



GEBELİKTE MORTAL ACİLLER

DR.ÖĞR.ÜYESİ ORHAN DELİCE
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACIL TIP KLİNİĞİ-2018



Anne Ölümleri

Anne Ölüm Sayıları ve Oranları			
Yıllar	Anne Ölümü	Tesadüfi Ölüm	Anne Ölüm Oranı
2002	-	-	64
2006	218	75	28,5
2007	283	53	21,2
2008	256	75	19,4
2009	241	117	18,4
2010	210	108	16,4
2011	198	82	15,8
2012	197	101	15,2
2013	204	149	15,7
2014	203	80	15,1
2015	195	56	14,6
2016	193	86	14,7
2017*	138	69	

06.11.2017 tarihi itibarıyla.

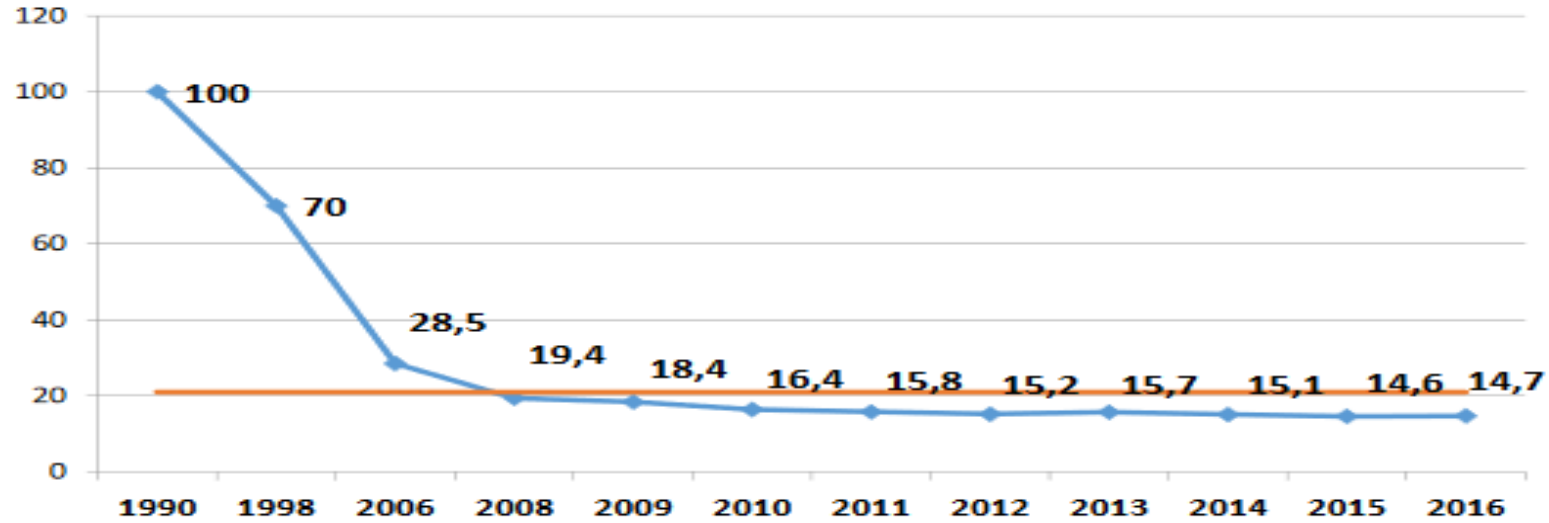


T.C. Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

6. Anne Ölüm Verileri

Yıllara Göre Anne Ölümleri

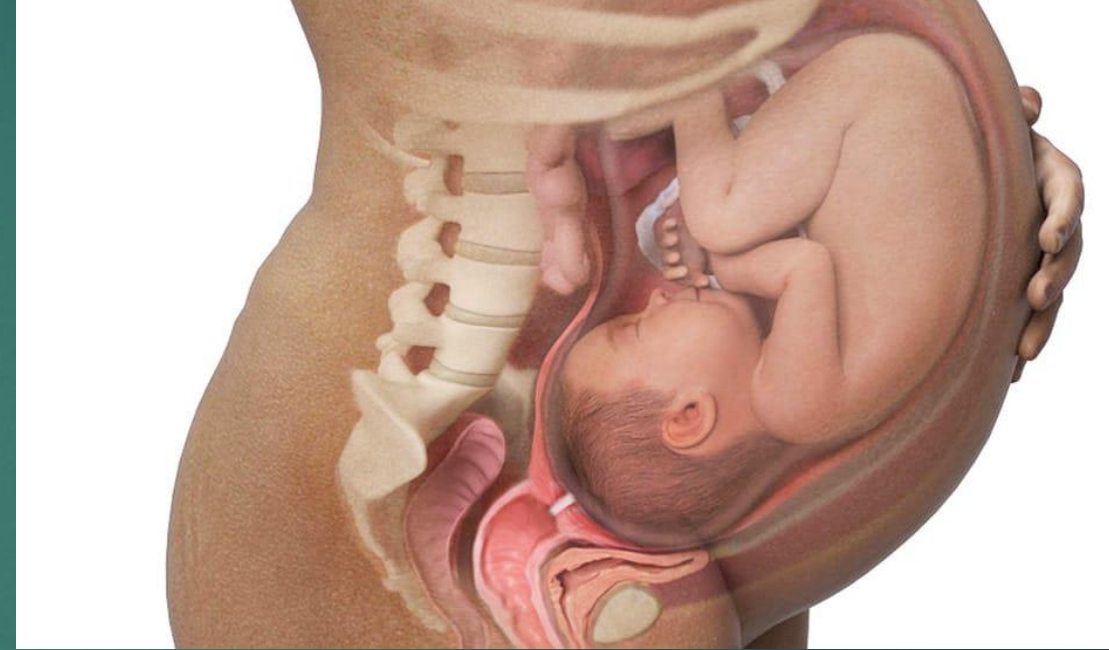


1990 DPT Projeksiyonu, 1998 Hastane Araştırması Projeksiyonu, 2006 UAÖÇ, 2008-2014 Sağlık Bakanlığı Verisi

Gebelikte mortal aciller

Gebeliğin ;

- Birinci yarısında görülen aciller
- İkinci yarısında görülen aciller
- Postpartum dönem acilleri



Gebeliğin 1.Yarısında Aciller

Vajinal kanama;

düşük

gestasyonel trofoblastik hastalık(GTH)

ektopik gebelik

Bulantı-kusma-hiperemesis gravidarum

Üriner trakt enfeksiyonları

Abortus

WHO' e göre 20 haftadan düşük gebeliğin ya da 500 gr dan düşük fetüsün kaybedilmesidir.

