

GEBELİKTE AKUT BATIN

Genel Bilgi:

Akut karın terimi, ağrı, hassasiyet, rijidite ile ani olarak ortaya çıkan ve acil cerrahi girişimin zorunlu olabileceği karın içi olayları tanımlamak için kullanılır. Şiddetli karın ağrısı ile başvuran hamile hastanın değerlendirilmesi hamile olmayan akut

karınlı bir hastadan farklı değildir. Sadece anamnez ve fizik muayene bulguları incelenirken hamilelikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler dikkate alınmalıdır.

Klinik Bulgular:

A. Anamnez

Karın ağrısının başlangıcı, süresi, şiddeti ve karakteri ile eşlik eden semptomlar detaylı şekilde sorgulanmalıdır. Muhtemel etyolojik nedenler hamilelik ayına göre değişebileceği için hamileliğin kaçınıcı ayında olduğu öğrenilmelidir. Fötüsün canlılığı ve değerlendirilmesinde doğru karar verebilmek için bu bilgi gereklidir. Normal hamilelikte bulantı, kusma, konstipasyon, idrar sıklığında artma ve pelvik veya karın rahatsızlıklarının bulunabileceği i hatırlanmalıdır. Hastaya mevcut akut şikayetlerle normal hamilelik değişiklikleri arasındaki fark sorulmalıdır.

B. Fizik Muayene

Hamilelerdeki fizik muayene bulguları, aynı rahatsızlığı bulunan hamile olmayanlara göre daha silek olabilir. Karın ön duvarındaki gerilme nedeniyle hamilelerde periton bulguları mevcut olmayabilir. Alttan yatan inflamasyon parietal periton ile direkt temas etmediği için ortaya çıkması beklenen adele cevabı veya defans hamilelerde bulunmayabilir. Uterus, omentumun inflamasyon alanına hareketini

engelleyebileceği için klinik tablo bozulabilir. Ekstrauterin hassasiyeti uterus hassasiyetinden ayırmak için hasta muayenesinin sağ veya sol dekübitus pozisyonunda yapılması faydalı olur. Hamile karın muayenesi yapılırken, hamilelik ayına göre karın içi organlarındaki pozisyon değişikliği hatırlanmalıdır. Örneğin, hamile olmayanlarda ve erken hamilelik döneminde apendiks Mcburney noktasında lokalize iken, I. Trimesterden sonra yukarıya ve laterale doğru yer değiştirip, hamileliğin sonlarında safra kesesine yaklaşır. Bu değişiklikler tanıda gecikmeye neden olabilir, bu gecikme de hamilelerde akut karının mortalite ve morbiditesini artırabilir. Hekim hamile bir hastayı değerlendirirken anne ve fetüsten oluşan 2 hastayı aynı anda değerlendirmek zorundadır. Fetüs canlılığı kalp seslerinin doppler veya ultrason ile incelenmesiyle değerlendirilir. Hasta muayenesi süresince fetal kalp sesleri ve uterus tonisitesi monitörize edilmelidir.

Fötal distress akut karın için obstetrik bir etyolojiyi düşündürebilir (Ör. Plasenta ayrılması, uterus rüptürü). Uterus kontraksiyonlarının monitörizasyonu hastanın hem değerlendirme aşamasında, hem de definitif tedavi sonrasında çok önemlidir.

Zira karın içi enfeksiyon, inşamasyon ile erken doğum arasında sıkı korelasyon mevcuttur.

Ayırıcı Tanı:

Hamilelikteki akut karın nedeni bazen tesadüfi, bazen hamilelerde daha sık, bazen de sadece hamilelerde ortaya çıkan durumlardır.

I. Hamilelikte Tesadüfen Ortaya Çıkan Durumlar

A. Gastrointestinal

Akut apandisit, akut pankreatit, peptik ülser, duodenal ülser, gastroenterit, hepatit, barsak tıkanıklığı, barsak perforasyonu, herniasyon, Meckel divertikülü, toksik megakolon, dalak rüptürü, pankreas psödokisti,

B. Genitoüriner

Over kist rüptürü, adnex torsiyonu, üreter taşı, renal pelvis rüptürü, üreter obstrüksiyonu

C. Vasküler

Süperior mezenterik arter sendromu, tromboz-nekroz

D. Solunum sistemi

Pnömoni, pulmoner emboli

E. Diğer

İntraperitoneal kanama, abdominal travma, akut intermitten porfiri, diabetik ketoasidoz, orak hücreli anemi

II. Hamilelikte daha sık görülen durumlar

Akut pyelonefrit, akut sistit, akut kolesistit, akut yağlı karaciğer, rektus abdominus kasında yırtılma, uterus torsiyonu

III. Hamileliğe bağlı nedenler

A. Erken hamilelik dönemi

Ektopik gebelik rüptürü, peritonitle beraber septik abortus, retrovert uterusu bağlı akut idrar retansiyonu

B. Geç hamilelik dönemi

Myomun kırmızı dejenerasyonu, pediküllü myom torsiyonu, plasenta ayrılması, plasenta percreta, HELLP (hemoliz, yüksek kc. enzimleri düşük trombosit) sendromu, spontan karaciğer rüptürü, uterus rüptürü, korioamnionit

Laboratuvar bulguları:

Akut karın ağrısı ile gelen hamile bir kadında sık kullanılan bazı laboratuvar testlerinin belli referans aralığında değişeceğini hatırlamak gerekir. Bu değişiklikler bazen hastanın ilk değerlendirilmesini güçleştirebilir.

A. Ultrasonografi

Hamile karının değerlendirilmesinde en sık kullanılan radyolojik metod ultrasondur ve güvenle uygulanır. Anne safra kesesi, pankreas ve böbrekler kolayca değerlendirilebilir. Ultrason akut apandisitte dereceli kompresyon yöntemiyle tanı metodu olarak kullanılır. Büyümüş olan uterus hamilelikte bu uygulamayı kısıtlayabilir ancak bunun başarı ile uygulanabileceğini söyleyenler de vardır. Fötüs

değerlendirilmesinde ultrason çok önemlidir.

Radyografi

Hamile bir hastanın iyonize radyasyon ile değerlendirilmesi klinisyen için büyük bir endişe kaynağıdır ancak tek dozluk radyografi fötüse zarar vermez.

Tanı amacıyla birden fazla radyolojik işlem gerektiğinde, 0.05Gy'dan daha az dozdaki radyasyonun fötüs anomalisi veya hamileliğin kaybına yol açmadığı hatırlanmalıdır

Gerekli tetkikler:

Akut batın nedenine göre değişebilir.

Tedavi:

Hamiledeki akut karın tedavisi altta yatan nedene göre değişir. Acil cerrahi endikasyonu hamile olmayanlarla aynıdır. Elektif cerrahi endikasyonu

konulmuşsa, bunun doğum sonrasına ertelenmesi uygundur. Hamilelikte cerrahi gerekiyorsa, bunu mümkünse 2. trimesterde yapmak uygundur, zira düşük ve erken doğum riski 3. trimestere göre daha azdır. Aynı şekilde anestetik ajanlar gibi ilaçlara

bağlı spontan düşük ve diğer riskler 2. trimesterde 1. trimestere göre daha azdır.

Özel durumlar

A. Akut Apandisit

Hamilelikte akut apandisit en çok görülen nonobstetrik cerrahi acil durumdur. Vaka-doğum oranları 1:2000 den, 1:6000 arası değişmektedir. Hamilelik apandisit insidansını

etkilememektedir, ancak hastalığın şiddeti hamilelerde artabilir. Apandisit görünürde ikinci trimesterde daha yaygındır.

Semptomlar şunlardır: Karın ağrısı her zaman mevcuttur. Birinci trimesterde ağrı sağ alt kadranda olur. İkinci trimesterde apandiks umblikus seviyesinde yerleşmiştir. Üçüncü trimesterde ağrı yaygın veya sağ üst kadranda olur. Bulantı tüm hastalarda olmaktadır. Kusma hamilelerin 2/3'ünde olur. Çıkarılsızlık hamilelerin 1/3 – 2/3'ünde olur, ama hamile olmayanların tümünde olur .

Bulgular : Direkt batın hassasiyeti hastaların tamamına yakınında olur ancak çok nadir olarak bulunmayabilir. Birinci trimesterde hassasiyet belirgin şekilde

sağ alt kadranda yerleşiktir. Hamileliğin geç dönemlerinde, hassasiyet sağ paraumblikal alanda, sağ üst kadranda veya diffüz olur. Rebound hastaların % 55-75'inde olur). Defans hastaların % 50-65'inde görülür. Rovsing belirtisi (inen kolona bası uygulandığında Mcburney noktasında ağrı olması) hamilelerde hamile olmayan apandisitlerde görülen sıklıkta görülür. Psoas irritasyonu hamile olanlarda daha az sıklıkta görülür. Rektal hassasiyet genellikle mevcuttur, özellikle birinci trimesterde. Ateş ve taşikardi, değişkendir ve hassas belirtiler değildir.

Tetkikler

• Beyaz küre sayımı: Hamilelikte sıklıkla 15000/mm³'nin üzerine çıkmaktadır. Beyaz kürenin geniş referans değerlerinin olması bu tetkikin kullanılabilirliğini azaltmaktadır. Bazen normal beyaz küre sayımı ile birlikte ciddi hastalık görülebilir. Polimorfonükleer lökositler apandisitte sıklıkla % 80'den fazladır.

• Çıkarılsızlık analizi: Apandisitli hastaların % 10-20'sinde piyüri görünür. Bu durum eş zamanlı asemptomatik bakteriüriyi göstermektedir.

• Ultrasonografi: Bazı merkezlerde apandisit tanısına yardımcı olarak kullanılır.

• ADBG: Ciddi hastalıkta, sağ taraşı kitle veya sağ taraşı serbest havayı gösterebilir.

Tedavi

Apandisitinin tedavisi cerrahidir.

Akut Kolesistit

Akut kolesistitin ortaya çıkma sıklığı çok değişkendir. Vaka-doğum oranı 1:1130 ile 1:12.890 arasında değişmektedir. Asemptomatik safra kesesi hastalığı daha yaygındır, hamile kadınların % 3-4'ünde olmaktadır. Kronik hemolitik durumlar, orak hücreli anemi gibi durumlar safra kesesinde taş oluşumunu arttırmaktadır.

Anamnez ve Muayene Bulguları:

Hastalarda daha önce benzer epizodlar olabilir. Sağ üst kadranda ağrısı en güvenilir semptomdur. Ağrı sırta doğru yayılabilir. Kusma vakaların % 50'sinde olur. Ateş çok az olguda görülür. Direkt hassasiyet genellikle sağ üst kadranda olur. Rebound hassasiyeti nadirdir. Kolesistit üçüncü trimesterde apandisit taklit edebilir.

Tetkikler

Akut kolesistitli hastaların %95'inde safra kesesi taşı mevcuttur. Ultrason güvenilir ve tanısaldır. Eğer safra kesesi için sintigrafi yapmak gerekli ise, radyasyon dozu zararlı değildir. Kan tetkiklerinin değeri sınırlıdır. Lökositoz normal hamilelikte de yüksektir, tanıya yardımcı olmaz. Serum alkalen fosfataz değerleri normal hamilelerde

de yüksektir. SGOT ve SGPT değerleri kolesistiti, hepatitten ayırmada yardımcı olabilir. Serum amilaz değerleri hastaların 1/3'ünde geçici olarak yükselir. Çok belirgin amilaz yükselmesi pankreatiti gösterir. Eğer sürekli kusma varsa serum elektrolitlerine bakılır.

Tedavi

İlk basamak tedavi destek tedavisidir.

I.V. sıvı

Nazogastrik aspirasyon: eğer kusma anlamlı ise bu zorunludur.

Analjezik: Demerol, morfine tercih edilir. Morfin oddi sfinkterini spazma sokabilir.

