omuzların pelvis içinden kurtulamaması, takılı kalması durumudur. Doğum konusunda en acil müdahale gerektiren durumlardan birisidir. Tüm vajinal doğumların %0.15-1.7'sinde görülür (20). Pelvik çaplar ile biakromial çap arasındaki uyumsuzluk sonucu fetal omuzların anterio-posterior pozisyonda sebat etmesi durumunda ve trunkal rotasyon olmadığında görülebilir. Genellikle makrozomik fetuslerde görülmesine rağmen göğüs çevresinin baş çevresinden büyük olduğu olgularda da sıklıkla görülür ve hangi gebeliklerde doğum sırasında omuz takılması gerçekleşeceğinin net olarak önceden anlaşılmasını sağlayacak bir yöntem yoktur.

Risk faktörleri arasında maternal obesite, 4000 gram üzerinde bebek doğurma öyküsü, diabetes mellitus, doğumda uzamış 2. evre, deslasyon fazının uzaması, orta pelviste uygulanan enstrümantal doğum, kısa boy, ileri anne yaşı, platipelloid pelvis sayılabilir (21). Komplikasyonlar fetus için; brakial pleksus hasarı, kemik fraktürü (klavikula, humerus), intrakraniyal hemoraji, kalıcı nörolojik harabiyetle birlikte fetal hipoksi, fetal ölüm ve maternal olarak da postpartum kanama, 3. veya 4. derece yırtık, uterus rüptürü, rektovajinal fistül, mesane atonisi şeklinde özetlenebilir.

Omuz distosisinde omuzun bir an önce kurtarılması gerekir ve bunun için çeşitli manevralar yapılır. Yardım istenir, hastanın mesanesi boş olmalıdır ve epizyotomi için değerlendirme yapılır. Manevraların birbirine üstünlüğünü gösteren net bir kanıt yoktur. Mc Roberts manevrası ilk yaklaşım olmalıdır. Bu manevra ile annenin kalçaları fleksiyon ve abduksiyona getirilir, uyluklar anne karnına doğru çekilir. Böylelikle sakral promontoryum düzleşir. Doğum gerçekleştirilir. Suprapubik basınç, Wood's (vida) manevrası, Rubin manevrası, arka kolun doğurtulması, diz-dirsek manevrası, Zavanelli manevrası, kasıtlı klavikula kırılması, kleidotomi, simfizyotomi ise kullanılan diğer manevralardır ancak bu manevraların kadın doğum uzmanları tarafından yapılması uygun olduğu için bu bölümde ayrıntılı olarak değinilmemiştir.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynaecologists) 2002 tavsiyelerine göre omuz distosisi önceden tahmin edilemeyebilir ve önlenemez. Omuz distosisi öyküsü olan kadınlarda; tahmini fetal ağırlık, gestasyonel yaş, maternal glukoz intoleransı, önceki doğumda oluşan hasar değerlendirilerek sezaryen ile doğumun risk ve yararları anne ile konuşulmalıdır.

Postpartum Kanama

Postpartum kanama günümüzde gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde maternal morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biridir (22). Postpartum kanama vajinal doğum sonrası 500 ml'den fazla, sezaryen ile doğum sonrası 1000 ml'den fazla veya hemotokritte %10'dan daha fazla düşme olmasıdır. Erken başlayan kanama ilk 24 saat içerisinde, geç kanama ise postpartum 24 saat ile 6. hafta arası olan kanamalardır. Doğum sonrası kanamaların klinik yönetimini etyolojisi belirler. Masif hemoraji protokolündeki esaslara uyulur ve etyolojiye göre tedavi yapılır. Erken postpartum

kanamada en sık uterin atoni, geç kanamalarda ise en sık plasenta retansiyonu ve enfeksiyon etyolojide suçlanan nedenlerdir. Erken dönemde diğer postpartum kanama nedenleri alt genital yol lase-rasyonları (vajinal veya servikal), konsepsiyonun retansiyon ürünleri, invaziv plasentasyon, uterin rüptür, uterin inversiyon, koagülopatilerdir. Geç dönemde plasental bölge subinvolyusyonu ve konsepsiyonun retansiyon ürünleri, koagülopatiler de postpartum kanama nedenlerindedir.

Olguların yönetimi sırasında önceden belirlenmiş protokollere uygun hareket edilmesi gerekir (Tablo 1) (23).

Önlem;

- **Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi:** Kordonun erken klemplenmesi ve bebek doğduktan sonra 10 ünite oksitosin kas içine yada infüzyon olarak uygulanması doğum sonrası kanamalarda %25 azalma sağlamaktadır.
- Doğum yapan her hastanın başında asistan ve doğum hemşiresi en azından bir saat kanama kontrolü için bekler. Bir saat sonunda uterus tonusunun normal olduğu ve anormal kanama olmadığı dosyaya not edildikten sonra hasta yatağına alınır.

Kanama varlığında organizasyon;

1. Derhal hasta başına gelecek personeller
 - Sorumlu obstetrik uzmanı
 - Sorumlu obstetrik anestezi uzmanı
 - Sorumlu obstetrik yoğun bakım hemşiresi (gerektiğinde ekstra personeli sağlamak üzere)
 - Doğumhane posta görevlisi
 - Kan bankası teknisyeni ve sorumlusu ile iletişim sağlanır.
2. Ünite sorumlusu klinik durumdan haberdar edilir
3. Bir hemşire yalnızca kayıt tutar.
 - Hastanın vital bulguları, santral venöz basınç(CVP), idrar çıkımı
 - Hastanın aldığı bütün sıvılar, cins ve miktarları
 - Hastanın aldığı ilaçlar, dozajları tipleri yazılır
4. Hastaya gerekebilecek operasyon için hazırlıklar tamamlanır.