Düşüklerin %1 de kan transfüzyonu ihtiyacı görülebilmektedir.

Gebeliklerin yaklaşık %15-20' si abortus ile sonuçlanır.

Düşük tehdidi; servikal dilatasyon olmadan vajinal kanama

Önlenemez düşük; vajinal kanama ve serviksin dilatasyonu olması

İnkomplet düşük; gebelik materyalinin bir bölümünün kaybedilmesidir.

Komplet düşük; tüm gebelik materyalinin kaybedilmesi durumu

Missed abortus; 20 hafta öncesi fetüs ölümü olup 4 hafta boyunca düşük gerçekleşmemiş olması

Molar gebeliğe dikkat?



Ektopik Gebelik

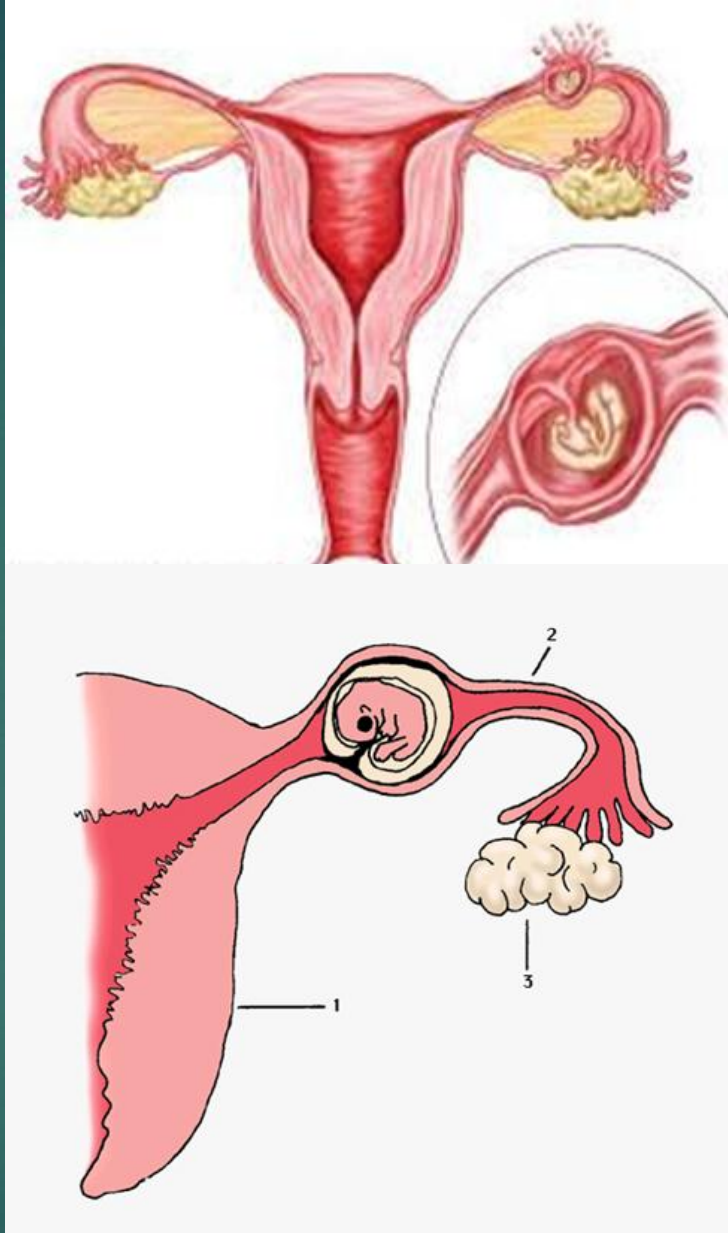
Fertilize ovumun endometriyal kavite dışında yerleşmesi

İlk trimesterde görülen ölümlerin en önemli nedeni

Tüm gebeliklerin % 0.5- 2 de görülür.

En önemli risk faktörü geçirilmiş ektopik gebelik (risk %30), tubal cerrahi ve PID

En sık fallop tüplerine yerleşir (sağ, ampullar, istmus, infundibular)



Ektopik Gebelik

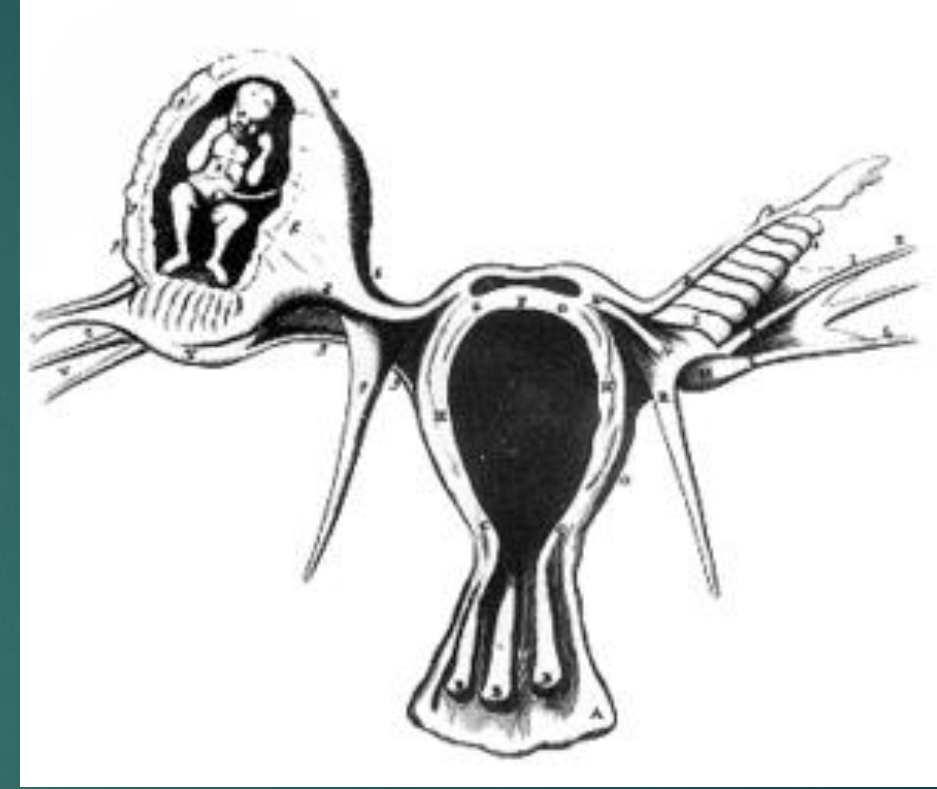
% 90 olguda karın ağrısı, % 50-80 olguda vaginal kanama, Hipovolemi, şok bulguları görülebilir.

