



ARAŞTIRMA

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2012; 26 (1): 35 - 38
http://www.fusabil.org

Acil Peripartum Histerektomi Olgularının İncelenmesi: 3 Yıllık Deneyim

Salih Burçin KAVAK¹
Bülent KORKUT²
Ebru KAVAK³

¹Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı
Elazığ, TÜRKİYE

²Kızıltepe Devlet Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Kliniği,
Mardin, TÜRKİYE

³Özel Doğu Anadolu
Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Kliniği,
Elazığ, TÜRKİYE

Geliş Tarihi :19.01.2012
Kabul Tarihi :10.07.2012

Yazışma Adresi Correspondence

Salih Burçin KAVAK

Fırat Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı,
Elazığ-TÜRKİYE

burcinkavak@yahoo.com

Amaç: Bu çalışmada acil peripartum histerektomi yapılan olgular ve bunların demografik özelliklerinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kızıltepe Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, Haziran 2008 ile Haziran 2011 tarihleri arasında yapılan acil peripartum histerektomi olguları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri ve peripartum dönemde gerçekleştirilmiş olan histerektomilerin endikasyonları, histerektomi tipleri (subtotal veya total histerektomi) kaydedildi. Maternal veya fetal mortalite oranları tespit edildi.

Bulgular: Bu sürede toplam 14 olgu kaydedildi ve peripartum kanama insidansı % 0,86 olarak belirlendi. Olguların 8 (% 57,1)'ine total abdominal histerektomi, 6 (% 42,9)'sına subtotal histerektomi uygulandı. Histerektomi endikasyonları 9 (% 64,3) atoni, 3 (% 21,4) uterin rüptür ve 2 (%14,3) olgu da plasenta perkrea olarak kaydedildi. Histerektomilerin 3 tanesinin (%21,4) sezaryen ile doğumu, 11 tanesinin de (%78,6) vajinal doğumu takiben uygulandığı saptandı. 6 (% 42,9) olguya bilateral hipogastrik arter ligasyonu uygulandı. Maternal mortalite izlenmedi, bir olguda fetal mortalite gerçekleşti.

Sonuç: Acil peripartum histerektominin en sık endikasyonu uterin atonidir. Peripartum histerektomi uygun endikasyonla ve zamanında yapıldığında hayat kurtarıcı bir işlemdir.

Anahtar Kelimeler: Peripartum histerektomi, uterin atoni.

Investigation of Patients Who Underwent Emergency Peripartum Hysterectomy: 3 Year Experience

Objective: The aim of this study is to investigate the demographic properties of patients who underwent emergency peripartum hysterectomy was to examine retrospectively.

Material and Methods: We retrospectively analysed the cases who underwent emergency peripartum hysterectomy between June 2008-June 2011 in Kızıltepe State Hospital department of obstetrics and gynecology. Patients demographics, indications hysterectomies and types of hysterectomy (subtotal or total hysterectomy) were recorded. Maternal end fetal mortality rates were determined.

Results: In this period, 14 cases were recorded and identified as a 0.86% incidence of peripartum bleeding. 8 (57,1%) patient with total abdominal hysterectomy, 6 (42,9%) subtotal hysterectomy was performed in the cases. Indications for hysterectomy 9 (64,3%) atony, 3 (21,4%) uterine rupture and 2 (14,3%) placenta percreata were recorded. Hysterectomies 3 of them 21,4% by cesarean delivery, 11 of them also 78,6% was applied followed by vaginal birth. 6 (42,9%) patients underwent bilateral hypogastric artery ligation. No maternal mortality and only one fetal mortality were recorded.

Conclusion: The most common indication of emergency peripartum hysterectomy is uterine atony. Emergency peripartum hysterectomy is a lifesaving procedure when performed appropriate and timely indication.

Key Words: Peripartum hysterectomy, uterine atony.

Giriş

Acil peripartum histerektomi, vaginal doğumlardan sonraki ilk 24 saat içerisinde ya da sezaryen operasyonları esnasında konservatif yöntemlerle kontrol edilemeyen uterin kanamaları kontrol etmek için yapılan, hayat kurtarıcı bir girişimdir (1). Çoğunlukla uterin atoni, plasental yerleşim veya yapışma anormallikleri, uterin rüptür ve damar yaralanmaları nedeniyle yapılır (2). Acil peripartum histerektomi insidansı % 0,1-0,8 arasında değişmektedir (3). Ancak bu insidans ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişimler göstermekte ve son yıllarda sezaryen doğumların insidansındaki artışa paralel olarak giderek artmaktadır (4). Peripartum kanama ile karşılaşıldığında erken tanı ve agresif medikal tedavi ile kanamaların önemli bir kısmı durdurulabilir. Uygulanan medikal tedaviler arasında özellikle uterin atoni durumunda yeterli hidrasyon, lokal ve sistemik oksitosin, prostaglandin E1, metil ergonovin uygulamaları yer alır. Ayrıca uterin masaj ve hastaya uygun pozisyon verilmesi önemlidir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen

olgular laparotomiye alınır. Laparotomide b-linch sütürleri, uterin arter ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu veya histerektomi uygulanabilen yöntemlerdendir.