Postpartum kanamalarda ilk basamak nedenin değerlendirilmesidir. Hangi nedenden kaynaklanırsa kaynaklansın, genel tedbirler; damar yatağının doldurularak, hemorajik şokun önlenmesi ve aynı zamanda kanamanın durdurulmasına yönelik tedbirlerdir. Kanamanın durdurulmasına yönelik tedbirler, uterotonik ilaçlardan, hipogastrik arter ligasyonu ve histerektomiye kadar uzanabilir. Kanamanın durdurulması için kullanılan uterotonik ilaçlar oksitosin, metilergonovin, prostaglandinlerdir. Kanamanın devam etmesi halinde cerrahi girişimler uterin arter ligasyonu, hipogastrik arter ligasyonu, lynch sütürü veya histerektomi uygulanması gerekebilir.

Tablo 1. Aşağıda plasenta previa için risk faktörleri özetlenmiştir

• Artmış parite
• İleri anne yaşı
• Plasenta boyutlarının artması
• Önceki endometrial hasar
• Önceki sezaryen ile doğum
• Uterus skar ve patolojileri
• Önceki plasenta previa
• Plasenta patolojileri
• Sigara
• Yüksek rakımda yaşama

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Everett C. Incidence and outcome bleeding before the 20th week of pregnancy: Prospective study from general practice. *BMJ* 1997; 315: 32-4.
2. Hoey R, Allan K. Does speculum examination have a role in assessing bleeding in early pregnancy? *Emerg Med J* 2004; 21: 461-3. [\[CrossRef\]](#)
3. Gabbe GS, Niebyl RJ. *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler*. 5/E Nobel Tıp Kitabevi 2009; 24: 628-45.
4. Nas T, Yılmaz E. Erken Gebelik Kanamaları, Türkiye Klinikleri. *J Surg Med Sci*. 2006; 2: 1-5.
5. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Ve Tedavi. *Pelikan Yayıncılık* 2004; 35: 395-401.
6. Cengiz L. İkinci Trimester Kanamaları, Türkiye Klinikleri. *J Surg Med Sci* 2006; 2: 13-8.
7. Ngeh N, Bhide A. Antepartum Haemorrhage. *Curr Obstet Gynecol* 2006; 16: 79-83. [\[CrossRef\]](#)
8. Faiz AS, Anath CV. Etiology and risk factors for plasenta previa: An overview and metaanalysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13: 175-90. [\[CrossRef\]](#)
9. Velipaşaoğlu M. Üçüncü Trimestir Kanamaları. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2009; 40: 133-44.
10. Clark SL. Placenta previa and abruptio placenta. In Creasy RK, Resnik R (eds): *Maternal-fetal Medicine: Principles and Practice*, 5th ed, Philadelphia, WB Saunders Company 2004; ss: 713.
11. Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: Prenatal dianosis, natural evolution and clinical outcome. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 572-6. [\[CrossRef\]](#)
12. Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: An evidence based analysis. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 313-27. [\[CrossRef\]](#)
13. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1-22.
14. Madazlı R, Özgön M, Aksu MF, Köse Y. Maternal Mortality in Cerrahpasa Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology and Intensive Care Unit. Weinstein D, Chervenak F, eds. *The First World Congress on Maternal Mortality*. Monduzzi Editore 1997; ss:145-8.
15. Gabbe GS, Niebyl RJ. *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler* 5/E Nobel Tıp Kitabevi, 2009; 24: 884-7.
16. Martin JA, Hamilton BE et al. Preliminary Births for 2004: Infant and Maternal Health. Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics. *Health E-stats* 2005; 4: 11-5.
17. Önderoğlu L, Başaran A. Preterm Doğum. *Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci* 2006; 2: 29-41.
18. Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 40-4.
19. Reedy MB, Galan HL, Richards WE, Preece CK, Wetter PA, Kuehl TJ. Laparoscopy during pregnancy. A survey of laparoscopic surgeons. *J Reprod Med* 1997; 42: 33-8.
20. Benedetti TJ, Gabbe SG. Shoulder dystocia- a complication of fetal macrosomia and prolonged second stage of labor with midpelvic delivery. *Obstet gynecol* 1978; 52: 526-9.
21. Lewis DF, Edwards MS, Asrat T, Adair CD, Brooks G, London S. Can shoulder dystocia be predicted? *J Reprod Med* 1998; 43: 654-8.
22. Jansen AJ, van Rhenen DJ, Steegers EA, Duvekot JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60: 663-71. [\[CrossRef\]](#)
23. Yapar E, a Danışman N. Peripartum obstetrik aciller. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2: 47-54.

Düzeltilme ve Özür

Akademik Acil Tıp Dergisi cilt 10 sayı 2'de yayımlanan
"Kış Üniversite Oyunları 2011-Erzurum Sağlık Organizasyonu Nasıl Gerçekleşti" isimli çalışma isim listesi
 kapakta yanlış girmiştir.

Yanlışlık için yazarlardan ve okurlardan özür dileriz.