Eğer semptomlar devam ediyorsa, sistemik veya lokal belirtiler ciddi ise geniş spektrumlu antibiyotik başlanır. Eğer hasta destek tedavisini tolere edemiyorsa veya tekrarlayan epizodlar görülüyorsa cerrahi endikasyon vardır

İntestinal Obstrüksiyon

Vaka-doğum oranı 1:3600 ile 1:5700 arasındadır. Daha fazla intraabdominal cerrahi girişim yapıldığından dolayı bu oran artmaktadır. Birinci trimesterde intestinal obstrüksiyon nadirdir, ikinci ve üçüncü trimesterde ve lohusalık döneminde eşit

sıklıkla olmaktadır. Basit obstrüksiyon en yaygın sebeptir. Sıklıkla geçirilmiş

cerrahi girişimler ve adezyonlara bağlıdır. Volvulus ikinci sıklıktadır ve genellikle adezyonlara bağlıdır. İntususepsiyon daha az sıklıkla görülür, enkarsere inguinal veya femoral herniler ve karsinomlar çok daha nadirdir.

Anamnez Ve Fizik Muayene Bulguları

Karın ağrısı hastaların % 90'ında görülür. Sürekli veya doğumu taklit eder tarzda periodik olabilir. Ağrı bele yayılabilir ve piyelonefriti düşündürebilir. Ağrının şiddeti hastalığın şiddetini göstermeyebilir. Kusma değişken bir semptomdur. Eğer tıkanıklık proksimalde ise, kusma erken dönemde olur. Kusma olmadan da ciddi obstrüksiyonda bulunabilir.

Konstipasyon hamilelerde görülen konstipasyondan farklıdır. Hastaların gaz gaita çıkışları tamamen durur.

Muayene Bulguları

Klasik hassas-distandü karın ve artmış barsak sesleri hamilelerde görülmeyebilir.

Karın hassasiyeti olmayabilir. Uterus üzerine bası uygulandığında barsağa ulaşan basıdan dolayı ağrı hissedilir ve bu durum doktoru yanlışlıkla uterus patolojisine yönlendirilebilir. Hasta gelişinde barsak sesleri normal olabilir. Bazen hassas kistik kitle palpe edilebilir. Rebound, ateş ve taşıkardi geç dönemde olur.

Tetkikler

Lökositoz olabilir, ancak lökositozun normal hamilelikte de olduğu unutulmamalıdır.

Elektrolit anomalileri, hemokonsantrasyon görülür. Serum amilazı yükselir.

Radyografi: Ayakta direk karın grafisi ilk yapılacak şeydir, bu tetkiki fötüse zarar verecek diye göz ardı etmemek gerekir. Radyografi olmadan bu hastalığın tanısını koymak güç olabilir, hatta ardarda film çekilmesi de gerekebilir.

Tedavi

Tedavisi hamile olmayanlardaki gibi olup cerrahidir.

Over Kist Rüptürü

Hamilelerde over kistlerinin görülme oranı 1/81 ile 1/1000 arasındadır. Over kistinin rüptürü nadirdir.

Anamnez ve Fizik Muayene Bulguları

Hastalar düşme, cinsel ilişki veya vajinal muayene gibi hafif bir travma anamnezi verirler. Rüptür spontan da olabilir. Hasta bazen kronik bir alt karın ağrısının aniden şiddetlendiğini söyleyebilir. Alt karında peritoneal irritasyon bulguları, hassasiyet

ve defans olabilir.

Tetkikler:

Hemoglobin değeri düşebilir. Ultrason douglasta (cul-de-sac) sıvı tespit edebilir.

Tedavi

Tedavisi cerrahidir. Mümkün olduğu kadar çok over dokusu kurtarılmaya çalışılır.

Adneks Torsiyonu

Adneksin torsiyon olasılığı düşüktür, genellikle ergenlikte ve genç kadınlarda görülür. Hamilelik adneks torsiyonuna predispozan faktördür, her 5 adneks torsiyonunun biri hamilelerde görülür. Bu durum hastaların % 50-60'ında ovarial kitle ile birlikte ve bu kitle sıklıkla bir dermoid tümördür. Adneks torsiyonu daha sıklıkla sağ tarafta olur, bu oran sola kıyaslandığında 3:2 dir. En sık birinci trimesterde görülür, bazen ikinci trimesterde, nadiren de üçüncü trimesterde görülebilir.

Anamnez ve Fizik Muayene Bulguları

Hastada akut, şiddetli, kolik tarzda, tek taraflı, alt karın ve pelvis ağrısı vardır. Hastaların üçte ikisinde bulantı ve kusma vardır. Hastalar bundan önce benzer ağrı epizodları tanımlayabilir. Hafif ateş olabilir. Hassas adneksial kitle hastaların % 90'ında ele gelebilir.

Tetkikler

Eğer adneksial nekroz varsa, lökositoz ve ateş olur. Lökositozun normal hamilelerde de olduğu unutulmamalıdır. Ultrason over kistini gösterebilir. Renkli doppler over parankiminin santralinde akımın kaybolduğunu gösterebilir. Eğer tanı kesin değilse tanısal laparoskopisi yapılabilir.

Tedavi

Tedavisi cerrahidir.

Dejenere Myom

Myomlu kadınların hamileliklerinde kırmızı dejenerasyon gelişimi % 5-10 arasındadır. Myom dejenerasyonu sıklıkla hamileliğin 12-20. haftalarında olmaktadır.

Anamnez ve Fizik Muayene Bulguları

Hastalar ani başlayan ve iyi lokalize edilen karın ağrısı ile gelir. Uterus üzerinde olan kitle hassasiyeti ve kusma ile gelebilirler. Hafif ateş görülebilir.

Tetkikler

Ultrason ağırlı bölgeye yönelik yapılırsa yararlı olur. Dejenere myom mikst veya yumuşak ekojeniteye sahiptir.

Tedavi

Hamilelikte medikal tedavi uygulanır. Çünkü kırmızı dejenerasyon kendini sınırlayan bir olaydır. Tedavide analjezikler, narkotikler veya antiinflamatuvar ajanlar kullanılır. Eğer narkotikler etkisiz kalırsa kısa süreli indometazin ağrısı iyi biçimde kesebilir. İndometazin fötüste oligohidramniyoz ve parsiyel duktus arteriozus konstrikşiyonu yapabildiğinden bu ajanın kullanımı 32 haftalıktan öncekilere kullanılır. Hastalar sıkı monitorize edilmelidir.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar:

1. Gebelikte akut karın. Klinikte obstetri ve jinekoloji. 2007 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörü N. Çiçek. Sayfa 365-376
2. Travma. Yüksek Riskli Gebelikler: Yönetim Seçenekleri. 2008 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörü H. Güner. Sayfa 1187-1212
3. Gebelikte kolesistit. Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. 2008 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörleri M. Erenus, T Yoldemir. Sayfa 174-177
4. Gebelikte travma. Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. 2008 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörleri M. Erenus, T Yoldemir. Sayfa 222-225
5. Obstetrik Aciller. Klinikte obstetri ve jinekoloji. 2007 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörü N. Çiçek. Sayfa 251-279

Tanı:

Ateşin sadece bir semptom olduğunu hatırlamalıyız. Genellikle ateşin neden olduğu diğer belirtilerle beraber tanı konulabilir. Ateş olması durumunda diğer semptomları iyice araştırarak ateşin sebebini bulabiliriz.

Tanım:

Gebelikte vücut ısısının normalden yüksek bulunması olarak tanımlanabilir (hipertermi). Normal bir insanın vücut ısısı 37 C° civarında olmalıdır. Gebelikte 38 C° veya daha üstündeki vücut ısısı ateş olarak kabul edilebilir. Yinede yapılan çalışmalar göstermiştir ki gebelikte vücut ısısı 38.9 ve üzerinde olmadıkça veya ateş uzun süreli olmadıkça fetüs ve anne güvendedir.

Gebelikte ateşin fetal etkileri:

Gebelikte annenin ateşi varsa fetal ısının anneden yaklaşık 1 derece fazla olduğu bilinmektedir. Anormal fetal gelişme ve konjenital fetal anomali riskinin gebelikte 38.9 c derece ateş ve üzerinde olduğunda var olduğu bildirilmiştir. Özellikle organogenezin olduğu erken ilk trimesterde nöral tüp defektleri ve santral sinir sistemi anomalileri riski uzun süreli yüksek ateşle artmaktadır.

Yapılan bazı çalışmalarda influenza virüsünün ilk trimesterde uzamış ateş durumunda bazı anomalilere yol açtığını gösterirken bazı çalışmalarda da bu etki gösterilememiştir. Orta derecede yüksek olan kısa süreli ateşte anneye ve fetüse gelebilecek önemli bir zarar yoktur.

Ateş tespit edilen gebenin diğer bir sistemik hastalığı varsa (örneğin Diyabet), ateşle beraber diğer semptomlarda bulunuyorsa (sistit varlığında dizüri, alt abdomende hassasiyet, idrara sık çıkma semptomlarının olduğu gibi), dehidratasyon mevcutsa, 3 günden fazla süren orta dereceli ateşte, belirgin bir neden yokken 3 haftada 1 kereden fazla tekrarlayan ateşte altta yatan daha ciddi bir problem olabileceği akla gelmelidir.

Gebelikte olası ateş nedenleri:

Gebelikte ateşe neden olabilecek bazı durumlar şöyle özetlenebilir: Gebelik sırasında geçirilen enfeksiyonlar (sistit, akut pyelonefrit, septik abortus, viral hepatitler, gribal enfeksiyonlar, üst solunum yolları enfeksiyonları, HIV (Human immuno deficiency virus), herpes gestesyonalis, kızamıkçık, kızamık, kabakulak, suçiçeği, parvovirüs, sitomegalovirüs enfeksiyonu, intrauterin enfeksiyonlar, bazı seksüel geçişli hastalıklar (sifilis), tüberküloz, paraziter enfeksiyonlar (sıtma)), hematolojik hastalıklar (lenfoma, lösemi), erken membran rüptürü sonrasında gelişen korionamnionit, akut kolesistit, septik pelvik tromboflebit, doğum sonrasında gelişebilen puerperal enfeksiyonlar (endometrit, idrar yolu enfeksiyonları, pnömoni, geçirilmiş sezeryana bağlı yara enfeksiyonu, epizyotomi enfeksiyonu, konjestif veya enfeksiyöz mastit, postpartum gelişen tromboflebit) olarak özetlenebilir. Daha nadir olarak ta aşırı derecede ağır egzersiz, çok sıcak yapılan banyo, sauna olarak sayılabilir.

Tedavi:

Gebelikte ateş olması durumunda gebenin ağızdan daha fazla sıvı alması, istirahat etmesi gerekir. Asetaminofen gebelikte güvenle kullanılabilen bir non-narkotik analjesik ve antipiretikdir. Günde 4 ile 6 kereye kadar güvenle kullanılabilir. Devam eden, asetaminofen alımı ile düzelmeyen ateşler daha ciddi bir problemin mesela enfeksiyonun belirtisi olabilir. Altta yatan sebep bulunduğunda sebebe yönelik tedavi düzenlenir.

Sonuç, Yorum:**Kaynaklar:**

1. Carrera JM, Mallefre J, Serra B. Infectious disease in pregnancy. Editör: Carrera JM . Recommendations and guidelines for perinatal medicine. Matres Mundi Yayınları, 2007;14:sf. 120-133.
2. Chambers CD, Johnson KA, Dick LM, Felix RJ, Jones KL. Maternal fever and birth outcome: a prospective study. Teratology, 58:251-257.
3. Freitag BC, Gravet MG. Diğer enfeksiyöz durumlar. Çeviri Şimşek E, Bağış HT Çev. Ed. Güner H. Yüksek riskli gebelikler yönetim seçenekleri. Güneş tıp kitabevleri, 2008;32:sf 671-695.
4. Milunsky A, Ulcickas M, Rothman KJ, Willett W, Jick SS, Jick H. Maternal heat exposure and neural tube defects. JAMA. 1992;19;268:882-5.
5. World Health Organization Managing Complications in Pregnancy and Childbirth Fever during pregnancy and labour ;A guide for midwives and doctors, 2003, www.who.int/reproductive-health/impac/Symptoms/Fever_pregnancy_labour (en son internete giriş tarihi:20.01.2008).

