



Gebelikte Beklenmedik Kanamalar ve Yönetimi

Uzm Dr Ayça
ÇALBAY

SBÜ Gülhane Eğitim ve
Araştırma Hastanesi



Gebelikte Kanamalar Neden Önemlidir?

- Gebelikte plazma volümü %50, kardiyak output %40 artar
- Uterus
 - Gebelik dışında kardiyak output'un %1'ini
 - Gebelikte %20'sini alır
- Masif kanama için ciddi bir potansiyel
- Artan kan hacmine bağlı olarak kayıp 1500-2000ml tolere edilebilir
- Semptom geliştiğinde/hemotokrit düştüğünde gebe en az 1500/2000ml kanamış??



Acil Triage

Değerlendirme

- Hastanın görünümü (soluk, soğuk, taşikardik)
- Vital bulguları (TA, Nabız, Ateş)
- Anamnez
 - Gebelik yaşı
 - Vajinal kanamanın miktarı (yanıltıcı)
 - Kanamaya eşlik eden semptomlar
 - Hastanın idrar çıkışı miktarı (hipovolemi??)

Sınıflandırma



Erken Gebelik Kanamaları

- Düşük
- Ektopik Gebelik
- Gestasyonel trofoblastik hastalık
- İmplantasyon kanaması (fizyolojik)

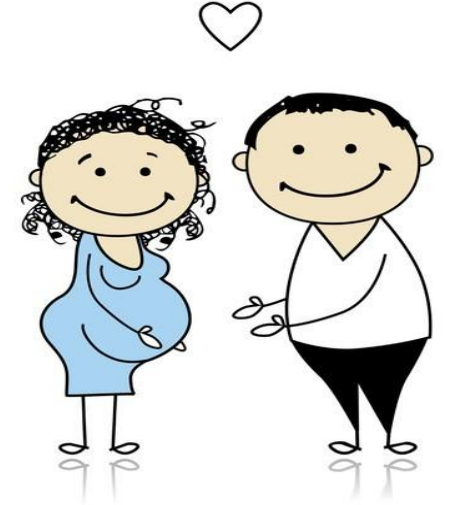


Geç Gebelik Kanamaları

- Ablasyo Plasenta
- Plasenta Previa
- Uterus Ruptürü
- Uterus Atonisi

Erken Gebelik Kanamaları

- Anamnez
- Batın muayenesi (uterus boyutu, hassasiyet, peritoneal irritasyon)
- Lab: Hb düzeyi, rh tipi
- USG
- <6-7 hafta, USG bulgusu yetersiz ise seri β -hCG takibi

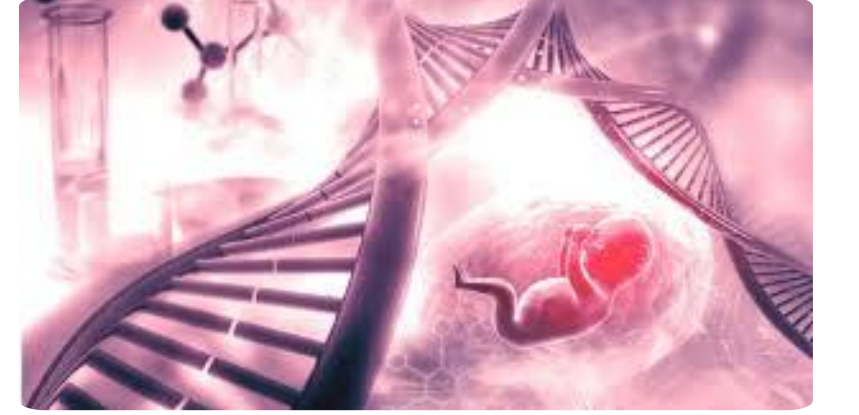


Erken Gebelik Kanamaları

- İnkomplet düşükte Misoprostol, cerrahi tahliye
- Kanama yönetimi
- Anti-D immunglobulin:
 - İlk trimester 50 μ /gr, sonrası 300 μ /gr
- Ayırıcı tanı:
 - Ektopik gebelik