Transvaginal USG ve serum β HCG

β HCG düzeyi 1500 IU/ml olmasına rağmen transvaginal USG'de uterus içinde gebelik kesesinin görülememesi tanı koydurur

ACEP; başlangıçta muhtemel canlı intrauterin gebelik ve ektopik gebelik riskini belirlemek için en az iki günde bir β HCG testi yapılmalıdır

ACEP: American collage of emergency physicians



Ektopik Gebelik

Rüptüre olmamış stabilse metotraksat kullanılabilir (rüptür ekarte edilmeli)

Rüptüre olmuş ise erken tanı, Hemodinamik stabilizasyon, Hipovolemi ve şok ile mücadele, erken konsültasyon

ACEP ve Amerikan Jinekoloji Birliği

Ektopik gebelikte Rh (-) annelere 50 mikrogram im Rhogam uygulaması önermektedir



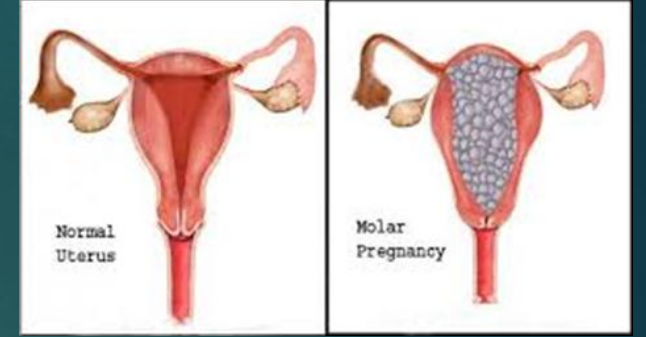
Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Plasentanın trofoblastik hücrelerinde ortaya çıkan neoplazmdır.

Komplet mol gebelik daha yaygındır.

Parsiyel molde deforme olmuş bir fetüs vardır. Komplet, parsiyel ve invaziv formlarında B hcg çok artar.

Vajinal kanama ve aşırı bulantı kusma gözlenir.



Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Preeklampsi ile ilişkilidir. 24 haftadan önce görülen hipertansiyonda düşün

Uterus normal gebelik haftalarına göre büyüktür.

Kanama riskinden dolayı tespit edildiğinde küretaj yapılmalıdır.

Küretajdan sonra azalmayan B hcg seviyelerinde kemoterapi gerekebilir.

Gebeliğin 2.Yarisında Aciller

Gebelikte hipertansif aciller

HT

Preeklampsi

Eklampsi?

HELLP

Kanama ile seyreden aciller

Dekolman plasenta

Plasenta previa

Vaza previa

[Yang J, Hartmann KE, Savitz DA, et al. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. Am J Epidemiol 2004; 160:118.](#)

Hipertansiyon

Sistolik Kan basıncı ≥ 140
Diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg
(4 saat arayla iki kez ölçümde)

Nulliparite
40 yaş üzeri
Gestasyonel trofoblastik hastalık
Diyabet, obezite
Preeklampsi hikayesi vb
Kr renal hastalık



Gebelikte insidans % 5-10

Tüm dünyada: 10 milyon kadın/yıl

Maternal mortalite: 50.000-60.000/yıl

Perinatal mortalite: 500.000/yıl

Maternal ve perinatal morbidite yüksek

- 
- 
- 1) Preeklampsi / Eklampsi
 - 2) Kronik HT
 - 3) Kronik HT zemininde gelişen PE/E
 - 4) Gestasyonel HT

ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy 2013

Hipertansiyon

Kronik Hipertansiyon;

Gebelikten önce varolan gebeliğin 20.haftasından önce saptanan ve doğumdan sonra 6 haftadan uzun devam eder.

Gestasyonel hipertansiyon;

Gebelik sırasında veya postpartum dönemde ortaya çıkan hipertansiyon ile ilişkilidir. Preeklampsi ve eklampsi ve geçiçi hipertansiyonu kapsamaktadır.



Hipertansiyon

Gebelikte geçici hipertansiyon;

Gebelikte ortaya çıkan fakat proteinüri veya anne ve fetüste etki oluşturmeyan postpartum ilk 2-4 haftada düzelen tiptir.

Tanı daha çok postpartum dönemde konmaktadır.

Hipertansiyon

Antihipertansif ilaçların tümü plasentadan geçer

Gebelikte hipertansiyonda labetolol, hidralazin, nifedipin ve metildopa kullanılır

En sık metildopa kullanılır

Uzun etkili olarak nifedipin kullanılabilir

Anjiotensin dönüştürücü enzim inh leri ve anjiotensin reseptör blokerleri **kontrendikedir.**



İntrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon Tedavisinde Başlangıç Olarak LABETOLOL Kullanılan Yönetim Algoritması

Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ya da diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg
DOKTORA HABER VER.

Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.



15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek İSE
20 mg IV labetolol infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap



Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE

40 mg IV labetolol infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**



Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE

80 mg IV labetolol infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**



Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE

10 mg IV hidralazin infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**



Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE

acilen perinatoloji, dahiliye veya anestezi konsültasyonu iste.

İntrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon Tedavisinde Başlangıç Olarak HİDRALAZİN Kullanılan Yönetim Algoritması

Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ya da diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg
DOKTORA HABER VER.

Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise;

5 mg ve ya 10mg IV hidralazin infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap

Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE
10 mg IV hidralazin infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap
Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**

Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE
20 mg IV hidralazin infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap
Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**

Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE
20 mg IV labetalol infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap
Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**

Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE
40 mg IV labetalol infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap
acilen perinatoloji, dahiliye veya anestezi konsültasyonu iste.

İntrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon Tedavisinde Başlangıç Olarak ORAL NİFEDİPİN Kullanılan Yönetim Algoritması

Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ya da diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg
DOKTORA HABER VER.

Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise;
10 mg oral nifedipin ver

Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE;
20 mg oral nifedipin ver

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**

Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE;
20 mg oral nifedipin ver

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**

Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE
40 mg IV labetalol infüzyonunu 2 dakikayı aşan sürede yap
Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et**

Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor İSE;
acilen perinatoloji, dahiliye veya anestezi konsültasyonu iste.