Tanı Kriterleri

- Akut başlayan şiddetli abdominal ağrı
- Rebound ve defans hassasiyeti olan peritonit belirtileri
- Değişik derecede gastrointestinal irritasyon, bulantı ve kusma
- Lökosit sayısında artma (eğer sebep inflamatuvar ise)
- Ateş (bazen)
- İntraperitoneal hemorajiye bağlı anemi veya hipovolemik şok

Genel Bilgiler

Akut abdomen, herhangi bir intraabdominal acil olay karşısında “akut” tıbbi müdahale yapılmasını gerektiren bir durum olarak tanımlanır. Acil servise başvuran hastaların yaklaşık %1’inde akut abdomen vardır. Bu grupta hospitalize edilip tedavisi planlanan hastaların %20’ si jinekolojik orijinlidir.

Etyoloji ve Patogenez

Peritonda bulunan ağrı reseptörleri periton kavitesine akan pürülan materyel, intraperitoneal kanama, intra-abdominal bir oluşumun nekrozu, veya periton kavitesindeki mikrobiyal enfeksiyona bağlı inflamasyon nedeniyle stimüle olur. Mide asidi, safra, ve pankreatik sekresyonlar da yaygın peritoneal irritasyona sebep olur, ancak idrar ve asit sıvıları ise sebep olmaz.

Klinik Bulgular

A. Semptom ve Belirtiler:

İrrite olan periton gerilmeye ve harekete oldukça hassastır, dolayısıyla hastanın pozisyonu irritasyon bölgesinin saptanmasında yararlı ipucu verir. Defans ve rebound hassasiyet peritoneal irritasyon alanını tespit etmede yardımcıdır. Hafif derecede barsak irritasyonu olan hastalarda iştah azalır. İnflamatuvar hadiseye bağlı barsak tutulmasında bulantı ve kusma görülebilir. Barsak fonksiyonu inhibe oldukça, barsak loop’ları içerisinde gaz ve sıvı birikmesine bağlı olarak karında distansiyon gelişir. Peristaltik hareketlerin kaybolmasına bağlı barsak sesleri azalır. Mesane ve rektosigmoidi örten periton irrite olursa hasta idrar ve defekasyon yaparken ağrı hisseder.

B. Laboratuvar Bulguları:

Akut abdomenin kesin teşhisi yalnızca öykü ve fizik muayene ile yapılamaz. Pelvik peritonitisi olan bütün kadınlarda tam kan sayımı, idrar tahlili, ve hızlı gebelik testi yapılmalıdır. İnfeksiyöz bir hadise varlığında kanda lökosit sayısı artar, akut kan kaybı varsa anemi bulgusu görülür.

İdrar tahlili idrar yolu enfeksiyonunu gösterebilir. İdrarda glukoz olması bir diyabetik ketoasidozun başlangıcını gösterebilir, bu da şiddetli akut abdominal ağrıya sebep olur.

Rekürren kronik salpenjit öyküsü olan bir hastada aslında kronik salpenjite bağlı adhezyonların sebep olduğu bir ektopik gebelik muhtemeldir.

C. Özel Muayeneler:

1. Kuldosentez:

Uterus posteriorunda Douglas poşundan iğne yardımı ile sıvı çekilmesi önemli bir diagnostik yöntemdir. Pelvik peritonitisi olan veya uterin ve adneksiyal hareketleri ağırlı olan hastalarda peritoneal kavitenin içeriği bu yolla incelenir.

2. Ultrasonografi:

Adneksiyal kitle veya pelvik abseyi teşhis etmede ultrasonografi önemli bir yardımcı yöntemdir. Ağrısı olan birçok hastada yeterli bimanuel muayene yapılamadığı durumlarda değerli bir yöntemdir.

Ayrırcı Tanı

Rüptüre ektopik gebelik, salpenjit, ve hemorajik over kisti akut abdomene sebep olan ve acil ünitesine başvuran hastalarda en sık görülen 3 jinekolojik tablodur. Dejenere leiomyom ve adneksiyal torsiyon daha az sıklıkta görülür. Bu durumlar için tipik olan klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Klinik ve Laboratuvar Bulguları						
Hastalık	Kan tablosu	İdrar analizi	Gebelik testi	Kuldosentez	Ateş	Bulantı, Kusma
Rüptüre Ektopik Gebelik	Hipovolemi tedavisi sonrası düşük hematokrit	Nadir kan hücresi	Pozitif β HCG gebelik yaşına göre düşük	Yüksek Hct Defibrine kan (trombosit yok)	Yok	Sık değil
Salpenjit	Lökositlerde artış	Beyaz kan hücreleri bulunabilir	Genellikle negatif	Sarı Turbid lökositten zengin bazı bakteriler	Progresif artan	Genellikle ileus vaka
Hemorajik over kisti	Hipovolemi tedavisi sonrası Hct düşük	Normal	Genellikle negatif	Hct < %10	Yok	Nadir
Adneks torsiyonu	Normal	Normal	Genellikle negatif	Minimal	Yok	Nadir
Dejenere leiomyom	Normal veya Lökositte artma	Normal	Genellikle negatif	Normal berrak sıvı	Muhtemel	Nadir

Komplikasyonlar

Rüptüre ektopik gebelik atipik tarzda görülebilir. Daha önce geçirilmiş salpenjit nedeniyle oluşan pelvik adhezyonlar pelvik hemoperiton oluşumunu engeller, ağrının tipik yayılımını bozar ve kuldosentezde negatif sonuçlar çıkmasına yol açabilir.

Rüptüre over kistinden olan hemorajinin şiddetine göre uygun tedaviye karar verilir. Periton sıvısındaki hematokrit düşük ve hasta kısmen rahatsa, hemoperiton muhtemelen spontan olarak ortadan kalkar.

Tedavi

Bazı özel durumlarda, eğer peritoneal hematokrit %6-8'in üzerinde ise, hasta minilaparotomi ile ovarian kistektomi ve abdominal irrigasyon yapılarak tedavi edilebilir.

Tüm 4 kadranda da jeneralize peritoniti olan akut abdomen tablosu sıklıkla "cerrahi abdomen" olarak tanımlanır. Dört kadranda da defans ve rebound hassasiyeti olan rijid karınlı bir hastada çoğu kez kesin teşhis laparotomi yapmadan konulamaz. Kuldosentez ve diğer rutin testler hadisenin hemorajik ya da inflamatuvar olduğunu belirtir ancak kesin teşhis operasyon odasında belli olur.

Rüptüre pelvik absesi olanlarda hemen yapılan eksplorasyon hastanın septik şoka girmesine engel olur. Tüm büyük kitleler abse formasyonu oluşturmadığından özellikle anaeroblara karşı antibiyotik tedavisinin bir an önce başlatılması ve kitle hacmi küçülüyorsa

devam edilmesi gerekmektedir. Klinik seyir sırasında belirgin bir abse görüldüğünde ve hasta klinik olarak tedaviye cevap vermediğinde ya da kitle hacmi tedavi süresince değişmediğinde veya başlangıçta abse 6 cm çapını geçiyorsa cerrahi eksplorasyona başvurulmalıdır.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

- 1- *ML Pernoll*. "Medical & Surgical Considerations in Gynecology". Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 7th Ed. 1991: 866-868.
- 2- *Ross JD*. "An Update on Pelvic Inflammatory Disease". Sex Transm Infect. 2002; 78: 18-19.

JİNEKOLOJİK OPERASYONLARDA POSTOPERATİF BAKIM

Genel Bilgiler

Erken postoperatif dönemde, normal pulmoner ve dolaşım fonksiyonlarının idamesi sağlanmalıdır. Olası şok veya pulmoner obstrüksiyonun erken teşhisi için vital belirtiler sıklıkla kontrol edilmelidir. Operasyon bölgesinden kanama ve anesteziye bağlı pulmoner veya kardiyovasküler riskler açısından tüm hastaların erken postoperatif dönemde dikkatle gözlenmesi gerekir.

Postoperatif istemler

A. Vital Bulgular:

Kan basıncı, nabız, ve solunum hızı 15-30 dakikada bir hasta stabil oluncaya kadar kaydedilir, daha sonra en az 4-6 saat süreyle saatlik ölçülür. Bu ölçümler, oral ateş de dahil postop dönem boyunca günde 4 kez ölçülür.

Postoperatif ateş sık görülen bir komplikasyondur. Sebebi dehidratasyon olabildiği gibi bir enfeksiyona bağlı da olabilir. Bunun araştırılması için pulmoner, üriner, ve pelvik muayeneler gerekir. Tromboflebit de neden olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

B. Yara yerinden kanama:

Aşırı kanama olasılığı takip edilmelidir (abdominal giysi veya perineal pedler ile). Majör cerrahiden sonra 1. gün ve 2 gün sonra hematokrit bakılır. Abdominal insizyon hergün kontrol edilmeli, cilt sütürleri 1 hafta sonra alınmalıdır.

C. Medikasyonlar:

Postoperatif ağrı kontrolü, hem hasta konforu hem de tromboembolik olaylar ve pulmoner enfeksiyonlar gibi diğer komplikasyonların riskini azaltmak için gereklidir.

Majör cerrahiye takiben ağrı kontrolü için, gerektiğinde narkotik analjezikler verilir (ör. meperidin, 75-100 mg IM 4 saatte bir, veya morfin, 10 mg IM 4 saatte bir). Bulantının baskılanması için prometazin gibi antiemetikler 25 mg 4 saatte bir, veya hidroksizin, 40 mg 4 saatte bir uygulanır.

Minör cerrahiye takiben hafif analjezikler verilir (ör. aspirin, 600 mg oral 4 saatte bir; veya kodein, 30-60 mg + aspirin oral 4 saatte bir)

D. Yatak pozisyonu:

Hasta genellikle yan yatırılarak kusmuk ya da mukus inhalasyon riski önlenir.

E. Direnaj tüpleri:

Mesane kateteri direnaj tüpüne bağlanır ve bir şişeye direne edilir. Diğer direnaj ve vakum kateterlerinin takibi yazılı talimat olarak verilir.

F. Alıp çıkardığı takibi:

Verilen tüm sıvıların ne kadar alınıp çıkarıldığı kaydedilir.

G. Sıvı replasmanı:

Genellikle 3 L dengeli kristaloid ve glukoz solüsyonu (%5 dekstroz yarı-normal izotonik içerisinde) 24 saatte gidecek şekilde verilir. Renal fonksiyonları normal olan bir hastada, yeterli sıvı replasmanı ile idrar çıkışı saatte en az 30 mL olmalıdır.

H. Diyet:

Majör cerrahiye takiben postop 1. günde yudum şeklinde su verilir. Postop 2. günde barsak sesleri başladığında berrak sıvı alımı gaz pasajı olana kadar verilir. Daha sonra yumuşak diyetten normal diyete geçilir.

İ. Solunum desteği:

İlk 12 saat içinde saatte bir derin nefes alıp vermesi teşvik edilir, daha sonra yine 12 saat süreyle 2-3 saatte bir aynı egzersiz tekrarlatılır.

J. Ambulasyon:

Hastanın mümkün olduğu kadar erken ambulasyon yapması sağlanır.

Major Cerrahiden Çıkış:

Hasta tüm vücut fonksiyonları normale dönene kadar hospitalize tutulur. Normal pulmoner fonksiyon, inhalasyon anestezisinin etkisi geçer geçmez geriye döner, fakat ilk 3 gün içinde bir miktar operasyona bağlı ağrıdan etkilenebilir. Laparotomi sonrası normal barsak fonksiyonu için de 3 veya 4 gün geçmelidir. Febril komplikasyonu olan bir hasta asemptomatik kalıncaya veya 24 saat ateşsiz geçirinceye kadar taburcu edilmez.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

- 1- ML Pernoll. "Postoperative Care". Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 7th Ed. 1991: 877-878.
- 2- James DK, Johnson IR. "Routine Postoperative Care". An Obstetric & Gynaecology Vade-Mekum 2000: 215.

JİNEKOLOJİK OPERASYONLARDA POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

Şok

Şok veya dolaşım yetmezliği, aşırı kan kaybı, vasküler sıvının major olarak ekstrasvasküler kompartmana kaybı, bariz periferel vazodilatasyon, kardiyak dekompanasyon, sepsis, adrenokortikal yetmezlik, ağrı ve emosyonel distressi takiben oluşabilir.

Postoperatif şokun en sık nedeni kan kaybıdır (hipovolemi). Kan hacminin %20'sine kadar olan hızlı kayıp hafif şok, %20-40 kayıp orta şiddette şok ve %40'ın üzerindeki kayıp ağır şoku oluşturur.

