

Geç Postpartum Kanama

Ahmet ESMER*
Şakir KÜÇÜKKÖMÜRÇÜ*
Eftal ERDOĞAN**

ÖZET

Geç postpartum kanamalar doğumdan sonraki 2.-31. günler arasında ortaya çıkar. Görülme sıklığı 1000 gebelikte 1 olarak bildirilmektedir. Bu yazıda bir geç postpartum kanama olgusu ilgili literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

SUMMARY

Late Postpartum Hemorrhage

Late postpartum hemorrhage can occur between 2nd and 31st postpartum days. The reported incidence is 1 in 1000 pregnancies. In this paper a case of late postpartum hemorrhage is presented and literature is reviewed.

Gebelikte doğum eylemi sırasında ve postpartum devrede olan kanamalar lohusalığın en sık görülen letal komplikasyonlarıdır. Postpartum kanamalar lohusalığın % 4-5'inde görülmektedir¹.

Postpartum kanamalar iki bölümde incelenir:

1- Erken Kanamalar: Doğumu takiben ilk 24 saat içinde olan kanamalar.

2- Geç Postpartum Kanamalar: Doğumdan sonraki 2.-31. günler arasında görülen kanamalardır. Görülme sıklığı 1000 gebelikte 1 olarak bildirilmektedir².

Geç postpartum kanamalar sıklıkla 5.-15. günler arasında ortaya çıkar. Nedenleri ise genellikle plasental retansiyon ve plasentanın endometrial yapışma alanının subinvolyusyonudur. Nadiren submüköz myomlar, variköz damarların rüptürü, desiduumalar, plasental polipler, eksojen östrojen kullanımı postpartum kanama nedeni olarak ortaya çıkar¹⁻³.

* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dah.

** Uzm. Dr.; Orhaneli Devlet Hast. Kadın Hast. ve Doğum Servisi.

Bu yazımızda postpartum 18. günde oluşan bir kanama olgusu nedeniyle geç postpartum kanamaları gözden geçirmek amaçlanmıştır.

OLGU

N.Ş., 27 yaşında. Gravida: 4, Partus: 2, Abortus: 2, yaşayan çocuk sayısı: 1. 25.9.1986 tarihinde miadında ağırlı gebe olarak müracaat eden olguya fetal distress ön tanısı ile sezeryan operasyonu uygulandı. 3250 gr. ağırlığında Apgar 7'de canlı bir erkek bebek doğurtuldu. Lohusanın erken post-op dönemi komplikasyonsuz seyretti ve post-op 7. gün sütürleri alınarak taburcu edildi. Postpartum 18. günde ani olarak başlayan aşırı vaginal kanama nedeni ile hastaneye başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde: Hasta soluk görünümlü idi. KB: 80/50 mmHg, nabız: 110/dak., ateş: 36.6°C olarak bulundu. Yapılan laboratuvar incelemesinde; Hb: % 7.8 mg, Htc: 28, Lökosit: 8400, Trombosit: 360.000, KZ ve PZ normal sınırlarda bulundu.

Jinekolojik muayenede; vaginada bol miktarda koagulum tesbit edildi. Serviks normal görünümde 8-9 nolu Hegar buji girecek açıklıkta idi ve eksutero aktif kanama mevcuttu. Uterus 4 aylık gebelik cesametinde, mobil ve yumuşaktı. Adnekslerde patoloji saptanmadı. Hastaya ilk müdahale olarak Isolyte 500 cc 15 İU Synpitan^R perfüzyonuna başlandı. Metiler^R amp. İM. olarak uygulandı. Uterusun kontrakte olduğu ve küçüldüğü gözlemlendi. Bol miktarda koagulum vagen dışına atıldı. Oksitosin perfüzyonuna rağmen kanamanın devam etmesi nedeniyle küretaj uygulandı. Koagulum dışında başka bir materyal gelmedi. Kanamanın küretaja rağmen devam etmesi üzerine hasta acilen laparotomiye alındı. Eksplozasyonda; uterusun iki aylık gebelik cesametinde yumuşak olduğu, adnekslerin normal yapıda olduğu tesbit edildi. Longitudinal insizyonla yapılan histeretomide; uterusun ince duvarlı olduğu ve tüm endometrial yüzeyden yaygın kanamanın olduğu gözlemlendi. Ayrıca uterin arterleri ilgilendiren bir defekt saptanmadı. Hastanın preşokta olması nedeni ile subtotal histerektomi uygulandı. Operasyona son verildi. Hasta post-op 7. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Desiduanın nekrozu genellikle 7. günde tamamlanır ve postpartum 10. günde tamamen uterus dışına atılır⁴.