Nabız <60 atım/dk hidralazin ve nifedipin tercih et

Nabız >110 atım/dk labetolol tercih et

İdrar çıkışı yoksa nifedipin tercih et

Labetolol astım ve konjestif kalp yetmezliğinde kullanılmamalıdır.

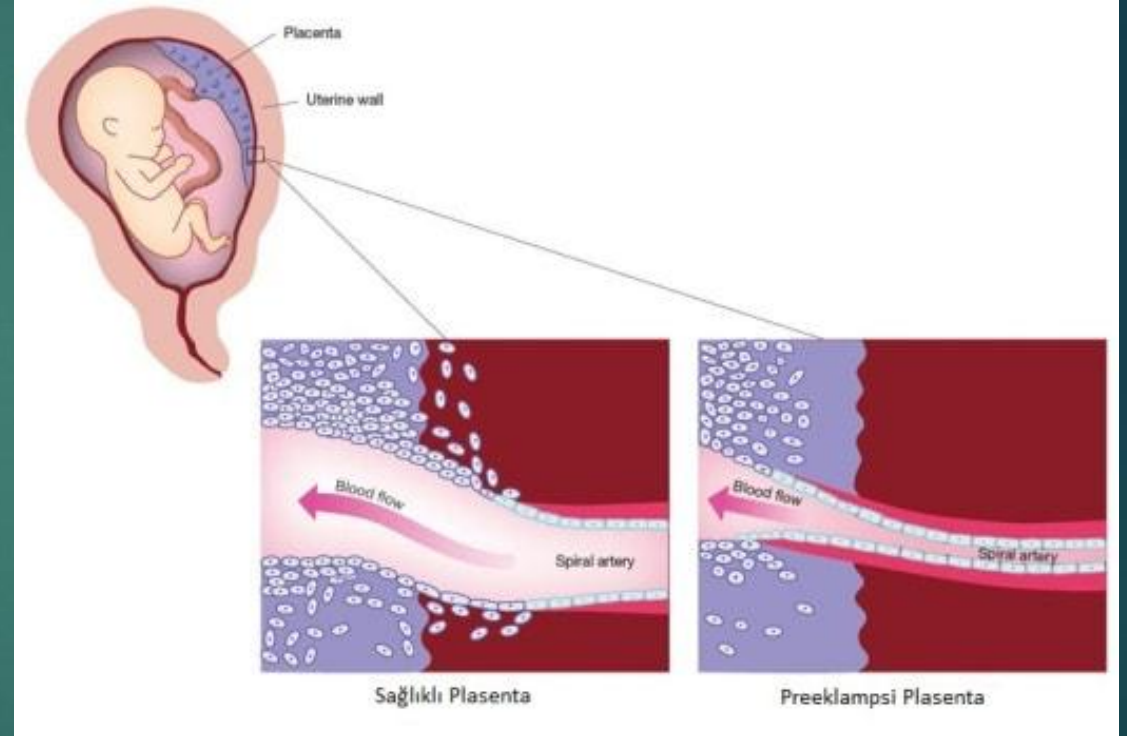
Hidralazin maternal hipotansiyona yapabilir dikkat

Nifedipin maternal taşikardi yapabilir dikkat

Preeklampsi

Tüm dünyada fetal ve maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenidir.

Sistolik Kan basıncı $\geq 140\text{mmHg}$,
diyastolik kan basıncı $\geq 90\text{mmHg}$
24 saatlik idrarda proteinüri $>0,3\text{ gr}$
20 haftalık gebelik



PREEKLAMPSİ

HİPERTANSİYON

- STA ≥ 140 mmHg
- DTA ≥ 90 mmHg



PROTEİNÜRİ

- ≥ 300 mg/24 sa
- İdrar protein/kreatinin $\geq 0,3$
- Spot idrarda $\geq 1+$
- Spot idrarda ≥ 30 mg/dL



- Trombositopeni $< 100000/mm^3$
- KC fonksiyon bozukluğu (AST /ALT $>$ normalin 2 katı)
- Böbrek fonksiyon bozukluğu (kreatinin $\geq 1,2$ mg/dL veya serum kreatinin düzeyinin en az 2 katına çıkması)
- Pulmoner ödem veya siyanoz
- Baş ağrısı, görme bulanıklığı

Şiddetli preeklampsi

STA ≥ 160 ve/veya DTA ≥ 110 mmHg

Trombositopeni $< 100000/\text{mm}^3$

KC fonksiyon bozukluğu (AST / ALT $>$ normalin 2 katı)

Epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı

Serum kreatinin $\geq 1,2$ mg/dL veya serum kreatinin düzeyinin artarak en az 2 katına çıkması

Pulmoner ödem veya siyanoz

Baş ağrısı, görme bulanıklığı

Proteinüri miktarı / Oligüri / IUBK şiddetli preeklampsi kriterleri olarak kabul edilmemektedir

ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy 2013

Mg sülfat

Şiddetli preeklampside endike

Doğum eyleminde, indüksiyon öncesinde veya C/S öncesinde başlanabilir

Antenatal dönemde 5-7 günden fazla kullanımı önerilmez

MAGPIE Çalışması, Lancet 2002

ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy 2013

Preeklampsi

Baş ağrısı, görme bozukluğu, ödem ve karın ağrısı, vajinal kanama, fetüs hareketlerinde yavaşlama varsa konsültasyon iste

Klinik tanısı 20. haftadan sonra denilmesine rağmen vakaların yalnızca %10 nu 34. haftadan önce görülmüştür.