Tüm Şok Türlerinin Genel Tedavisi

Şok, akut hemoraji, kardiyak arrest ve respiratuvar yetmezlik dışındaki tüm problemlere göre önceliği olan bir akut acil durumdur.

Tedavi kanamayı durduracak, sıvı ve elektrolit dengesini yeniden kuracak, kardiyak disfonksiyonu düzeltecek, yeterli respirasyon veya ventilasyonu sağlayacak, vital organ perfüzyonunu devam ettirecek ve adrenokortikal yetmezliği düzeltecek şekilde organize edilmelidir.

Şokun primer nedeni derhal tespit edilmelidir. Kısa bir hikaye, ve gros fizik bulgular sıklıkla hemorajik, kardiyojenik, septik veya allerjik şok tiplerinin ayırımının yapılmasına olanak tanır (Tablo 1).

Şok Tipi	Hikaye	Fizik muayene	Laboratuvar Bulguları
Hemorajik	Travma, gebelik komplikasyonları	Akut abdomen, travma, kanama bulguları	Düşük Hb/Hct (Muhtemelen kanamaya bağlı)
Kardiyojenik	Kalp hastalığı	Pulmoner ödem, hepato-splenomegali, Anazarka	Anormal kan gazları, kardiyomegali veya pulmoner ödem
Septik	İnfeziyöz hastalık, Abortus	Ateş, infeksiyon bulguları	Lökosit sayısında artış, pyelonefrit veya idrarda lökosit
Anaflaktik (Allerjik)	Arı sokması, Akut ilaç kullanımı	Negatif şok bulgusu	Negatif

Pelvik muayene ve özellikle kuldosentez veya parasentez postoperatif hemato-peritoneumun varlığı veya yokluğunun ortaya konması açısından çok önemlidir.

A- Genel Antişok Önlemleri:

1. Yatağın ayakları bir miktar kalkık olacak şekilde hasta yatar pozisyona getirilir.
2. Yeterli bir hava yolu oluşturulur ve pulmoner ventilasyonun obstrükte olmadığından emin olunur.
3. Hasta rahat edeceği şekilde battaniyelerle sıcak tutulur.
4. Ağrı kontrol altına alınır ve sıkıntı hissi giderilir. Gerekğinde bir sedatifin minimum etkin parenteral dozu veya eğer zorunluysa morfin sülfat intravenöz olarak 10-15 mg verilir.

B- Sıvı Replasmanı:

Yeterli kan hacmini süratle yerine koymalıdır. En etkin replasman sıvısı özellikle hematokrit %30'un altındaysa tam kandır. Tam kan elde edinceye kadar, intravenöz kristaloid solüsyonlara başlanmalıdır (normal serum fizyolojik veya Ringer laktat).

Pulmoner Komplikasyonlar

Pulmoner kollaps

Sık görülür. Risk faktörleri ileri yaş, sigara, obezite, uzamış anestezi, ve önceden varolan pulmoner bir hastalıktır. Kollapsı önlemek için derin solunum, öksürme, göğüs

fizyoterapisi, ve bronkodilatör kullanımı uygulanır. Kollapsın önlenmesi pnömoni ve hipoksemi riskini azaltır.

Pulmoner emboli

Ani başlayan göğüs ağrısı, takipne, taşikardi ve dispne ile karakterizedir.

İntestinal Komplikasyonlar

Abdominal distansiyonla birlikte barsak seslerinin olmaması paralitik ileus düşündürür. Nazogastrik (NG) suction ile tedavi edilebilir.

Eğer ağrı, bulantı ve kusma abdominal distansiyona eşlik ediyorsa intestinal obstrüksiyondan şüphe edilir. Teşhis ayakta ve sırtüstü yatar pozisyonda çekilen abdominal röntgen filmi ile teyid edilebilir. Komplet obstrüksiyon nadir görülür, parsiyel obstrüksiyon ise çoğu kez spontan geçer, NG tüp yardımcı olabilir ve durumun 24 saat içinde düzelmesi beklenir.

Ateş

Otuzsekiz derecenin altında ateş yükselmeleri ilk 24 saat içinde sık görülür. 38oC'nin üzerinde ise pulmoner infeksiyona işaret eder. Ateşin 48 saatten daha uzun persiste etmesi operasyon bölgesinde infeksiyon, hematoma ya da abse oluşumunu düşündürür. Postop 4-5. günden sonra ateş çıkması yara infeksiyonu veya DVT düşündürür. Pyelonefrit gelişmedikçe üriner sistem infeksiyonları yüksek ateşe neden olmaz.

Üriner Sistem Komplikasyonları

Nadir görülür ve çoğu kez iyi cerrahi teknikle önlenmiş olur.

Üriner retansiyon

Radikal pelvik diseksiyon veya üriner inkontinans cerrahisinden sonra sık görülür. İntraoperatif üriner kateter yerleştirmekle bu durum önlenmiş olur.

Fistül

Vezikovajinal ve üreterovajinal fistüllerde damla damla idrar kaçırma görülür. Mesaneye Foley kateter yerleştirilip indigo-karmin boyası enjekte edilerek ayırıcı tanıya gidilir. Vajende boya görülmediği zaman tampon uygulanır ve hasta mobilize edilir, tampon boyanırsa vezikovajinal fistül teşhis edilir. Eğer test negatifse üreterik fistül düşünülür, intravenöz üreterogram çekilmesiyle teyid edilir.

Vezikovajinal fistüller:

Hemen veya postop 2. ayda cerrahi olarak onarırlar. Küçük delikler ise, üriner kateter daha uzun süre takılı bırakılarak çoğu kez spontan olarak iyileşirler.

Üreter hasarı:

Operasyon sırasında üreterin bağlanması, kıvrılması, veya devaskularizasyonu sonucu meydana gelir. Unilateral hidronefroz genellikle bel ağrısına sebep olur ve ultrasonda tespit edilir. Tedavisinde retrograd üreterik stent takılması veya anterograd perkütan nefrostomi yapılabilir. Bunların dışında üreterik reimplantasyon gerekli olabilir.

Yara Komplikasyonları

Dehisens

Cerrahi insizyonun herhangi bir tabakasının, abdominal periton intakt olmak şartıyla ayrılmasıdır. İnsidans 1/250 dir.

Eviserasyon

Abdominal insizyonun tüm tabakalarının ayrılarak intraabdominal yapıların insizyondan protrude olmasıdır. Daha nadir görülür.

Enfeksiyon bu iki duruma predispozisyon oluşturur. Genellikle postoperatif 5-8. günlerde yaradan spontan olarak sero-sanginö sıvı akması ile belirir.

Yüksek risk altındaki hastalar:

- Önceden yara enfeksiyonu
- Diyabet
- Kronik obstrüktif hava yolu hastalığı
- Steroid tedavisi
- Peritonitis
- Malignansi
- Abdomen ve pelvise radyasyon öyküsü olanlardır.

Tedavi:

Genellikle sekonder iyileşmeye bırakılır. Büyük defektler ve eviserasyon ameliyathanede cerrahi gerektirir.

Operatif Mortalite

En sık mortalite sebepleri myokard infarktüsü, pulmoner emboli, enfeksiyon ve kalp yetmezliği; en sık morbidite nedenleri ise hemoraji ve sepsistir. Jinekolojide enfeksiyona bağlı ölüm sık görülmez. Rüptüre tubo-ovarian abse, fark edilmemiş barsak komplikasyonları, immünosupresyon ve malignansi sonucu görülebilir.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

- 1- ML Pernoll. "Postoperative Complications". Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 7th Ed. 1991: 879-880.
- 2- James DK, Johnson IR. "Postoperative Complications". An Obstetric & Gynaecology Vade-Mekum 2000: 215-218.

JİNEKOLOJİK VAJİNAL KANAMALARDA ACİL GİRİŞİMLER

Genel bilgi

Vajinal kanama vajina, serviks veya uterus kaynaklı olabilir. Miktarı, hafif bir lekelenmeden masif kan kaybına kadar değişebilir. Üriner veya gastrointestinal sistem kanamaları ile karıştırılabilir. Kanama nedenleri çeşitli olup puberte öncesi, doğurganlık çağı ve menopoz sonrasında farklıdır.

Klinik bulgular

Kanamamanın şiddetine göre hipotansiyon, taşikardi, filiform nabız, terleme, bilinç bulanıklığı, oligo-anüri, senkop, kollaps ve şok görülebilir. Doğurganlık çağında en sık rastlanan kanama nedeni gebelik ve gebelik komplikasyonlarıdır. .

Anormal uterin kanamalarda ayırıcı tanı
I- Puberte öncesi
Fonksiyonel over tümörü, Botryoid sarkom, vajinit
II- Üreme çağı
Postkoital (Serviks erozyonu, servikal polip, serviks kanseri)
Adet gecikmesi (Dış gebelik, hidatiform mol)
Uterus boyutları normal (Koagulopati, endometrium polipi, Rahim İçi Araç [RIA])
Uterus boyutları büyük (Myoma uteri, adenomyozis)
III- Menopoz sonrası
Abdominal kitle yok(Endometrit, endometrium kanseri)
Abdominal kitle var (Fallop tüpü kanseri, fonksiyonel over tümörü, over kanseri)

Laboratuvar bulguları

Hemogram düşük, koagulasyon profili bozulmuş olabilir. Gebelik hormonu kanda yüksek bulunabilir.

Gerekli tetkikler

Nabız , arteriyel tansiyon ölçümü , idrar miktarı, hemogram, kanama profili, kan grubu ve Rh faktörü, kanda β -HCG, transvajinal ultrason başlıca araştırmalardır.

Tedavi

Sıvı-elektrolit ve kan replasmanı

- Hasta jinekolojik muayene masasına dorsal litotomi pozisyonunda yatırılır.
- Masa 30 derece Trendelenburg pozisyonuna getirilir.
- Hemen geniş lümenli bir iğne ile damar yolu açılır. Gerekli araştırmalar için kan alınır.
- Kan sağlanıncaya kadar Laktatlı Ringer veya Serum Fizyolojik verilir.
- Nabız, arteriyel tansiyon ölçülür.
- Foley sonda takılır.
- Olası bir cerrahi için oral yiyecek alımı kesilir.
- Hemograma ve vital bulgulara göre kan ve kan ürünleri transfüzyonları yapılır.
- Hasta pre-şok veya şok tablosunda ise yoğun bakımda uygun tedavi sağlanır.

Kanamaya kontrolü

- Jinekolojik muayene ile kanamanın kaynağı araştırılır. Tedavi nedene yöneliktir.
- Alt genital sistem kanamaları ve laserasyonlar için primer sütün ve/veya vajinal tampon uygulanır.
- Serviks kanamalarında primer sütün ve/veya tampon, elektrokoagulasyon ve Monsel solüsyonu gibi kimyasal solüsyonlar kullanılabilir.
- Düşük kanamalarında genel veya lokal anestezi (10 cc. % 1 lidokain ile paraservikal blok) altında keskin küretaj veya Karman kanülü ile aspiratif küretaj uygulanır.
- Mol hidatiform kanamalarında suction/vakum küretaj yapılır. (Dikkat uterus perforasyonu riski!) Oksitosin infüzyonu (1000 ml. Laktatlı Ringer solüsyonu içine 10-30 ünite Oksitosin) başlatılır. Alınan materyal patolojiye gönderilir.
- Dış gebelikte kanamanın ve gebeliğin durumuna göre laparoskopi, laparotomi ile tüpü koruyucu yaklaşımlar veya total salpenjektomi yapılabilir.
- Disfonksiyonel uterus ve diğer organik kaynaklı kanamalarda dilatasyon ve küretaj (D&C) hem tanı hem de tedavi amaçlı acil girişimdir.
- Kontrol edilemeyen kanamalarda fertilitate tamamlanmış ise histerektomi kesin çözümdür.
- Fertilitesi tamamlanmamış olgularda veya kansere bağlı ağır kanamalarda hipogastrik arter ligasyonu veya girişimsel radyoloji tarafından yapılan uterin arter embolizasyonu diğer seçeneklerdir.