Çalışmamızda obstetrik bir problem olarak daha sık izlemeye başladığımız doğum sonu kanamalarda, peripartum histerektomi uygulanan olgularımızın insidanslarını, obstetrik yk ve risk faktörleri ile demografik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Kızıltepe Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, Haziran 2008 ile Haziran 2011 tarihleri arasında çeşitli obstetrik nedenlerle yapılan acil peripartum histerektomi olguları retrospektif olarak incelendi. Hasta bilgileri, hastane kayıtları ve hasta dosyalarından elde edildi. Bu tarihler arasında hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde gerçekleşen toplam doğum sayısı tespit edildi.

Peripartum histerektomi insidansı hesaplandı. Hastaların demografik özellikleri olarak yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, parite, gravida, gebelik haftası ve doğum Őekilleri belirlendi. Uygulanan medikal tedavilere rağmen devam eden postpartum kanama olgularında peripartum histerektomi operasyonu gerçekleştirildi.

Peripartum dönemde gerçekleştirilmiş olan histerektomilerin endikasyonları, histerektomi tipleri (subtotal veya total histerektomi), hastaya operasyon esnasında veya postoperatif dönemde verilen kan ürünlerinin miktarları kaydedildi.

İntraoperatif veya postoperatif dönemde gelişen komplikasyonlar, hastaların toplam hastanede kalma süresi, maternal veya fetal mortalite oranları tespit edildi.

Bulgular

Kliniğimizde 3 yıllık dönemde toplam 12140 doğum gerçekleşti. Bunların içerisinde obstetrik sebeplerle histerektomi uygulanan 14 olgu (0.86/1000) incelendi. Olguların ortalama yaşı 31.42±7.91 (17-44), gravidası 6.28±3.83 (1-13), paritesi 5.28±2.86 (0-10), abortusu 0.64±0.92 (0-3), küretajı 0.35±0.49 (0-1), gebelik haftası 38.64±1.39 (36-41) olarak bulundu. Bir olgu hariç diğer tüm olgular multigravid idi. Olgularımızın 9 tanesi okur-yazar değildi ve 3 olgu ilkokul, 2 olgumuz da lise mezunu idi. Olgularımızın tamamında ailelerin gelir seviyesi oldukça düşük idi. Sekiz olguda ailenin düzenli bir geliri yoktu. Olguların demografik özellikleri tablo 1'de belirtilmiştir.

Olguların 3 tanesinde (%21,4) sezaryen ile doğumu, 11 tanesinde de (%78,6) vajinal doğumu takiben ve tümüne genel anestezi altında histerektomi uygulandığı saptandı. Acil peripartum histerektomi en sık postpartum uterin atoni kanaması nedeniyle yapılmıştır. Peripartum histerektomi endikasyonlarından 9 (% 64,3) olgu medikal tedaviye cevap vermeyen uterin atoni, 3 (% 21,4) olgu

uterin rüptür, 2 (% 14,3) olgu ise plasenta perkreat endikasyonlarıyla yapılmıştır.

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri.

Özellik	Ortalama ± SS	Min.-Max.
Yaş	31.42±7.91	17-44
Gebelik sayısı	6.28±3.83	1-13
Parite	5.28±2.86	0-10
Abortus	0.64±0.92	0-3
Gebelik Yaşı	38.64±1.39	36-41

Uterus rüptürü nedeni ile histerektomi yapılan 3 olguda da uzamış travay tespit edilmiştir. Plasenta perkreat gibi yapışma anomalisi 2 olguda saptandı ve bunların biri eski  sezaryenli idi. Diğer olguda ise travay sırasında gelişen abondan kanama sonrasında yapılan sezaryende plasenta perkreat tespit edilmiştir. Her iki olguda da masif kan transfüzyonu yapılması gerekmiştir.