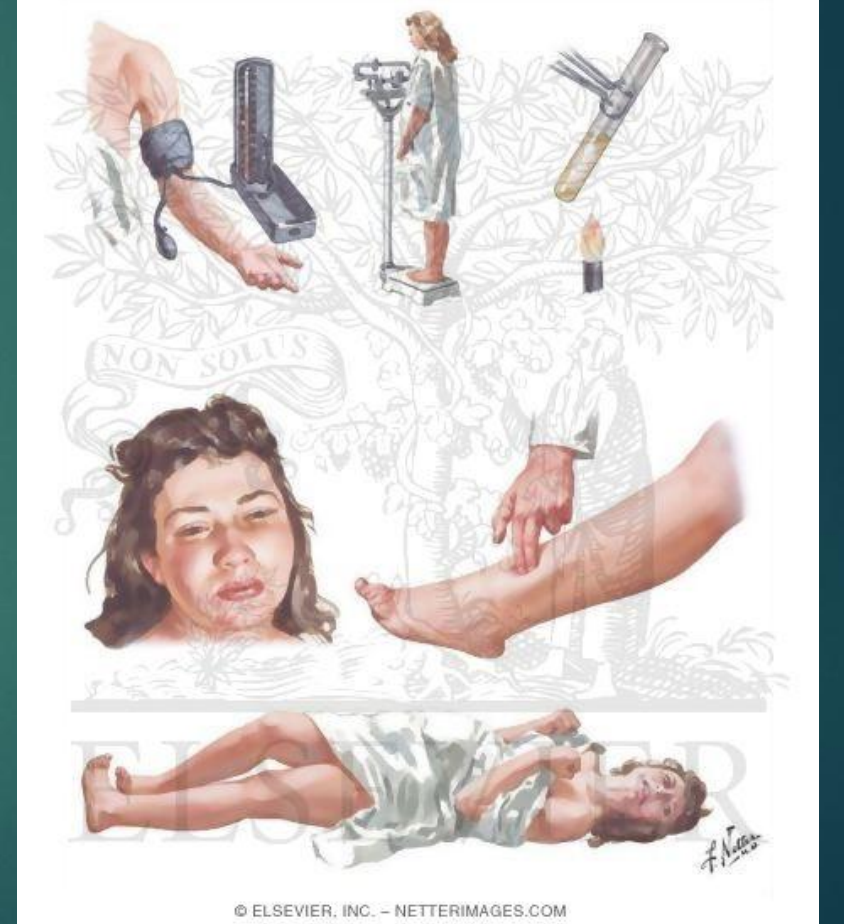
Tek kesin tedavisi fetüsün çıkarılmasıdır

İntraserebral kanama preeklampsi veya eklampsi olan kadınlarda en sık ölüm nedenidir

Eklampsi

Gebeliğin 20. Haftasında veya postpartum 4. Haftada olup epileptik nöbet geçiren gebe bir kadında düşünülmelidir.

Maternal hipoksi ve travmadan koruma, hipertansiyon tedavisi, nöbetlerin tekrarlarının önlenmesi ve acil doğum için hastanın hazırlanması gerekmektedir



Eklampsi

Nöbetler magnezyum sülfat ile kontrol edilmektedir.

4-6 gr IV sonra 1-2 gr/saat IV infüzyon

Kan basıncında yükseklik devam ediyorsa diğer antihipertansiflere geçilmelidir.

Iv hidralazin 5mg, 20 dk aralıklarla tekrarlar max 20 mg

IV Labetolol 20 mg, 10 dk da bir doz artır max 220 mg

Nifedipin hızlı salınımlı formu 10 mg p.o gerekirse 30 dk içinde tekrarlar

HELLP

Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, trombositopeni

Gebeliğin 20. Haftasından sonra karın ağrısı ile acil servise gelen hastalarda hellp dışlanmalıdır.

Başlangıç tedavisi magnezyum sülfat uygulanması, kan basıncı kontrolü ve annenin stabilizasyonu gerektirir.

Kesin tedavi gebeliğin 34. Haftasına gelmişse fetüsün alınmasıdır.

H Hemolysis

Diagnosis requires > 2 of the following:

- Abnormal peripheral blood smear (schistocytes, burr cells)
- Elevated serum bilirubin (≥ 1.2 mg/dL)
- Low serum haptoglobin
- Significant drop in Hgb level unrelated to blood loss