- Adolesanlarda görülen juvenil kanamalarda yüksek doz östrojen tedavisi (25 mg. konjuge östrojen veya eşdeğeri , IV. / her 4 saatte bir) etkilidir. Oral tedavi için ise 1.25 mg. konjuge östrojen veya 2 mg. östradiol , 24 saat süreyle her 4 saatte bir verilir.
- Koagulasyon bozukluğu, özellikle von Willebrand hastalığı olanlarda sentetik arginin (dezmopressin) intranasal veya İV yolla (50 ml %0.9 Nacl içerisinde seyreltilerek 15-30 dakikada infüzyon) uygulanabilir. Antifibrinolitik tedavilerden traneksamik asit (3-4 x 10 mg/kg/gün)ve aminokaproik asit (3-4 gr/gün 4-6 kez) kanamayı azaltmakta yardımcı olabilir.

Komplikasyonlar

- En büyük komplikasyon aşırı kan kaybı sonrası gelişen şok tablosudur. Şok tedavisi yoğun bakım desteğini gerektirir. Sıvı-elektrolit, plazma genişleticiler, kan ve kan ürünleri ile tedavi edilir.
- Bu durumlarda akut böbrek yetmezliği de görülebilir. Böbrek yetmezliği için hemodializ gerekebilir.
- Anemi diğer bir komplikasyondur. Oral yoldan demir bileşikleri (60-100 mg/gün 2 kez- aç karnına) verilir.
- Enfeksiyon gelişebilir. Geniş spektrumlu antibiyotikler uygulanır.

Sonuç, Yorum:

- Şok gelişirse hasta yoğun bakımda takip edilir.
- Vital bulgular (TA ve nabız, solunum sayısı) her 15 dakikada bir değerlendirilir.
- Kanama miktarı hesaplanır.
- Vajinal tampon 24-48 saat sonra çıkarılır.
- Hemoglobin, hematokrit, trombosit, protrombin zamanı, aPPT (aktive parsiyel tromboplastin zamanı), pıhtılaşma zamanı ve fibrinojen düzeylerine kanama şiddetine göre düzenli aralıklarla bakılır.
- Saatlik idrar miktarı, aldığı ve çıkardığı sıvı ile sıvı dengesi kontrolü yapılır.
- Hormonal tedaviye 7-10 gün devam edilir. Östrojen dozu giderek azaltılır. Tüm östrojen tedavilerinde aynı zamanda ya da sonradan progestin eklenmelidir.
- Kanama diyatezleri için hematoloji konsültasyonu sağlanır.

Kaynaklar:

1. Beksaç MS, Hassa H, Ayhan A ve arkadaşları. Jinekoloji. Bölüm 12c. Demir CS, Kadayıfçı OT.Disfonksiyonel uterin kanama. Sayfa 574-588. Medikal Network 2006.
2. Değerli Ü. Dahili ve Cerrahi Acil Hastalıklar. Bölüm 22. Erez S. Obstetrik ve Jinekolojide Acil Hastalıklar. Sayfa 350- 372. 3. baskı. İstanbul 1979.
3. Elit L. Gynecologic emergencies. Surgery in Africa- monthly review. [http:// www. ptolemy.ca/ members/ archives/ 2006/ Gynecologic_emergencies.htm](http://www.ptolemy.ca/members/archives/2006/Gynecologic_emergencies.htm).

POSTOPERATİF ORDER (JİNEKOLOJİK OPERASYONLAR)

A.1. Post-operatif Order (Post-operatif 0.gün- erken dönem)

a. Genel anestezi almış tüm hastalar, oksijen saturasyonu <%92 veya preop değerden az ise maske ile %40 veya nazal kanül ile 3L oksijen verilmelidir.

b. Üç kez 5 dakika arayla ve sonra 15 dakikada bir vital bulgular ölçülmelidir.

c. Diabetik olanlarda parmak ucundan kan şekeri ölçülmelidir ve ilgili hekime bildirilmelidir.

d. Ağrı için 20 mg'a kadar her 5 dakikada bir 1-5 mg IV morfin veya 200mcg'a kadar her 5 dakikada 25-50 mcg IV fentanil veya 200mg'a kadar her 5 dakikada bir 10-25 mg IV meperidin verilebilir.

e. Anksiyete için 3 mg'a kadar her 5 dakikada bir 0.5-1.0 mg IV midazolam verilebilir.

f. Bulantı için 0.625-1.25 mg IV inapsin veya 10 mg IV metoklopromid veya 12.5 mg IV promethazine verilebilir. Cevap alınmazsa 4 mg IV Zofran yapılabilir.

g. Hipotermi için battaniye örtülmelidir.

B. İlk 24 Saat: Hastalar kliniğe alındıklarında en azından 8 saat boyunca yakın takip altında olmalıdırlar. Vital bulgular, solunum, ağrı durumu, insizyon yeri ve drenler saatlik kontrol edilmelidir. Vücut ısısı, cerrahi sonrasında sıkça hipotermik olacağından, yakından izlenmeli hasta gerekirse sıcak battaniyeler ve ısıtılmış intravenöz sıvılar takılarak desteklenmelidir. Solunum sistemi bu dönemde oskültasyonla ve göğüs hareketleri izlenerek kontrol altında tutulmalıdır. Hastanın aldığı sıvı ile çıkardığı idrar miktarı bu dönemde yine saatlik olarak kontrol edilmelidir. İdrar kateterizasyonu yapılmayanlarda, mesane distansiyonu kontrol edilmeli ve ilk 6 saat içinde idrar yapıp yapmadığı sorulmalıdır.

Ek kayıplar yoksa günlük sıvı gereksinimi metrekareye 1200-1500 ml'dir. Verilen sıvılar sodyum, kalsiyum, klor ve potasyum gibi tüm vücut kompartmanlarında bulunan iyonları içeren dengeli sıvılar olmalıdır. Kan ve kan ürünleri ancak endike ise kullanılmalıdır. Yaşlı hastalarda sıvı yüklenmesinden kaçınılmalıdır. Ayrıca parenteral sıvılar verildiği sürece çıkarılan sıvı miktarı da yakından izlenmelidir. Aslında ek kayıp yoksa 500 ml'lik elektrolit içeren laktatlı ringer gibi sıvılar yeterli elektrolit desteğini sağlar. Geri kalan sıvı %5 dekstroz olarak verilebilir. Dren ve tüplerden oluşacak kayıplar uygun sıvılarla yerine konabilir. Bu dönemde ağrı kontrolü de önemli bir konudur. Genellikle ağrı kontrolü için ilk dönemde narkotik analjezikler kullanılır. Hasta kontrollü analjezi denilen hastanın, kendisinin morfin veya meperidin verdiği pompalar kullanılabilir. Epidural kateterle morfin infüzyonu da kullanılabilir bir yöntemdir. Ağrının etkin şekilde kontrolü hastanın rahat etmesini sağlayacak ve erken mobilizasyona yardımcı olduğundan ateletaksi ve derin ven trombozu gelişim riskini de azaltmış olacaktır. Ayrıca ağrının önlenmesi sempatik aktiviteyi baskılar ve gastrik motilite daha kısa sürede geri döner. Sedatiflerle kontrol edilemeyen, şiddetli ve devamlı ağrı normal değildir. Böyle hastaların mutlaka yakından izlenmesi gerekir. Öte yandan bulantı ve kusmanın önlenmesi de benzer etkilerin doğmasına katkı yapar. Bu amaçla antiemetikler etkin şekilde kullanılmalıdır. Gastrointestinal sisteme yönelik bir cerrahi yapılmadıysa hasta postoperatif ilk 24 saat içinde sıvı gıdalarla oral beslenmeye başlayabilir. Bunun dışında oral gıdalar ancak, gastrointestinal sistemin etkin çalıştığı barsak sesleri dinlenerek, gaz veya gayta çıkışı izlenerek tespit edildiğinde başlanır.

Hastalar ameliyat sonrası dönemde mümkün olan en kısa zamanda mobilize edilmelidir. Yataktan kalkmadan önce 10 dakika kadar oturur pozisyonda beklemeleri ortostatik hipotansiyon riskini oldukça azaltır. Erken mobilizasyon derin ven trombozu ve ateletaksiyi önlemede en önemli tedbirdir. Bu dönemde derin nefes alma egzersizlerinin yapılması ve öksürme faaliyetinin desteklenmesi akciğerlerde biriken sekresyonların atılmasını ve iyileşmeyi kolaylaştırır.

B.1 Post-operatif Order (TAH, TVH, LAVH sonrası post-operatif 0.gün)

- a. %5 Dekstroz Ringer Laktat 1000cc, saatte 125 cc gidecek şekilde per oral sıvı alımı tolere edilene kadar 1-3 şişe verilmelidir. Oral alım 6-8.saatte barsak sesleri aktif ise başlanmalıdır. Hasta oral alımı tolere ediyorsa veya hastanın kontrollü analjezisi (PCA) stoplandığında veya hasta iyi hidrate olduğunda IV alım stoplanabilir.
- b. Ağrı için naproksen tab 2x1 yemekler veya kraker ile birlikte alınabilir. Epidural veya PCA varsa anestezi tarafından takip edilmelidir. Her 4 saatte bir IM 10-15 mg morfin (morfin tolere edilemiyorsa her 4 saatte bir IM 1-2 mg hidromorfon hidroklorid) yapılabilir. Hasta isterse order'da yazılı saatlerde yapılacak IM ilaçlar kesilip lüzüm halinde (LH) yapılabilir. Ağızdan beslenmeye başlandığında oksidon+asetaminofen her 3-4 saatte 1-2 tablet olarak verilebilir. Allerjisi varsa meperidin her 3-4 saatte 100mg kullanılabilir.
- c. Derin ven trombozu (DVT) profilaksisi için yüksek riskli hastalara varis çorabı giydirilir. 12 saatte bir 5000 unite heparin sc taburcu olana kadar yapılır.
- d. Endokardit profilaksisi gereken hastalara pre-operatif dozdan 8 saat sonrasında 2 gr ampicilin IV ve gentamisin 80 mg IV yapılmalıdır.
- e. Uyku sorunu olan hastaya flurazepam 15-30 mg po verilebilir.
- f. Bulantı için inapsin 0.625 mg IV her 3-4 saatte bir veya prometazin 25 mg IM veya po her 3-4 saatte bir verilebilir.
- g. Post-operatif 6-8. saatte hemogram kontrolü yapılmalıdır.
- h. Ateş 38°C üzerine çıkarsa hasta öksürmeye ve her iki saatte bir derin nefes almaya teşvik edilmelidir. IV sıvısı saatte 150cc dozda toplam 2000cc gidecek şekilde ayarlanmalı; oral alımı varsa daha fazla sıvı tüketmesi istenmelidir. Asetaminofen her 4 saatte bir ateş yüksekliğine göre 10 gr verilebilir.
- i. Foley sonda post-operatif 6-8.saatte hastanın aldığı sıvı ve çıkardığı miktarı dengeli ise çekilebilir.
- j. Derin nefes alma egzersizi her 2 saatte bir yapılmalıdır.
- k. Ameliyat insizyon yeri 12-24 saat içinde gözlemlenip pansuman yapılmalıdır.
- l. Odaya geldikten 6 saat sonra hasta mobilize edilmelidir.

C. İlk 24 Saat Sonrası Dönem: Bu dönemde stabil hastalarda bu monitörizasyon 6 ile 8 saatte bir yapılır. Ayrıca insizyon yeri kontrol edilmeli, primer sütür konmuş yaralar ilk 24 saat sonrası açılmalıdır. Bundan sonra günlük kontroller yapılır. Dren, tüp gibi dış ortamlarla ilişkide olan enstrümanlar kullanıldıysa bunların mutlaka pansumanı gerekir. Cerrahi alan enfeksiyonları genellikle postoperatif 3. gün oluşurlar ve insizyon hattında şişlik, kızarıklık, ağrı, ısı artışı hissedilir. Ayrıca pürülan akıntı söz konusudur. Böyle bir durumun varlığında kültür alınması, uygun antibiyotik seçimi ve etkili pansuman yapılması önemlidir. Ayrıca varsa apse, hematoma vb. drenajı gerekli hale gelir. Bol seröz sıvı gelmesi ise fasya dikişinin ayrılmış olabileceğini düşündürür. Tercihen sütürler alınana kadar banyo yapılmamalıdır. Bu dönemde mobilizasyon, uygun beslenme seçenekleri ve respiratuvar egsersizlere devam edilir. Hastaya ihtiyaç duyacağı her türlü psikolojik ve metabolik destek sürdürülür. Hastalar bacak ödemi, kızarıklığı ve ağrı açısından hem kontrol edilmeli hemde uyarılmalıdır. Bunlar derin ven trombozunun belirtileridir aynı şekilde kesik kesik ve hızlı soluma ile göğüs ağrısı pulmoner embolinin göstergeleri olup bu açıdan kontrol edilmeleride hayati öneme sahiptir.