Düşük

- <20 hafta spontan sonlanma
- %80'i ilk trimesterde görülür
- Ultrasonografi'de (US) canlı fetüs görülmüşse risk %3-6
- Riski artıran anne kaynaklı sebepler:
 - Konjenital anatomik defektler
 - Uterin yaralanma
 - Leiomyom
 - Servikal yetmezlik
 - Otoimmün faktörler
 - Endokrin bozukluklar

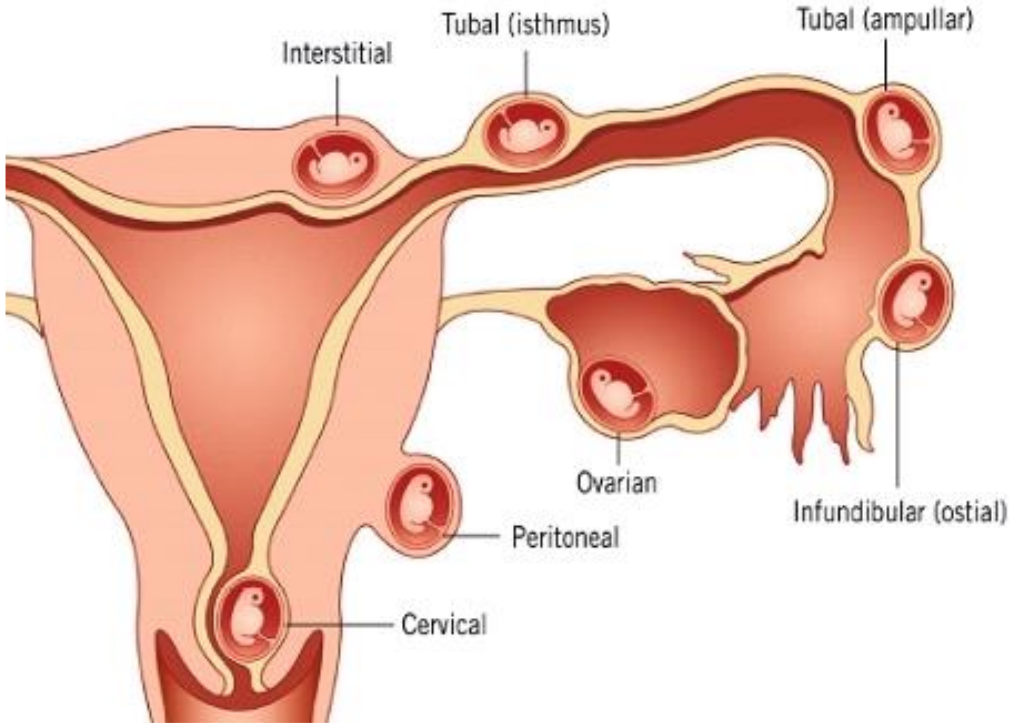




Spontan Düşük Terminolojisi

- Düşük tehtidi (Abortus imminens): Kanama var, serviks kapalı ve silinmemiş. Düşen doku ve membran rüptürü yok
- Önlenebilen Düşük (Abortus incipiens): Orta derecede kanama, alt abdomende kramp tarzında ağrı ve servikal dilatasyon
- İnkomplet Düşük: Konsepsiyon ürününün tamamı dışarı atılmamış
- Tam Düşük
- Kaçırılmış(Missed)Düşük: Kanama durmuş fakat fetüs ölmüş ve uterin kavitede kalmış
- Septik Abortus: Aseptik olmayan koşullarda yapılan düşüğün komplikasyon

Ektopik Gebelik



- Anne ölümlerinin 3. en sık nedenidir
- İlk trimesterde vajinal kanama/ağrı ile acil servis başvurularının %10-16
- Ağrı kramp tarzında olabilir
- Beta hcg > 1000-2000 mIU/mL ve transvajinal USG ile kese görülemiyorsa düşük /ektopik gebelik
- Transvajinal USG ilk trimester, stabil hastada %80 tanısal
- Omuz ağrısı periton boşluğunda sıvı varlığında, ciddi kanama
- Hemodinamik instabil hastada laparoskopi en etkili tanısal yöntem
- Önemli vajinal kanama olmadan hipotansiyon, ektopik gebelik/rüptüre korpus luteum kisti