E Elevated

L Liver Enzymes

- AST or ALT ≥ 2 x upper limit of normal
- LDH ≥ 2 x upper limit of normal

L Low

P Platelet count

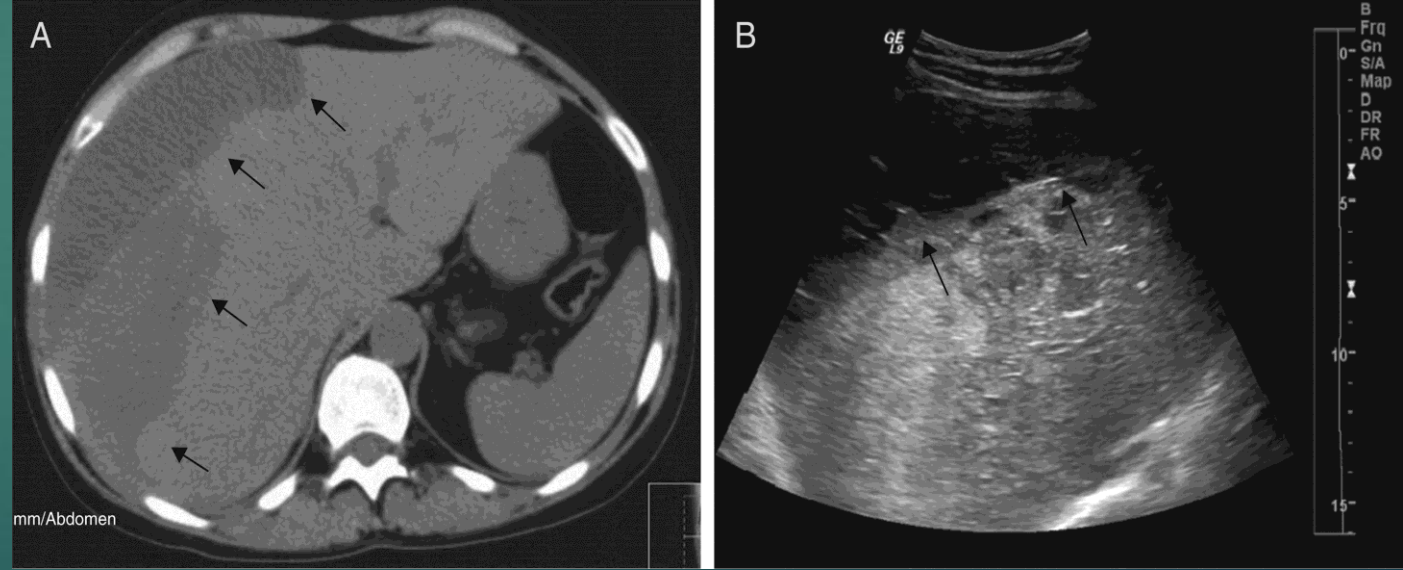
- $< 100,000/\text{mm}^3$

HELLP

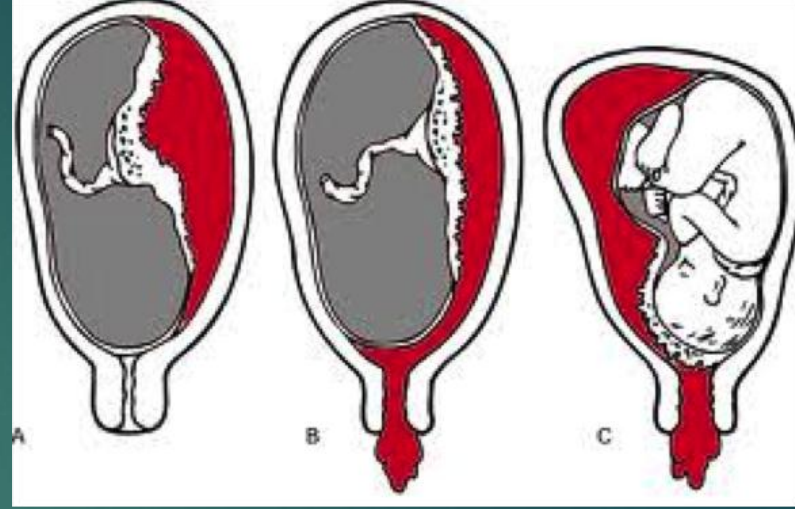
Subkapsüler karaciğer hematomu hellp sendromunun yaşamı tehdit eden komplikasyonudur. Karaciğerin sağ lobunu tutan rüptürde mortalite %50 dir.

Şiddetli preeklampsi, eklampsi ve hellp sendromu komplikasyonları;

karaciğer ve dalakta spontan kanamalar,
end organ yetmezlikleri,
dekolman plasenta,
intrakranial kanama
fetüs ölümü bulunmaktadır.



Dekolman plasenta



Plasentanın erken dönemde uterus iç tabakasından ayrılmasıdır.

Gebelerin %1 de görülür.

En sık risk faktörü hipertansiyondur.

Ağrılı vajinal kanama,
şiddetli uterus ağrısı veya hassasiyet,
uterusta tonus artışı ve hipotansiyon

Ağrılı vajinal kanama ile gelen terme yakın tüm gebelerde düşün

Dekolman plasenta

Annede hemorajik şok, Dic, uterus rüptürü ve çoklu organ yetmezliği gelişebilir.

Tam kan sayımı, koagülasyon paneli, fibrin parçalanma ürünleri düzeyleri ve fibrinojen bak

Sıvı replasmanına ve fetal monitörizasyona başla

USG tanı için spesifiktir. Ancak retroplasental pıhtıların saptanması açısından duyarlı değildir.

İleri derecede dekolman ve yoğun kanaması olan hastalarda fetüsü acilen çıkar.

Plasenta previa

Plasentanın internal servikal deliğın yakınına, kısmen üstüne ve ötesine kadar uzanması olarak tanımlanmaktadır.

Plasentanın pozisyonu usg ile belirlenebilir.

Marjinal, kısmi ve tam plasenta previa olarak alt tipleri vardır.

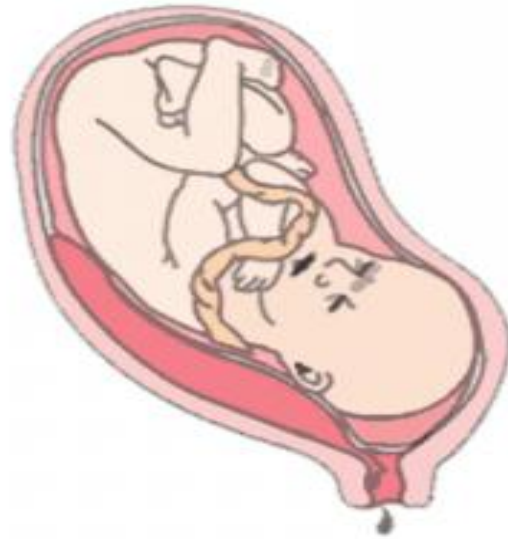
Ağrısız açık kırmızı renkte vajinal kanama ile başvururlar.

Üçüncü trimestredki kanamalarda dijital ve spekulum muayenesinden kaçınılmalıdır, ölümcül kanama ve ölüm riskini artırır.