Hiçbir olguda maternal mortalite saptanmamış, atoni gelişen bir olguda plasenta dekolmanı neticesi fetal distres gelişmiş, olgu sezaryene alınmış ancak fetus ex olmuştur. Tüm olgularda overler korunmuş, 6 (% 42,9) olguda subtotal histerektomi ve 8 (% 57,1) olguda da total abdominal histerektomi uygulanmıştır. Plasental yapışma anomalisi olan 2 olguya da total abdominal histerektomi yapılmıştır. Öte yandan peripartum histerektomi uygulanan 6 (% 42,9) olguya bilateral hipogastrik arter ligasyonu uygulanmıştır.

Olguların tanıları ve yapılan operasyonlar tablo 2 'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Preoperatif tanılar ve uygulanan cerrahi girişimler.

Endikasyon	Subtotal Histerektomi	Total Histerektomi	BHAL
Uterin Atoni	6	3	1
Uterin Rüptür	-	3	3
Pla. Perkreat	-	2	2

BHAL: Bilateral hipogastrik arter ligasyonu.

Tüm olgulara ortalama 5.35±2.34 (4-12) nite kan ürünleri (taze tam kan ve eritrosit süspansiyonu) verilmiştir. Olguların hastanede kalış süresi ortalama 13,07±6.28 (6-28) gün olarak belirlenmiştir.

Total abdominal histerektomi yapılan olgulardan birinde postoperatif dönemde gelişen intraabdominal hemoraji nedeni ile relaparotomi uygulanmıştır. Bu olguda relaparotomi de vajinal kaftan kanama tespit edilmiştir. Operasyon sırasında hiçbir hastada mesane, barsak yada büyük damar yaralanması gelişmemiştir. Yine olguların hiçbirinde yaygın damar içi pıhtılaşma yada akut böbrek yetmezliği gelişmemiştir.

Postoperatif dönemde üç olguda yara yeri enfeksiyonu, 1 olguda da fasya ayrılması izlendi. Bu dört olgu hastanede ortalama yatış süresinden daha uzun kaldı ve tümü total abdominal histerektomi yapılan olgulardı. Bu komplikasyonlara rağmen olguların tamamı şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Dünya genelinde her yıl 1 milyona yakın kadın gebelik veya doğum nedeniyle hayatını kaybetmektedir (5). Maternal mortalite oranı dünyanın geri kalmış bölgelerinde (Somali, Afganistan gibi) 100.000 doğumda 1000'in üzerinde, gelişmiş ülkelerinde ise 10'un altındadır (6).

Anne ölümlerinin genel nedenleri incelendiğinde en sık nedenlerden biri peripartum dönemdeki uterin kanamalarıdır ve bu durum önlenebilir olduğundan erken tanı ve etkin tedavi esastır (7). Anne ölümlerine neden olan kanamalar çoğunlukla plasenta dekolmanı, plasenta previa, postpartum atoni ve ektopik gebelik rüptürüne bağlıdır (8). Daha seyrek rastlanan nedenler ise uterus rüptürü, plasenta yapışma anomalileri, serviks ve vajen yırtıklarıdır. Yetersiz alt segment sütürasyonu, vagen kafına uygulanan sütürlerin açılması veya enfeksiyon gibi sebepler uterin damarlardan postoperatif masif kanamalara yol açabilir (9).

Peripartum uterin kanama insidansı dünya genelinde ülkeden ülkeye değişik olduğu gibi ülkemizin değişik bölgelerinde de değişik insidanslar bildirilmektedir. Örneğin peripartum kanama insidansı Maral ve ark. (10) tarafından 0,26/1000, Özdemir ve ark. (11) tarafından 0,29/1000, Zeteroğlu ve ark. (12) tarafından 5.09/1000 olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda insidans % 0,86 olarak bulunmuş olup, genel ortalamadan farklı değildir. Uterin atoniler peripartum kanamaların en sık nedenini oluşturur(13). Bizim çalışmamızda da en sık neden olarak uterin atoni tespit edilmiş ve sıklığı % 64.3 olarak bulunmuştur.

Peripartum uterin kanamalarda bir diğer hayat kurtarıcı yöntem total yada subtotal histerektomidir. Operasyon esnasında uygulanan yöntemler hastanın tanısına göre değişebilir. Bir yada birden fazla yöntem

birlikte uygulanabilir. Uterus rüptürü ve anormal plasentasyon gibi durumlarda uterusun alt segmenti ve kollum da olaya katılabileceği için total histerektomi yapılmasını önerenler olmasına karşın, operasyon süresini kısaltmak ve morbiditeyi en aza indirmek için subtotal histerektomi öneren görüşler de vardır (14,15).