Ektopik gebelik yönetimi

- Hasta hemodinamik olarak stabil
 - tubal kitle çapı $<3,5\text{cm}$
 - fetal kardiyak aktivite gözlenmemiş
 - sonografik rüptür bulgusu yok ise medikal tedavi
- En sık kullanılan Metotreksat
- Servikal açıklıkta D&C
- Hipovolemi varlığında iv sıvı, kan ürünü, hızlı sıvı resüsitasyonu
- Unstabilse/morison poşunda serbest sıvı varsa acil cerrahi
- $50\mu/\text{gr}$ im Rh immunizasyonu





Molar gebelik

- Koryonik villusların düzensiz proliferasyonu
- Komplet mol: boş ovum+sperm, maternal DNA içermez
- İnkomplet mol: ovum+2sperm, triploid karyotip, bazı fetal dokular

Molar gebelik

- Karın ağrısı, bulantı-kusma, vajinal kanama
- Yüksek betaHCG'ye baēlı hiperemezis gravidarum, kanama, (solunum sıkıntısı)
- Aşırı uyarıma baēlı tekalutein kistleri ve over torsiyonu
- USG'de hidropik veziküller kar fırtınası gibi görülür



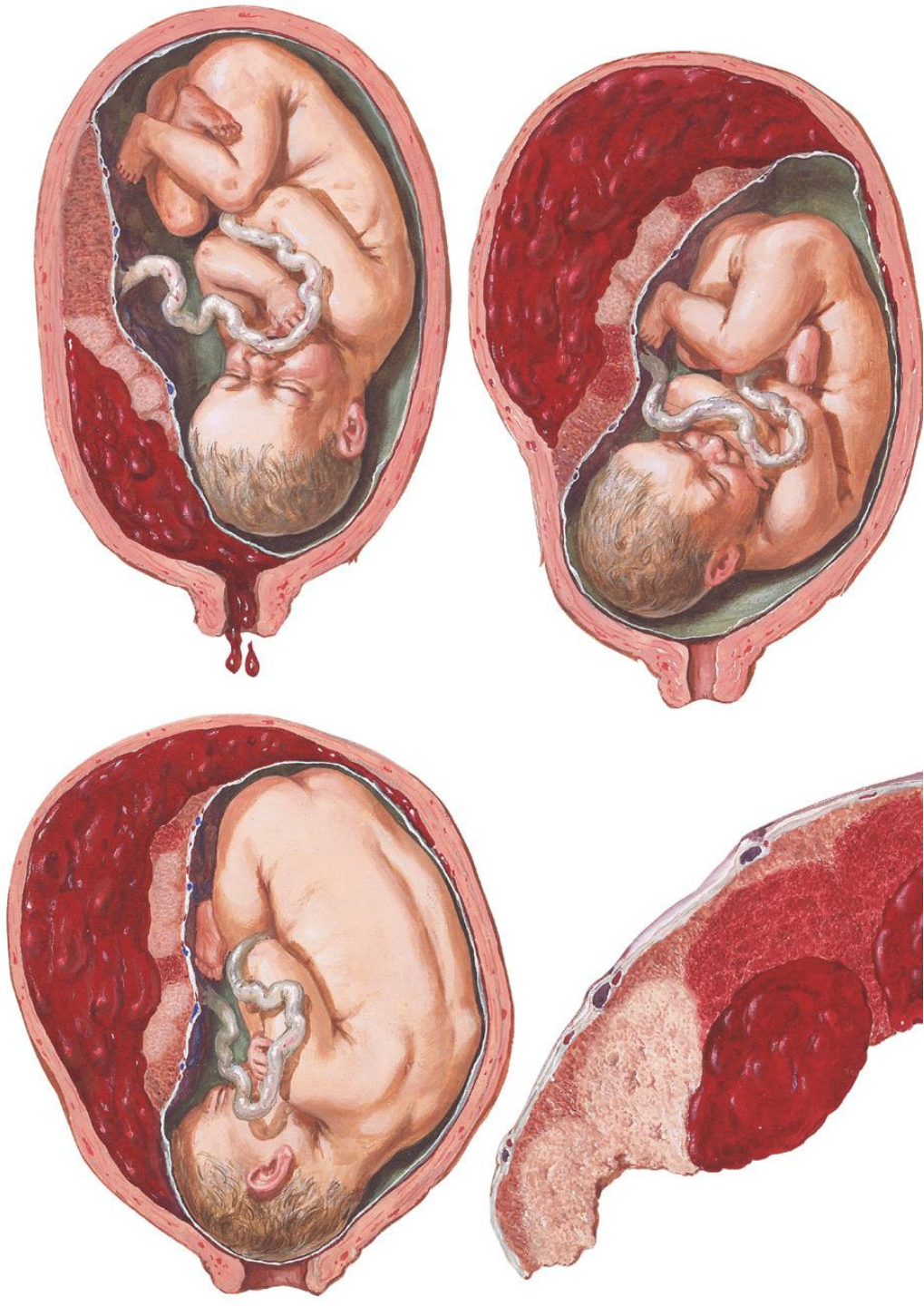
Molar Gebelik

- Komplikasyonlar:
 - >24. haftada preeklamsi/eklemsi
 - trofoblastik hücrelerin neden olduğu pulmoner emboli
 - hiperemezis gravidarum
 - akut/kronik uterin kanama
 - artmış koryokarsinom riski