Types of Placenta Previa



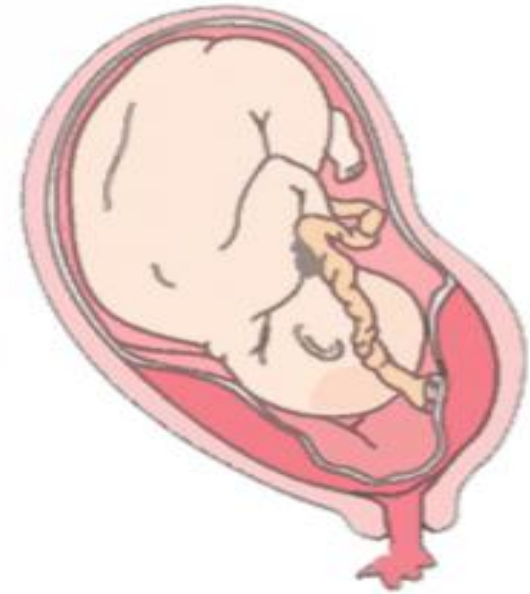
**NORMAL
PLACENTA**



**LOW
IMPLANTATION**



**PARTIAL
PLACENTA PREVIA**



**TOTAL
PLACENTA PREVIA**

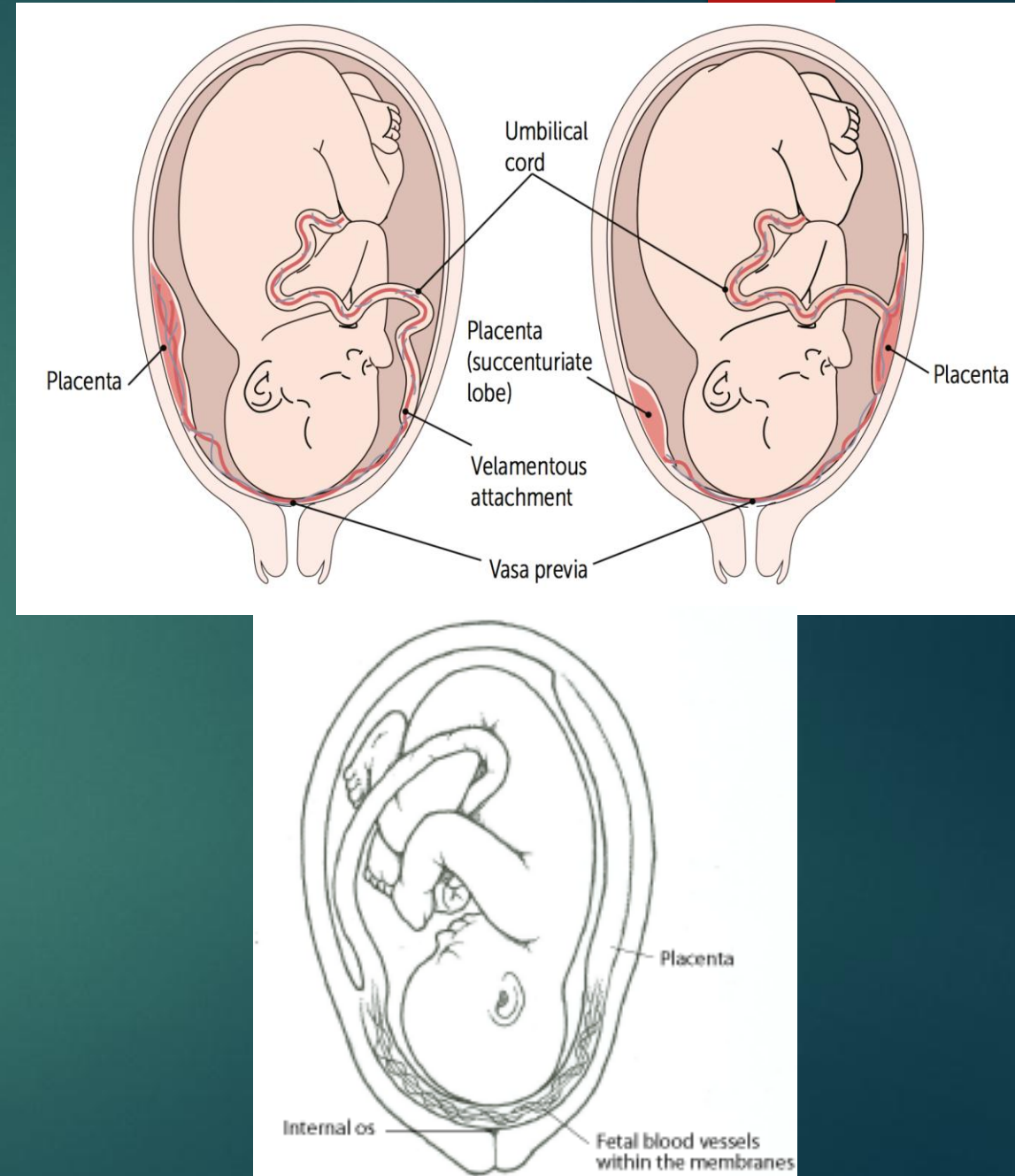
Vaza previa

2500 doğumda bir görülür

Umbilikal kord plasenta içerisine girmeden önce fetal membranların içerisinden geçmektedir. Fetüsün prezente olan kısmı ile serviks arasında bir damar bariyeri oluşturmaktadır.

Kanama spontan membran rüptürü sırasında gelişir.

Bebğin acil olarak sezeryan ile çıkarılması gerekir.



POSTPARTUM ACİLLER

Kanama; ATONİ!!!!!!

Pulmoner Emboli

Amnion Sıvı Embolisi

Enfeksiyonlar

Peripartum kardiyomyopati

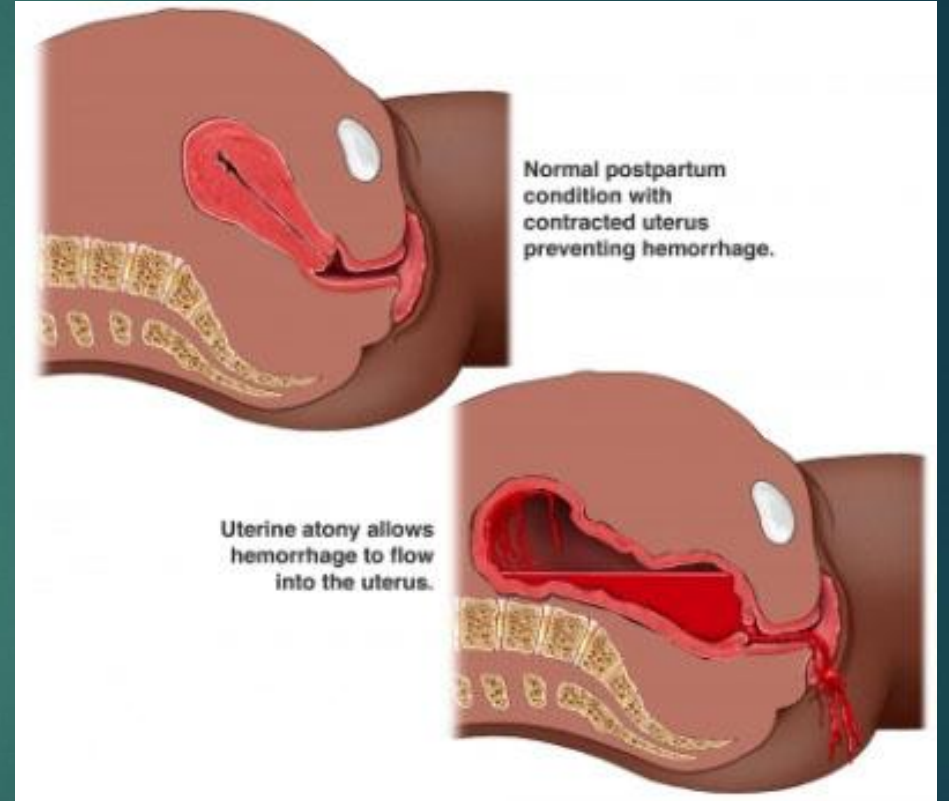
Postpartum kanama

Maternal mortalitenin dünyada en sık nedenidir.

Vajinal doğum sonrası 500 ml'den fazla, sezaryen ile 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

Erken postpartum kanamada en sık uterin atoni,
geç kanamalarda ise en sık neden plasenta retansiyonu
ve enfeksiyonlardır



Erken dönemde diğ er postpartum kanama nedenleri

Alt genital yol laserasyonları
Konsepsiyonun retansiyon  r nhleri,
İnvaziv plasentasyon,
Uterin r pt r,
Uterin inversiyon,
Koag lopatilerdir.