C.1. Post-operatif Order (Post-operatif 1.gün)

- a. Barsak sesleri her 8 saatte bir dinlenmelidir.
- b. Insizyon hattı her 8 saatte bir kontrol edilmelidir.
- c. Vaginal kanama her 8 saatte bir kontrol edilmelidir.
- d. Foley sonda çıkartıldıktan sonraki 3 spontan idrara çıkma kontrol edilmelidir.
- e. Sabah kontrol hemogramı gönderilmelidir.

- f. Ağrı için po tab, uyku için flurozepam po ve tuvalete çıkmak için senokot po başlanabilir.
- g. Gaz deşarjı olduğunda normal diyet başlanabilir.
- h. Yardımcı ile koridorda en az 3 kez dolaşmak teşvik edilmelidir.

C.1. Post-operatif Order (Post-operatif 2.gün)

- a. Barsak sesleri her 8 saatte bir dinlenmelidir.
- b. Insizyon hattı her 8 saatte bir kontrol edilmelidir.
- c. Vaginal kanama her 8 saatte bir kontrol edilmelidir.
- d. Ağrı için po tab kullanılır.
- e. Normal diyet alabilir.
- f. Mobilizasyon daha sık olmalıdır.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar:

1. Preoperatif ve postoperatif değerlendirme. Klinikte obstetri ve jinekoloji. 2007 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörü N. Çiçek. Sayfa 651-655
2. Northside Hospital, Atlanta,GA. Guidelines NH0125; NH0169; NHO170; 6135; 6313
3. Eastridge Hospital, Chattanooga, TN. Post-surgery discharge instructions

Tanı Kriteri

Operasyondan sonraki ilk 24 saat hariç, vücut ısısının en az 6 saatlik aralarla yapılan iki ölçümde $> 38.3^{\circ} C$ olması durumudur.

Enfeksiyona bağlı olan ve olmayan birçok nedeni vardır. Ateşin ortaya çıkışına göre ilk 36 saat (erken ateş) ve 36 saatten sonraki dönem (geç ateş) önemlidir.

Klinik bulgular

Yüksek ateş, mental durum değişiklikleri, konfüzyon, halsizlik, iştahsızlık, hipotansiyon, taşikardi, respiratuvar distres, operasyon yerinde ağrı, hassasiyet, kızarıklık, lokal ısı artışı, pürülan akıntı, krepitasyon, ödem, ayrıca solunum, gastro-intestinal ve üriner sisteme özgü klinik bulgu ve belirtiler görülebilir. Ağır enfeksiyonlarda toksemi ve sepsis bulgularına rastlanır. Ateşin ortaya çıktığı postoperatif güne göre olası ateş nedenleri için “5 W” kuralı akılda tutulmalıdır.

Postop 1-2: Wind-Rüzgar (Akciğer- Hava- Atelektazi)

Postop 3-5: Water-Su (İdrar- Üriner sistem enfeksiyonu)

Postop 4-6: Walking- Yürüme (Derin ven trombozu)

Postop 5-7: Wound-Yara (Yara enfeksiyonu)

Postop 7+: Wonder drugs- İlaçları merak et (İlaç ateşi)

Gerekli tetkikler

< 36-48 saat postoperatif erken ateş

- Dehidratasyon: Hemogram, hemotokrit, kan elektrolitleri, BUN, kreatinin
- Atelektazi: Akciğer grafisi, kan gazları (Genellikle 1. gün)
- Fark edilmemiş GIS, Üriner Sistem operatif yaralanmaları: akciğer grafisi,

ayakta direk batın grafisi, tam kan sayımı, lökosit formülü, eritrosit sedimentasyon hızı, tam idrar analizi

- Erken yara enfeksiyonu: Hemogram, lökosit formülü, yara sızıntısı kültürü
- Operasyon öncesi enfeksiyon odakları: Öykü, fizik muayene
- Nedeni açıklanamayan ateş

> 36-48 saat postoperatif geç ateş

- Pnömoni: Akciğer grafisi, balgam kültürü (Genellikle 3. gün)
- Üriner sistem enfeksiyonu: Tam idrar analizi, idrar kültür (Genellikle 3-5. gün)
- İntraabdominal enfeksiyon, ileus ve abse: Hemogram, lökosit formülü, eritrosit

sedimentasyon hızı, ayakta direk batın grafisi (hava-sıvı seviyesi), akciğer grafisi (subdiafragmatik hava), ayakta duramayan hastada lateral dekubitis grafi

- Yara enfeksiyonu: Fizik muayene, yara kültürü (Genellikle 5. gün)

- Kateter enfeksiyonu; kan ve kateter kültürü
- Kronik sinüzit: KBB muayenesi
- Pelvik selülit, Vajinal kubbe veya pelvis absesi: Hemogram, lökosit formülü, jinekolojik, pelvik USG, Bilgisayarlı Tomografi (BT) , Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)
- Septik tromboflebit, Derin ven trombozu: BT , MRG (Genellikle 3-5.gün)
- Bakteriyemi ,Sepsis: Hemogram, lökosit formülü, eritrosit sedimentasyon hızı, kan, idrar, yara akıntısı, boğaz ve dışkı kültürleri, kan gazları
- İlaç ateşi
- Antibiyotikle ilgili diyare (Clostridium difficile): Dışkı kültürü
- Transfüzyonla ilişkili ateş

Tedavi

- Resusitasyon ve sistemik enfeksiyonun kontrolü
- Enfeksiyon odağının saptanması
- Enfeksiyon odağının ortadan kaldırılması

Antibiyotikler

Yaşamı tehdit eden enfeksiyonlarda

- Aminoglikozid ile metronidazol veya klindamisin+ ampicillin veya penisilin
- Metronidazol+ bir sefalosporin (sefoksitin, seftriakson, seftazidim)
- İmipenem-silastatin
- Penisilin allerjisi varsa: metronidazol, klindamisin, eritromisin, vankomisin, aztreonam

Antibiyotik dozları;

- Ampicillin: 2 gr. IV/ her 4-6 saatte bir günlük 4-12 gr.
- Penisillin G: 3-4 milyon ünite IV/ her 4 saatte bir
- Metronidazol: 1 gr. yükleme dozu, sonra 500 mg. IV her 6 saatte bir
- Klindamisin: 900 mg. IV her 8 saatte bir
- Sefoksitin: 2 gr. IV her 4-6 saatte bir
- Seftazidim: 1-2 gr. IV her 8 saatte bir
- Seftriakson: 2 gr. IV her 12 saatte bir
- Aztreonam: 1-2 gr. IV her 6 saatte bir
- Vankomisin: 30 mg/ kg/ gün veya 2 gr./gün IV 4 eşit dozda
- Gentamisin: 2 mg/kg yükleme dozu, 1.0-1.7 mg/ kg/gün IV her 8 saatte bir (kanda eşik ve tepe değerleri 24-48 saat sonra kontrol edilir. Doz buna göre ayarlanır. 30 dakika infüzyondan sonra tepe değer 4-10 □gr. ve eşik değer 2 □gr. altında olmalıdır.)
- İmipenem-silastatin: 500-1000 mg. her 6 saatte bir

Sıvı resusitasyonu

- Kristalloid ve kolloidlerle aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı hesaplanarak yapılır.

Cerrahi tedavi

- Abse drenajı
- Hastalıklı organın eksizyonu
- GIS ve Üriner Sistem obstrüksiyonu nedenlerinin ortadan kaldırılması
- Yara bakımı, debridman, drenaj ve pansuman
- Enfekte kateter ve damar yollarının değiştirilmesi

Antipiretikler

- En çok tercih edilen parasetamoldür.

Düşük doz heparin (s.c fraksiyarin 0.3-0.6 ml.veya enoksaparin 0.2-0.4 ml.) ve venöz

kompresyon cihazları

- Derin ven trombozu ve septik pelvik tromboflebit için etkin tedavilerdir.

Komplikasyonlar

Sepsis, septik şok, multipl organ yetmezliği

Takip ve Sonuç

- Hafif olgular ve enfeksiyon dışı nedenlere bağlı ateş uygun tedavi ile kendiliğinden geriler.
- Ağır enfeksiyon, bakteriyemi ve sepsis olguları yoğun bakım tedavisine alınır.
- Antibiyotik tedavisinin 48. saatinde alınan yanıt ve kültür sonuçlarına göre sonraki tedaviye karar verilir.
- Ciddi enfeksiyonlarda antibiyotik tedavisine vücut ısısı normale dönene kadar parenteral yoldan sonra oral yoldan en az 5-7 gün devam edilir.
- Yara bakımı ve pansuman yara enfeksiyonlarında en önemli faktördür.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

- 1- Beksaç MS, Hassa H, Ayhan A ve arkadaşları. Jinekoloji. Bölüm 35a. Güngör S. Jinekolojik ameliyatlarda postoperatif bakım. Sayfa 2055-2093. Medikal Network 2006.
- 2- Copeland LJ. Textbook of Gynecology. In chapter 36. Martin DA. Postoperative infections in gynecologic and infectious complications in gynecologic oncology. 2nd Edition. Pp. 801- 847. W.B. Saunders Company, 2000.
- 3- Rudra A, Pal S, Acharjee A. Postoperative fever . Indian J Crit Care Med 2006; 10: 264-7.

POSTPARTUM KANAMALAR

Genel Bilgiler

Postpartum kanamalar erken ve geç postpartum kanamalar olarak ikiye ayrılmaktadır.

Erken (primer) postpartum kanama doğumun üçüncü safhasında veya doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde aşırı kan kaybı (500 ml üzerinde); geç (sekonder) postpartum kanama, doğum sonrası 24 saat -6 hafta arasında olan aşırı vajinal kanama olarak tanımlanmaktadır.

Primer postpartum kanamanın % 80-90 nedeni uterin atonidir. Genital yol laserasyonları ikinci sık nedeni oluşturur. Uterin inversiyon, plasenta retansiyonu ve koagülasyon bozuklukları da (DIC, von Willebrand, otoimmün trombositopeni) postpartum kanama sebeplerindedir. Sekonder postpartum kanamanın en sık nedenleri plasental alanın subinvolusyonu, konsepsiyon materyallerinin retansiyonu, enfeksiyon ve önceden var olan uterin hastalık ve tümörlerdir.

Tedavi

Öncelikle genel destekleyici önlemler alınmalı, damar yolu açılmalı, uygun kan hazırlanmalıdır.

Postpartum kanamanın en sık sebebi olan uterin atonide uterus yumuşak ve gevşektir. Bimanuel kompresyon ve uterin masaj, uterotonik tedavi (oksitosin, metilergonovin, prostaglandinler) uygulanmalıdır. Plasentanın ayrılmasının ardından 1000 ml kristalloid solüsyon içine 20 ünite oksitosin iv. 10 ml/dk verilmesini takiben kanama durmuyorsa intramüsküler metilergonovin 0.2 mg, 1-5 metilprostaglandin F2 α (0.25 mg) im. verilebilir. Kanama hala devam ediyorsa hasta genital bölge travmaları (uterin, servikal, vajinal laserasyonlar) ve plasenta retansiyonu açısından incelenmelidir. Kanamanın kontrol altına alınamadığı durumlarda histerektomi hayat kurtarıcı olabilir. Bilateral uterin yada internal iliak arter ligasyonu, arter embolizasyonu, uterin kompresyon sütürleri (B-Lynch) ve uterin packing ile uterin tamponad uygulanması da tedavi seçeneklerindedir.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

- 1- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gillsstrap LC, Wenstrom KD. Obstetrical Hemorrhage In : Williams Obstetrics 22th Edition: McGraw-Hill 2005: 809-854.
- 2- Çelik H. Postpartum Kanama ve Üçüncü Evre ile İlgili Diğer Problemler. Haldun Güner (ed) : Yüksek riskli gebelikler, Güneş Yayınevi 2008 : 1559-1578.
- 3- Zlatnik F. Normal ve anormal puerperium. Danforth 7. Edisyon, Lippincott/Yüce 1997: 163-173.