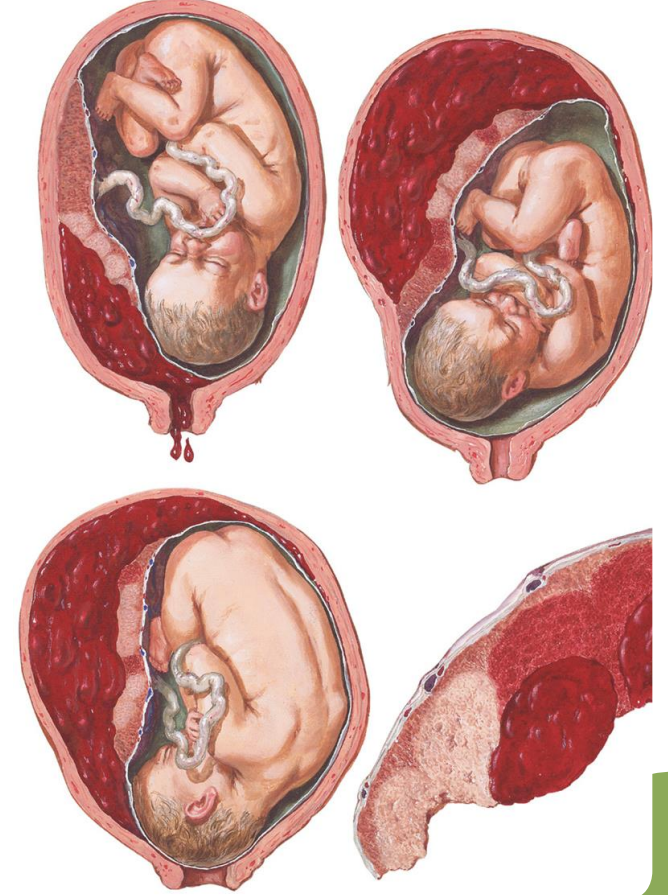
Ablasyo Plasenta

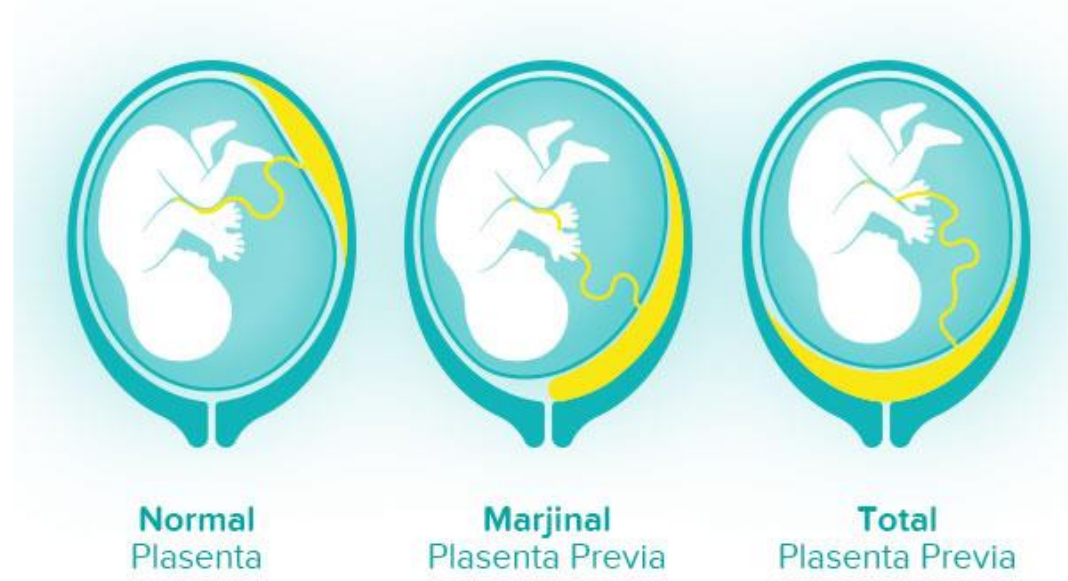
- Plasentanın uterin duvardan ayrılması
- Risk faktörleri
 - Sigara
 - Trombofili
 - Geçirilmiş düşük
 - Geçirilmiş ablasyo plasenta
 - Kokain kullanımı



Ablasyo Plasenta

- Kanama az
 - uterin hassasiyet
 - ağrı
- Anlamlı
 - maternal koagölasyon kaskadı
 - DIC
 - fetal distres
 - tetanik kontraksiyon
 - azalan fibrinojen
 - taşikardi
- Amniyotik sıvı embolisine neden olabilir(hipotansiyon)





Plasenta Previa

- Plasentanın servix ağzına implantasyonu
- Risk anne yaşı, doğum sayısı, sezeryan doğum, düşük öyküsü, preterm doğum, sigara
- İkinci trimesterde ağrısız vajinal kanama=plasenta previa, tuşe, vajinal muayene yapılmaz
- Orta trimesterde tanı almışsa, uterus uzar, çözüme ulaşır



Normal
Plasenta

Marjinal
Plasenta Previa

Total
Plasenta Previa

Plasenta Previa

- Geç trimesterde vajinal kanama varsa:
 - İki geniş damar yolu
 - Sıvı resüsitasyonu
 - Fetal monitorizasyon
 - Bazal Hb düzeyi ve kan grubu
 - Fibrinojen seviyesi (<300mg/dL anlamlı tüketimi gösterir)
 - TDP, tam kan hazırlığı
 - Rh- hastalara profilaksi yapılmamışsa 72 saat içerisinde 300µ/gr Rh immunglobulin

Uterus Rüptürü

- GebeliĐin geç dönemi, doğum eyleminde aktif faza geçerken
- Geçirilmiş uterus cerrahisi, çoğul gebelik, travma, prostaglandin uygulaması
- Fetal kalp hızı düzensizliği-annede hemorajik şok
- řüphe varsa acil sezeryan(30 dak)
- Uterotonik ajanlar kontrendike