Gec  dönemde postpartum kanama nedenleri

Plasental b lge subinvolu yonu
Konsepsiyonun retansiyon  r nhleri,
Koag lopatiler

İlk basamak nedenin değerlendirilmesidir.

Damar yatağının doldur, hemorajik şokun önle ve kanamayı durdur.

Uterotonik ilaçlar (oksitosin,metilergonovin, prostaglandinler (karboprost,misoprostol)

Arter ligasyonu (uterin arter ligasyonu, hipogastrik arter ligasyonu, lynch sütürü)

Histerektomi gerekebilir

Pulmoner Emboli

Postpartum dönemde gebe olmayanlara göre 20 kat daha fazla görülür.

Diğer risk faktörleri obezite, yatak istirahati, ileri yaş, önceki DVT, variköz venler, travma ve çoğul gebelik

Usg ve CT/MRI ile DVT görüntülenebilir.

Pulmoner emboli şüphesinde CT - V/P eşiğimiz daha düşük olmalıdır.

Heparin ve DMAH standart dozlarda başlanmalıdır.

Pulmoner emboli

Anfraksiyone heparin büyük moleküldür ve plasentayı geçemez.

Gebelikte uygulanan heparinizasyonda uteroplental birleşme bölgesinde kanamalar yapabilir.

Gebelikten warfarin kullanımından kaçın plasentayı geçer ve teratojeniktir.

Amniyotik sıvı embolisi

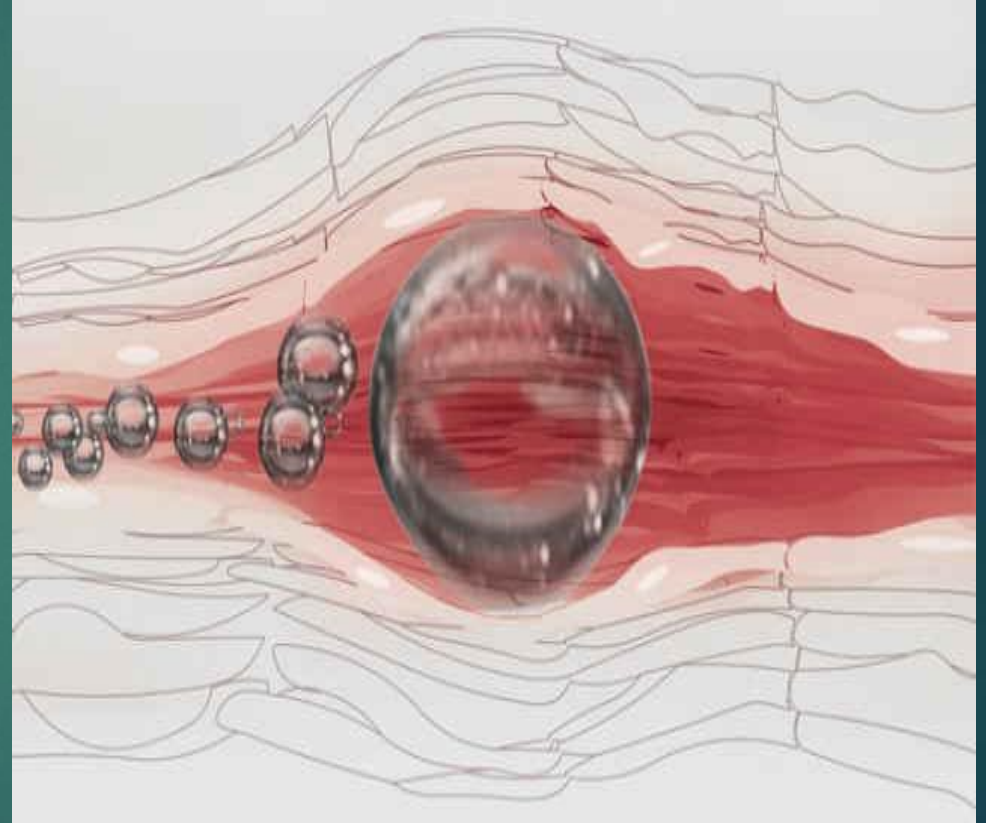
Maternal dolaşıma amniyon sıvısı, fetal hücreler, saç veya diğer maddelerin girmesi

Respiratuvar distres, pulmoner ödem , hipoksi, nöbet, DIC ve ani kardiyovasküler kollaps görülebilir. Mortalite %80.

Hipoksi, hipoperfüzyon ve hipotansiyon ile mücadele et,

Gebeyi sol lateral dekübit pozisyonunda tut, oksijen desteği, gerektiğinde entübe et

Fetüsü acilen çıkar



Enfeksiyonlar

Postpartum ateş $> 38^{\circ}C$ ise aksi ispat edilene kadar genital trakt kaynaklıdır. Etken çoğunlukla gis mikroorganizmalarıdır.

Diğer etkenler solunum yolu enfeksiyonları, piyelonefrit, mastit ve trombofilebitlerdir.

Komplikasyon olarak cerrahi insizyonel pelvik apse, septik pelvik trombofilebir, enfekte hematoma, nekrotizan fasiit, peritonit

Toksik görünümlü, sezeryan öyküsü varsa ve komorbid hastalık öyküsünde hastaneye yatırmak gerekir.

Postpartum endometrit olan kadınlar ısrarcı ateş, vajinal akıntı, taşikardi, lökositoz ve uterusu hassasiyet vardır. Tedavi Kültürlere uygun antibiyotik, drenaj ve nekrotik dokuların debridmanını içerir.

Peripartum kardiyomyopati

Gebeliğin herhangi bir dönemine çıkabilen en sık gebeliğin son ayı ve doğumdan sonra ilk 5 ayda dilate kardiyomyopatidir.

Kalp yetmezliği semptomları ile başvururlar (öksürük, dispne, ortopne, göğüs ağrısı) ve ödem, raller, jugüler venöz distansiyon saptanır

Eko da bozulmuş sol ventrikül performansı, Ejeksiyon fraksiyon %45 in altında ve sol ventrikül diyastol sonu çapında artış saptanır.

Kalp yetmezliği tedavisi verilir .

Nitroprusside relatif kontrendikedir. Fetüste tiyosiyanat ve siyanid birikimi yapılabilir.

Antikoagülan tedavi başlanmalı