Normalde damar hyalinizasyonu ve intima proliferasyonu sonucu damar lümenleri giderek daralır ve trombüslerde damarları tıkadığından geç postpartum dönemde kanama gözlenmez. Tromboze utero-plasental damarlarda enfeksiyon olması halinde bakteriyel enzimlerin etkisi ile trombüsler çözülür ve uterus spiral arterlerinden ve utero-plasental venlerden kanama başlar. Enfeksiyon nedeni ile plasental implantasyon sahasında da vasküler involüsyon geciktiğinden damar lümeninde olması gereken daralma gerçekleşmez. Bakteriyel enflamasyon sonucu endometrial dokuda tromboplastin aktivitesi artar. Bu olayda kanamanın artmasına neden olabilir¹.

Bu tip lohusaların uterusları ince duvarlı yumuşak ve genişlemiş olup içi koagulum ile dolu olarak tarif edilmektedir. Ayrıca subinvolüsyon nedeni ile plasental implantasyon alanını daha büyük ve kabarık olduğu, serviksin yumuşak ve servikal kanalın tam olarak kapanmadığı da literatürde tarif edilmektedir¹.

Geç postpartum kanamaların tedavisi için öneriler; oksitosik ve utero-tonik ilaçların uygulanması eğer sonuç alınmazsa, plasental retansiyon ihtimali nedeni ile küretaj, sonuç alınmayan olgularda hypogastrik arter ligasyonu, selektif embolizasyonu, uterin ve ovarian arter ligasyonu, prostaglandin F₂α kullanılması ve histerektomi olarak bildirilmektedir^{1-3,5,6}.

Plasental implantasyon alanını subinvolüsyonuna bağlı geç postpartum kanamalarda küretajın uygulanması tartışılabilir bir konudur. Bazı otörler küretajı tedavi edici olarak kabul ederlerken, bazıları da yapılan küretajın zaman kaybettirici olduğunu ileri sürmektedir^{7,8}.

Biz olgumuzda operasyon şartları hazır durumda, küretaj uyguladık. Küretaja rağmen kanamanın aktif şekilde devam etmesi nedeniyle subtotal histerektomiye karar verdik.

Sonuç olarak geç postpartum kanamada süratle müdahalenin yapılması, plasental retansiyon düşünülmeyen olgularda oksitosik ve uterotonik ilaç uygulamalarına rağmen aktif kanamanın devam ettiği olgularda küretajla zaman kaybetmeden, hypogastrik arter ligasyonu, selektif embolizasyonu, histerektomi gibi daha etkin yöntemlerin seçilmesinin yararlı olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. VORHERR, H.: Puerperium: Maternal Involutional Changes-Management of Puerperal Problems and Complications, in Sciarra Gynecology and Obstetrics, Editör by Sciarra, J.J., Rev. edition, Harper and Row, Publishers, Philadelphia, 1987, V: 2, Chap: 90, p. 3.
2. RIVLIN, M.E., MORRISON, J.C., BATES, G.W.: Manuel of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology, 1st Edition, Little Brown and Company, Boston, 1982, p. 192.
3. ANDRINOPOULOS, G.C.: Prostaglandin F₂α in Management of Delayed Postpartum Hemorrhage, Am. J. Obstet. Gynecol., 146: 217, 1983.
4. TAYLOR, E.S.: Postpartum Hemorrhage, In Beck's Obstetrical Practice, 9th Edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1971, p. 503.
5. HERBERT, W.N.P., CEFALO, R.C.: Management of Postpartum Hemorrhage, Clin. Obstet. Gynecol., 27: 139, 1984.
6. CRULKSHANK, S.H.: Management of Postpartum and Pelvic Hemorrhage, Clin. Obstet. Gynecol., 29: 213, 1986.
7. ROMNEY, S.L., GRAY, M.J., LITTLE, A.B.: Gynecology and Obstetrics, The Health Care of Women, 2nd Edition, Mc-Graw Hill, New York, 1981, p. 640.
8. PRITCHARD, J.A., MacDONALD, P.C.: Williams Obstetrics, 17th Edition, Appleton-Century-Crofts, New York, 1985, p. 737.

Doç. Dr. Ahmet ESMER
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı
BURSA