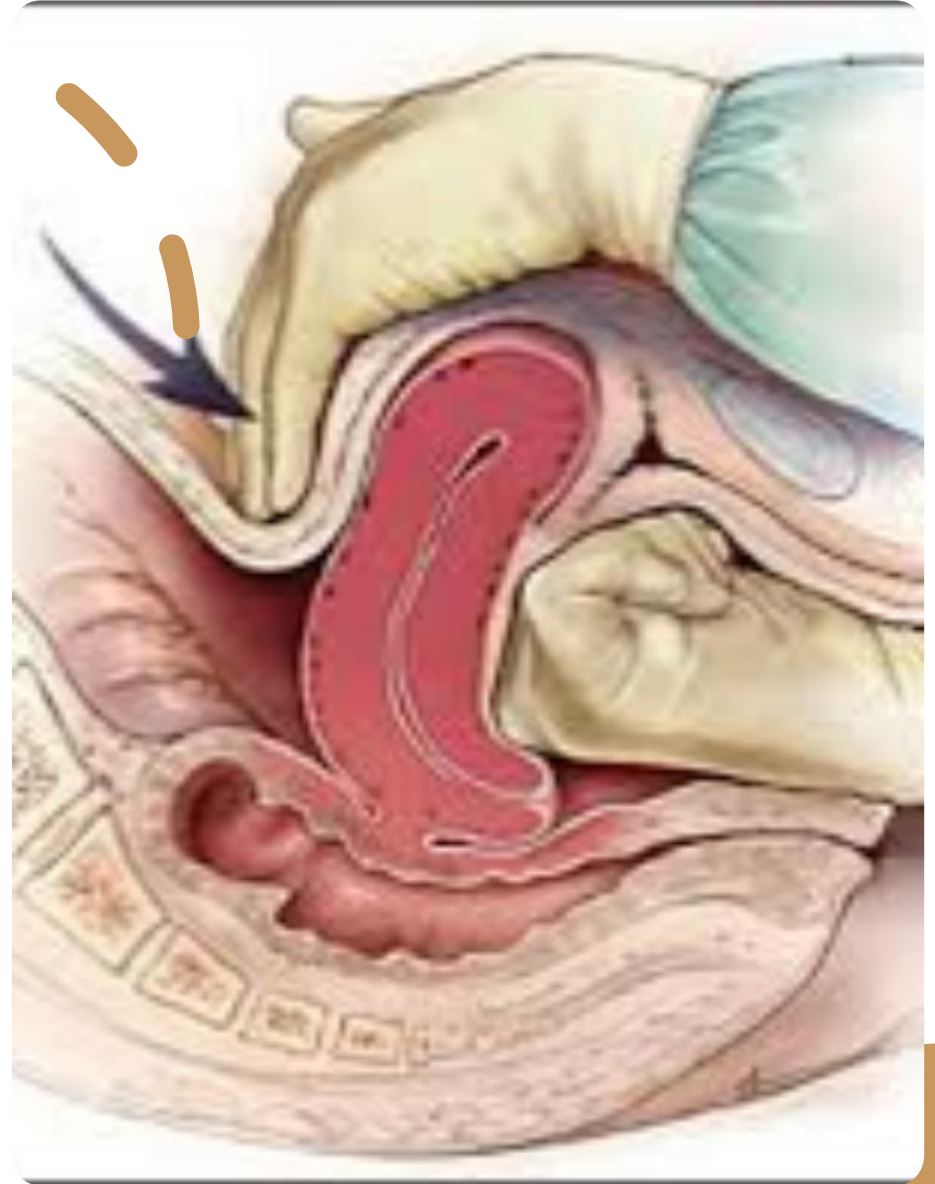


Uterus Atonisi

- Uterusun aşırı genişlemesi(çoğul gebelik, polihidramniyoz)
- Uzamış doğum eylemi
- Koriyoamniyonit
- Tokolitik kullanımı
- Halojenli bileşikler ile anestezi
- Muayenede uterus yumuşaktır

Uterus Atonisi

- Myometrial kontraksiyonlar güçlendirilmeli
- Çift elle uterus masajı (bir el transabdominl basınç, diğeri introitos yolla uterusu destek verir)
- Oksitosin infüzyonu (synpitan, 30 ünite, IV-IM), ergot türevleri (metilergonovin, 0.2mg IM), prostoglandin analogları (karboprost, mizoprostol) uterotonik ajanlar olarak kullanılabilir
- Cerrahi yöntemler (kompresyon sütürleri, postpartum histerektomi vs..) denenebilir



Traneksamik asit

> Arch Toxicol Suppl. 1982;5:214-20. doi: 10.1007/978-3-642-68511-8_39.