POSTPARTUM (NORMAL SPONTAN DOĞUM-SEZARYEN) HASTANIN TAKİBİ

- 1.Vital bulgu takibi (kan basıncı, nabız,ateş)
- 2.Vajinal kanamanın takibi
- 3.Fundus seviyesinin takibi

Normal doğum sonrası vital bulgular, vajinal kanama ve fundus seviyesi ilk 24 saatte 4 saat aralıklarla takip edilir.

Postpartum kanama kontrolü için uterotonik ajanlar kullanılmalıdır. Oksitosin antidiüretik etki dozunda plasental ayrılma sonrası iv infüzyon verilmelidir.

Uterusta relaksasyon saptanırsa kontrakte olana kadar uterus masajı uygulanmalıdır.

Erken mobilizasyon önemlidir, doğum sonrası birkaç saat içinde mobilizasyon sağlanmalıdır.

Meme ve perine bakımı yapılmalı, anne laktasyona teşvik edilmelidir.

İdrar çıkışı takip edilmeli, 4 saat içinde idrar çıkışı beklenmelidir.

Antiemetik ve analjezik ajanlar reçete edilmelidir.

Normal doğum sonrası diyet kısıtlaması yoktur.

Sezaryen sonrası bebek ile annenin aynı odada kalması (rooming in) sağlanmalıdır.

Vital bulgu takibi, kanama takibi, uterin tonus takibi ve idrar çıkışı en az 4 saat aralıklarla yapılmalıdır

Oral alım başlayana kadar iv. dengeli kristalloid ve glukoz solüsyonları verilmeli, hastanın aldığı ve çıkardığı takipleri yapılmalıdır. Saatlik 30 ml idrar çıkışı sağlanmalıdır.

Hasta kontrollü analjezi (PCA) , epidural opiyat enjeksiyonu ya da enjektabil analjezik ajanlar kullanılabilir. Demir preparatına en az 3 ay devam edilmelidir.

Sezaryen sonrası erken mobilizasyon sağlanmalıdır. Postoperatif barsak sesleri normoaktif olarak alındığında oral sıvı rejimi (Rejim 1) başlanır ve gaz çıkışı olana kadar devam edilir. Sonrasında rejim değiştirilmeli, Rejim 2-3 ve tam diyete geçilmelidir.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

1-Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilsstrap LC, Wenstrom KD. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy: Williams Obstetrics 22th Edition: McGraw-Hill 2005: 587-606.

2-Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilsstrap LC, Wenstrom KD. The Puerperium In: Williams Obstetrics 22th Edition: McGraw-Hill 2005: 695-710.

3-Lipscomb K. The Normal Puerperium In Current Diagnosis and Treatment 10th edition: McGraw-Hill 2007: 222-258.

PREEKLAMPSİ

Genel Bilgi:

Gebeliğin hipertansif bozukluklarının sınıflandırılması:

A. Gestasyonel hipertansiyon (gebeliğin indüklediği hipertansiyon)

• Proteinüri yokluğunda 20 haftalık gestasyon sonrasında ilk kez tespit edilen hipertansiyon

• Sistolik ≥ 140 mmHg ya da diyastolik ≥ 90 mmHg'nın üzeri olarak tanımlanan hipertansiyon. Bu kan basınçları, aralarında 6 saat veya daha uzun zaman aralığı olan 2 farklı dönemde kaydedilmelidir.

• Doğum sonrası 3 ay içinde düzelir

B. Preeklampsi :

• 20 haftalık gestasyon sonrasında ilk kez tespit edilen hipertansiyon ve proteinüri

• Hipertansiyon (yukarıda belirtildiği gibi)

• ≥ 300 mg /gün ya da tek örnekte ≥ 30 mg /mmol veya dipstik ile $\geq +1$ proteinüri

B.1. Hafif Preeklampsinin kriterleri

Şiddetli preeklampsi kriterleri yoktur.

B.2. Şiddetli Preeklampsi kriterleri

• Hasta istirahatte iken en az 6 saat arayla ölçülen kan basıncının 160 mmHg sistolik ve 110 mmHg diastolik kan basıncı üzerinde olması. Pratikte diastolik kan basıncı 110 mmHg üzerinde ise 6 saat beklemenin anlamı yoktur.

• 24 saatte toplanan idrarda en az 5 gr veya 4 saat arayla bakılan semikantitatif assayde 3+ 4+ proteinüri

• Oligüri. 24 saat idrar çıkışının 500 mlden az olması

• Serebral veya görme bozuklukları, değişmiş bilinç, başağrısı, skotoma, görme bulanıklığı

• Pulmoner ödem veya siyanoz

• Glisson kapsülü gerilmesine bağlı epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı.

Genellikle ağrı hepatik yırtılma öncesinde görülür.

• Nedeni belli olmayan bozulmuş karaciğer fonksiyonları

• Trombositopeni (Hasarlanan vasküler endotelde açığa çıkan kollajene plateletlerin tutunması sonucu olduğu tahmin edilmektedir)

• Intrauterin büyüme geriliği

C. Kronik hipertansiyon:

• Gebelik öncesi mevcut olan ya da 20 haftalık gestasyon öncesi tespit edilen hipertansiyon

• Başka bir nedenin mevcut olmadığı durumda esansiyel hipertansiyon

• Birlikte başka bir nedenin mevcudiyetinde sekonder hipertansiyon

D. Kronik hipertansiyon üzerine superimpose preeklampsi:

Kronik hipertansiyona sahip olan bir gebede 20 haftalık gestasyon sonrası preeklampsiye ait yeni belirti ve semptomların başlamasıdır.

Klinik Bulgular:

- Hipertansiyon ve proteinüri
- Persiste şiddetli başağrısı
- Persiste yeni epigastrik ağrı
- Visüel bozukluklar (bulanık görme, diplopi)
- Kusma
- Reflekslerin artması

- Epigastrik ağrı ve hassasiyet
- Ani gelişen ellerde, yüzde ve ayaklarda şişlik
- Artmış serum kreatinin oranı ($>110\mu\text{mol /l}$)
- Azalmış trombosit sayısı ($<100 \times 10^9 / \text{l}$)
- Mikroanjiopatik hemolitik anemi bulguları
- Artmış karaciğer enzim düzeyleri (AST /ALT ya da her ikisi de)

Ayırıcı tanı:

Preeklampsi , karaciğerin tutulması, epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı yanlışı tanıya neden olabilir. Alternatif tanılar, hepatit, safrakesesi hastalığı, peptik ülser, gastroenterit, pyelonefrit, nefrolitiasis, Reye sendromu, gebeliğin akut yağlı karaciğeri (AFLP), trombotik trombositopenik purpura (TTP), ve hemolitik üremik sendrom (HUS).

Birlikte görülen durumlar:

Hipertansiyon, kalp hastalığı, inme, plasental enfarkt, plasental ablasyo.

Laboratuvar bulguları:

24 saatlik idrarda protein >300 mg ve kan basıncı $>140/90$ mm Hg, renal glomerüler lezyonlar (kapiller endoteliozis) , prematür plasenta yaşlanması, vasküler reaktivite artışı, artmış karaciğer enzimleri, trombositopeni.

Gerekli tetkikler:

Kantitatif protein ve kreatinin kleransı için 24 saatlik idrar toplama

Platelet sayısı

Karaciğer fonksiyon testleri

Serum fibrinojen

Pıhtılaşma çalışmaları

Tedavi:

A. Hospitalizasyon endikasyonları:

- Kan basıncı ölçümleri: Sistolik ≥ 140 mmHg ve /veya diastolik ≥ 90 mmHg
 - Proteinuri: tekrarlayan ölçümlerde +1 ya da daha fazla veya protein /kreatinin oranı > 30 mg protein /mmol kreatinin
 - Herhangi ek bir problemin olması
 - Azalmış trombosit sayısı ($<100 \times 10^9 / \text{L}$)
 - Oligohidramnios ya da yetersiz fetal büyüme ait ultrasound bulguları
- Hasta hospitalize edildiğinde konservatif yaklaşım ya da acil doğumun gerçekleştirilmesi kararı verilmelidir.

B. Hastanede konservatif yaklaşım için endikasyonlar:

- Stabil ,iyi kontrol edilmiş kan basıncı (Sistolik <160 mmHg / diastolik <110 mmHg) ve en az iki ajanlı oral antihipertansif ile maksimum dozun altında bir tedavi ile) (1200 mg labetalol /gün + 2000 mg metildopa + Adalat PA /XL 90 mg /gün)
- Proteinuri $\leq 2+$ dipstik ile ($<1\text{g /gün}$) ; hastalık şiddetini belirten bir belirteçdir , plasma albumin değeri $<20\text{g /L}$ ise pulmoner ödem açısından hasta yüksek risk altındadır, konservatif yaklaşım kontrendikedir.
- Trombosit sayısı $\geq 100 \times 10^9 / \text{L}$
- Fetal değerlendirme:
 - Ultrasoundda en derin amniotik sıvı cebi $> 2\text{cm}$
 - Termden uzak gestasyonel haftalarda deselerasyonların olmadığı non- stres test
 - Umbilikal arter dopplerinde end diastolik akım mevcudiyeti :

< 34 haftalarda , end-diyastolik akım yokluğu doğumu gerekli kılmaz fakat yakın gözlem gerektirir. Umblikal arterde end-diastolik ters akım varlığı doğum endikasyonudur.

Konservatif yaklaşım kararında en önemli faktör gestasyonel haftadır.

a. ≥ 34 haftalarda gestasyonel hipertansiyon ve proteinuri olması doğumu gerektirebilir. Doğumu endikasyonu hastalığın ilerlemesine, fetüsün değerlendirilmesine ve serviksin durumuna bağlıdır:

Eğer gestasyonel hafta < 34 ise yaklaşım fetal yarar –maternal risk açısından dengeyi sağlamalıdır.

Doğum şu koşullarda ertelenebilir:

Kan basıncı kontrol altında ise (sistolik < 160 mmHg / diastolik < 110 mmHg)

Fetal değerlendirme tolere edilebilen limitlerde ise

Trombosit sayısı $> 50-100 \times 10^9 /L$

b. 24-32 gestasyonel haftalarda ek durumların mevcudiyetinde kanıtlar hastalık durumu ile tecrubesi olan hekimler tarafından modifiye yoğun bakım unitelerinde konservatif yaklaşımı desteklemektedir.

c. ≤ 24 gestasyonel haftalarda konservatif yaklaşımın ciddi maternal komplikasyonlar ile birlikte olduğu gösterilmiştir ve gebelik terminasyonu düşünülmelidir.

C. Konservatif yaklaşım:

- Yatak istirahati
- İlk değerlendirme ve devamlı takip
- Non stres test ve /veya ultrasound (biyofizik profil veya AFI /umblikal arter doppler) içeren fetal değerlendirme

- Aşağıda belirtilenlere yakın dikkati gerektiren hekim tarafından günlük değerlendirme

Kilo artışı

Önceki 24 saatteki kan basıncı değişiklikleri

Proteinuri seviyeleri

Fetal hareketler

Genel semptomlar

- 34 haftadan küçükse steroid kullanımı

D. Şiddetli Pre-eklampsiye Yaklaşım

Hasta sessiz uygun aydınlatılmış odada yüksek bakım gerekliliği olan bakım koşullarında değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir.

- İdeal olarak en azından ilk başta durumun stabilliği sağlanana kadar her kişi başına bir hemşire ile yakın takip sağlanmalıdır.

- İlk değerlendirme sonrası, merkezin kapasitesine göre maternal ya da perinatal nedenlerle transfer düşünülebilir.

- Maternal riskleri azaltmak için yakın takip gerekmektedir.

- Yoğun bakım takip formları tüm fizyolojik monitorizasyon bilgileri ve araştırma sonuçlarını içermelidir. Tüm takip formları 24 saatlik devamlı takip periodunu içermelidir. Yeni takip kağıdına bir önceki 12 saatlik değerlendirme tam kaydedilmediyse geçilmemelidir. Tüm tedavilerin kaydı tutulmalıdır.