Bizim çalışmamızda olguların % 84.62'sine subtotal, %15.38'ine total histerektomi yapılmıştır. Ancak özellikle plasental yapışma anomalilerinde total abdominal histerektomi önerilmektedir (16).

Literatür incelendiğinde özellikle 3. basamak sağlık kuruluşlarının peripartum kanama ile ilgili yaptıkları retrospektif çalışmalarda, cerrahi tedaviye alınan olguların çoğunun birincil ve ikincil sağlık merkezlerinden refere edilmesi nedeniyle erken müdahalede gecikme olması ve tersiyer merkeze transport sırasında kaybedilen sürede gerekli tedbirlerin yeterli alınmamasının tabloyu daha da dramatik hale getirdiği vurgulanmış; bunun da maternal mortalite, dissemine intravasküler koagülasyon ve akut böbrek yetmezliği gibi morbiditelere yol açtığından bahsedilmiştir (17, 18).

Bizim olgularımızdan hiçbirinde maternal mortaliteye rastlanmamıştır. Morbidite değerlendirildiğinde postoperatif erken dönemde bir olguda vagen kafında hematoma oluşmuş relaparotomi ile tedavi edilmiştir. Ayrıca üç olguda yara yeri enfeksiyonu, bir olguda da eviserasyon meydana gelmiştir. Olgularımızın hiçbirinde dissemine intravasküler koagülasyon, akut böbrek yetmezliği oluşmamıştır. Bunun nedeni hastanemizin ikinci basamak sağlık kuruluşu olmasına rağmen postpartum kanamalar konusunda deneyimli hekimlerin bulunması ve peripartum uterin kanamalara müdahale edebilecek yeterli ekipman, kan merkezi ve gerektiğinde ulaşılabilecek konsültan hekimlerin bir takım çalışması halinde görev yapmasıdır.

Kadın hastalıkları ve doğum hekiminin peripartum kanamalar konusundaki deneyimi, olayı öngörebilmesi, zamanında yeterli önlemleri alması ve sağlık hizmeti veren hastanenin yeterli alt yapıya sahip olması bu güç klinik durumla başa çıkmada mutlak gerekli olan faktörlerdir.

Kaynaklar

1. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1440-1444.
2. Bai SW, Lee HJ, Cho JS, et al. Peripartum hysterectomy and associated factors. *J Reprod Med* 2003; 48(3): 148-152.
3. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert J. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 141-145.
4. Adelaja LM, Taiwo OO. Maternal and fetal outcome of obstetric emergencies in a tertiary health institution in South-Western Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011; 10: 1-4.
5. Weinstein D. Maternal Mortality and Morbidity. In: Weinstein D, Chervenak F (Editors). *The First World Congress on Maternal Mortality*. Monduzzi Editore. 1997; 3-8.
6. Brandes JM. Transport system. In: Weinstein D, Chervenak F. (Editors). *The First World Congress on Maternal Mortality*. Monduzzi Editore. 1997; 9-15.
7. Khan KS, Wojdyla D, Say L, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 1066-1074.

8. Fox H: Pathology of maternal death. In: Fox H, Welis M.(Editors). *Obstetrical and Gynecological Pathology*, London: 1995: 1837-1851.
9. Özgüven FT. Sezaryen. In: Özgüven FT, Evrüke C. (Editors). *Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara: Medical Network 2001: 1322-1330.
10. Maral İ, Sözen U, Balık E. Peripartum hysterectomy: analysis of 64 cases *Anatolian J Gynecol Obst* 1993; 3: 43-47.
11. Özdemir S, Balcı O, Görkemli H, ve ark. Acil Peripartum Histerektomi Olgularının Değerlendirilmesi: Altı Yıllık Deneyim. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2010; 7(3): 218-223.
12. Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M. Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120: 57- 62.
13. Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 268: 131-135.
14. Zelop LM, Harlow BL, Frigoletto FD, Saflon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1443-1448.
15. Christopoulos P, Hassiakos D, Tsitoura A, et al. Obstetric hysterectomy. A review of cases over 16 years. *J Obstet Gynecol* 2011; 31(2): 139-141.
16. Engelson BE, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy incidents and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80: 409-12.
17. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik Nedenlerle Acil Histerektomi Yapılan 52 Olgunun Analizi *Dicle Tıp Dergisi*. 2006;33(4); 227-230.
18. Yalınkaya A, Hakverdi AU, Ölmez G, Yalınkaya Ö, Yayla M. Acil peripartum histerektomi. *Perinatoloji Dergisi* 2004; 12: 123-127.