Effects of tranexamic acid on the coagulation and fibrinolytic systems in pregnancy complicated by placental bleeding

M Walzman, J Bonnar

PMID: 6954903 DOI: 10.1007/978-3-642-68511-8_39

Abstract

Treatment with the fibrinolytic inhibitor tranexamic acid was investigated in 12 women with vaginal bleeding in the second half of pregnancy. The aim of the therapy was to accelerate haemostasis in the uteroplacental circulation and to prevent further bleeding at the placental site. Tranexamic acid 1 g 8-hourly was given for 7 days. Serial investigations of coagulation and fibrinolysis were carried out. Plasma fibrinolytic activity, plasminogen, antiplasmin and platelet count significantly decreased during treatment, while antithrombin III and factor VIII related antigen showed a significant increase. Plasma tranexamic acid levels ranged from 5 mg/l to 17 mg/l. Two patients on treatment at the time of delivery had plasma tranexamic acid levels of 9 mg/l and 12 mg/l detected in the umbilical cord venous blood. No adverse effects were detected in any of the mothers and all 12 were delivered of live born infants. Tranexamic acid may have a therapeutic role in accelerating haemostasis in the uteroplacental circulation and thereby reducing the adverse effects of bleeding at the placental site.



Review

> Ann Fr Anesth Reanim. 2014 Nov;33(11):563-71. doi: 10.1016/j.annfar.2014.07.748.

Epub 2014 Oct 18.

[Efficacy and safety of tranexamic acid administration for the prevention and/or the treatment of post-partum haemorrhage: a systematic review with meta-analysis]

[Article in French]

D Faraoni ¹, C Carlier ², C M Samama ³, J H Levy ⁴, A S Ducloy-Bouthors ⁵

Affiliations + expand

PMID: 25450729 DOI: 10.1016/j.annfar.2014.07.748

Abstract

Objective(s): Assess the efficacy and safety of tranexamic acid administration for the prevention and/or the treatment of postpartum haemorrhage.

Study design: Systematic review with meta-analysis.

REBOA

Review | [Open Access](#) | Published: 24 September 2018

Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta deployed by acute care surgeons in patients with morbidly adherent placenta: a feasible solution for two lives in peril

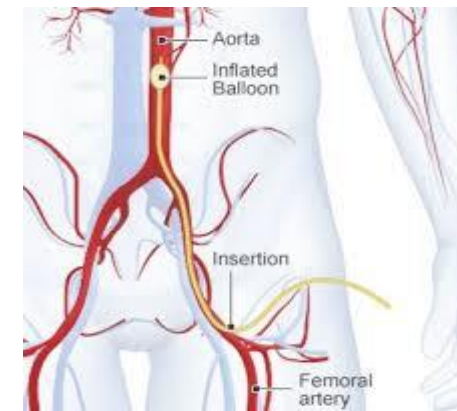
[Ramiro Manzano-Nunez](#) , [Maria F. Escobar-Vidarte](#), [Claudia P. Orlas](#), [Juan P. Herrera-Escobar](#), [Samuel M. Galvagno](#), [Juan J. Melendez](#), [Natalia Padilla](#), [Justin C. McCarty](#), [Albaro J. Nieto](#) & [Carlos A. Ordoñez](#)

[World Journal of Emergency Surgery](#) **13**, Article number: 44 (2018) | [Cite this article](#)

1455 Accesses | 8 Citations | 5 Altmetric | [Metrics](#)

Abstract

Morbidly adherent placenta (MAP), which includes accreta, increta, and percreta, is a condition characterized by the invasion of the uterine wall by placental tissue. The condition is associated with higher odds of massive post-partum hemorrhage. Several interventions have been developed to improve hemorrhage-related outcomes in these patients; however,



Acta Anaesthesiol Scand 2012; ••: ••••
Printed in Singapore. All rights reserved

© 2012 The Authors
Acta Anaesthesiologica Scandinavica
© 2012 The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation
ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA
doi: 10.1111/j.1399-6576.2011.02611.x

Case Report

The use of aortic occlusion balloon catheter without fluoroscopy for life-threatening post-partum haemorrhage

E. SØVIK¹, P. STOKKELAND², B. S. STORM³, P. ÅSHEIM³ and O. BOLÅS⁴

¹Department of Radiology, St. Olavs University Hospital, Trondheim, Norway, ²Department of Radiology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway, ³Department of Anesthesiology, St. Olavs University Hospital, Trondheim, Norway and ⁴Department of Gynecology and Obstetrics, St. Olavs University Hospital, Trondheim, Norway

Teşekkür
ederim