- Oral hipertansif tedavi mümkün olduğunda , izlenecek yol olarak seçilmelidir.

- Damar yolu hazır bulunmalıdır. İntravenöz sıvılar kontrollu verilmelidir.

- Tetkikler, tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini içermelidir.

Sonuçlar normalse en az her gün tekrarlanmalıdır ancak anormallikler mevcutsa, klinik durumda değişiklikler varsa daha sık tekrarlanmalıdır. $100 \times 10^6/L$ üzerinde trombosit sayısı varsa pıhtılaşma testlerine gerek yoktur.

- Kan basıncı ve nabız ilk 4 saat için stabilize olan kadar 15 dakikada bir sonrasında yarım saatte bir ölçülmelidir.

- Damar yolu açılmalı, intravenoz sıvı verilirken idrar çıkışı saatlik ölçülmelidir. Proteinüri için idrar tetkiki yapılmalıdır. Daha önce böbrek hastalığı yoksa 10 ml /saate kadar idrar çıkışı yeterli kabul edilmelidir.

- Sıvı verilirken iyi monitorizasyon yapılmalı detaylı (saatlik) aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır. Dikkatli sıvı dengesi amaçlanmalı, sıvı yüklemesinden kaçınılmalıdır. Toplam IV alınan 80 ml /saat olarak sınırlanmalıdır.(ortalama 1 ml /kg / saat , o anki kilosuna göre) oksitosin kullanıldıysa , yüksek konsantrasyonda olmalı (20 u /500 ml Salin ya da Ringer) ve aldığı sıvı miktarına eklenmelidir. Oliguri bu durumda erken doğumu göz önüne alarak tresholdu azaltmak dışında hiç bir spesifik durumu presipite etmemeli. Oral sıvı alımı bu kadınlardaki yüksek seksiyoloji ameliyatı riski nedeniyle sınırlandırılmalıdır.

- Solunum sayısı her saat ölçülmelidir. (tam bir dakika sayım yapılmalıdır.)
- Fetal değerlendirme:

Akut yaklaşımda kardiyotokografi ile ilk değerlendirme yapılmalıdır. Bu bize fetusun o anki durumu hakkında bilgi verir ancak daha sonrası için tahmini bilgi vermez. Travaydaki şiddetli preeklampsideki gebelere devamlı elektronik fetal monitorizasyon uygulanmalıdır. Eğer konservatif yaklaşım planlandıysa fetusun ultrason ile ölçümlerini, umbilikal arter doppleri ve amniotik sıvı indeksini içeren ileri değerlendirmeler yapılmalıdır.

- Tüm antenatal, intrapartum ve postpartum dönemlerde immobilizasyon nedeniyle tüm kadınlar antiembolik çorap ve /veya heparin uygulanmalıdır. Preeklampsi nedeniyle bu hastaların durumları düzelse de tromboembolik hastalık için özellikle artmış risk altındadır.

- Tam mobilizasyon sağlanana kadar fraksiyone olmayan heparin 5000 IU sc günde iki kere (bid) verilmelidir. Postpartum dönemde (LMWH) profilaktik dozu kullanılabilir.

D. Şiddetli Hipertansiyonun Akut Tedavisi :

Kan basıncın stabilize etmekte amaç ilk olarak diyastolik basıncı 10 mmHg düşürmek ve bu seviyede ya da daha düşük seviyede tutmaktır.

D.1. İlk tercih ajanlar:

D.1.a. Nifedipine (kapsül ya da PA tablet)

Nifedipine ilk tercih ilaçtır. Ancak aterosklerotik kardiyovasküler hastalık ya da 15 yıldan daha fazla süreli insülin bağımlı diyabet , maternal yaş >45 gibi aterosklerotik kardiyovasküler hastalık için artmış risk mevcutsa nifedipine kapsül kullanılmamalıdır. 5mg kapsül (ilk aşamada) ya da 10mg oral tablet olarak ('PA') (yavaş salınımlı tablet değil, 'XL') verilebilir.

Tedavi sonrası ilk yarım saatte şiddetli preeklampside kan basıncında ani düşüş olabilmesi nedeniyle 10 dakikada bir kan basıncı ölçülmelidir. 30 dakikada (kapsül) ya da 45 dakikada (PA tablet) istenilen kan basıncı elde edilemediyse doz tekrar edilebilir. Eğer 2 adet 5 mg kapsül yetersiz ise 10 mg kapsül verilebilir.

Nifedipin (kapsül ya da PA) ile kan basıncı kontrol altına alınır, postnatal 12 -24 saat etkisi süren yavaş salınımlı tablete (Adalat XL) geçilebilir. İki yükleme dozu nifedipine sonrası, reguler antihipertansif ajanlar (nifedipine XL, alpha-metildopa gibi) başlanmalı ya da dozda artış yapılmalıdır.

D.1.b. Labetolol

İlk önce 200 mg oral olarak verilir. 30-60 dakika içinde kan basıncında düşmeye neden olur, etki 2-3 saatte tavan yapar.

E. Şiddetli olmayan Hipertansiyonun Tedavisi:

Gebelikteki artmış karaciğer metabolizması , renal klirens ve preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyonun diğer formları ile birlikte artmış vaskular reaktiviteye bağlı olarak idame dozları bölünmelidir.

Tedavinin amacı, diyastolik basıncı 80-110 mmHG arasında tutmaktır.

E.1. İlk tercih ilaçlar:

E.1.a Metil dopa (Aldomet)

Doz : 250 mg p.o. ilk 48 saatte günde 2 ya da 3 kez (750-1000mg P.O.yükleme dozu kullanımı da mevcut). İstenilen cevap alınana kadar 2 günden daha az olmayan aralıklarla günlük doz artışı ya da azaltması uygulanabilir. Maximum günlük doz 2000mg (toplam).

E.1.b. Alternatifler: Nifedipine (Adalat PA)

Doz: Adalat PA: 10 mg p.o günde iki kez başlanır . Devam dozu 10-20 mg p.o., b.i.d.

Adalat XL: günde 30 mg başlanır. Devam dozu günde 3-60 mg bir kez ya da iki doz halinde (30 mg b.i.d.). Nifedipine için günlük maximum doz 90 mg(toplam)

E.1.c. Spesifik endikasyonlar (kardiak ya da renal hastalıklar)

Diuretik.

E.1.d. Kaçınılması gereken ilaçlar:

ACE inhibitörleri

Angiotensin II reseptör antagonistleri

Atenolol

Komplikasyonlar:

Maternal kardiyak dekompanseasyon, inme, pulmoner ödem ve respiratuvar yetmezlik, renal yetmezlik, nöbet ve nöbetlerle ilişkili yaralanmalar, intrakranyal kanama, koma, ölüm (%0.5-5 mortalite). Fetal risk (büyüme geriliği ve ölüm) doğrudan proteinüri ve diastolik kan basıncı seviyeleri ile orantılıdır. Eklampsi de hem maternal hem de fetal risk dramatik olarak artar.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar:

1. British Colombia Reproductive Care Program, Obstetric Guideline 11, 2006
2. Hipertansiyon. Yüksek Riskli Gebelikler: Yönetim Seçenekleri. 2008 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörü H. Güner. Sayfa 772-797
3. Preeklampsi-eklampsi. Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. 2008 Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörleri M. Erenus, T Yoldemir. Sayfa 212-216
4. Royal College of Obstetrics and Gynecology Guideline No10(A), 2006

SON TRİMESTER KANAMALARI

Genel Bilgiler

Üçüncü trimester kanamaları gebelikte görülen önemli komplikasyonlardan biridir. Bu dönemde görülen kanamalara sebep olarak; plasenta previa, abrupsiyo plasenta, vasa previa, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), uterin rüptür, marjinal sinüs kanaması gibi obstetrik nedenler ile servisit, genital tümörler ve enfeksiyonlar, vajinal laserasyonlar gibi nonobstetrik nedenler sayılabilir.

Abrupsiyo plasenta, normal implante olan plasentanın zamanından önce kısmen ya da tamamen ayrılmasıdır. Şiddetli ağrı, belirgin ya da gizli kanama ve kontrakte hassas uterus mevcuttur.

Plasenta previa ise plasentanın kısmen ya da tamamen uterus alt segmentine yerleşmesi durumudur. Ağrısız vajinal kanama plasenta previanın en önemli belirtisidir.

Tedavi ve Takip

Son trimester kanamalarında ilk olarak maternal nabız, kan basıncı ve solunum değerlendirilmelidir. Kısa bir anamnez sonrasında, abdominal muayene yapılmalı, plasental ve fetal durum değerlendirmesi için obstetrik ultrasonografi uygulanmalıdır.

Laboratuvar değerlendirilmesi amacıyla tam kan sayımı, PT/PTT, kan grubu ve cross match için kan örneği alınması gereklidir. Hastaya öncelikle damar yolu açılmalıdır. Hemodinamik duruma göre kan hazırda bulundurulmalıdır. Abrupsiyo plasentadan şüpheleniliyorsa D-dimer fibrin yıkım ürünleri bakılması yararlıdır. Plasenta previa ekarte edilmeden vajinal muayene yapılmamalıdır. Abrupsiyo plasenta durumunda, hasta hemodinamik açıdan stabil hale getirilmeli, yakın vital bulgu takibi ile birlikte tam kan sayımı, kanama-pıhtılaşma zamanına bakılmalıdır. Hipovolemi mevcutsa düzeltilmelidir. Aynı zamanda eksternal fetal monitörizasyon sağlanmalıdır. Kanama fazla ve fetal sıkıntı mevcutsa gebelik biran önce sezaryen ile sonlandırılmalıdır. Plasental ayrılma sınırlı ve fetal sıkıntı yok ise vajinal yolla doğum planlanabilir. Annenin durumu stabil, fetus henüz prematür ise fetal matürasyon için zaman kazanmak gerekebilir. Bu durumda bekleme yaklaşımı uygun olacaktır. Plasenta previalı hastalarda doğum şekli sezaryendir. Operasyon öncesi intravenöz sıvı ve gerekliyse kan replasmanı ile hemodinamik durum stabilize edilmelidir. 24. ve 34. haftalar arasındaki gebeliklerde ise dexametazon (6 saat ara ile 4 kez 6 mg im.) ya da betametazon (24 saat ara ile iki kez 12 mg im.) fetal akciğer matürasyonu için verilmelidir. Erken gebelik haftalarında tokolitik ajanlar 34. haftaya kadar uygulanmalıdır.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar

1-Saraçoğlu F. Üçüncü trimester kanamaları: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Yayınevi 2006: 469-473.
2-Scarce J. Third trimester vaginal bleeding: Current diagnosis and treatment 10th edition: McGraw-Hill 2007:

TOKOLİZ

Tanım: Tokoliz doğum eylemini durdurma tedavisi olup kelime olarak ağrının durdurulması anlamını taşır. İlk planda preterm eylem düşünülen gebeye yatak istirahati, sedasyon ve hidrasyon önerilir. Tüm bunlara rağmen uterus kontraksiyonlarında bir düzelme olmuyorsa tokolitik ajanlar kullanılır.

Aslında tokolizin birinci amacı steroid uygulanması ve sonrasında steroidlerin en fazla etki gösterebildikleri en az 48 saat gebeliği devam ettirmektir. Tokolizde uzun dönem hedef ise gebeliği 34. haftanın üzerine çıkarabilmektir. Çünkü 34. haftadan sonra prematüriteye bağlı fetal mortalite ve morbidite dramatik olarak azalmaktadır. Bununla beraber son yıllarda yapılan metaanalizler profilaktik ve idame amaçlı yapılan tokolizin preterm doğum riskini azlatmadığı ve tokoliz yapılacaksa fetal akciğer matüritesini hızlandıracak steroid uygulanması ve sonrasındaki 48 saat için zaman kazanmak amaçlı olması gerektiğini belirtmiştir.

Tokolizde dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Tokolitik tedavi servikal açıklığı 5 cm den daha az olan gebelerde düşünülmelidir.
- 34. gebelik haftasını tamamlamış olan gebelerde ve serviks açıklığı dört santimetre ve üzerinde olan anne adaylarında da doğum kendi seyrine bırakılır.
- Tokolizin etkili olduğunu söyleyebilmek için genellikle daha fazla servikal değişim olmadan saatte 4-6 kontraksiyondan daha az sayıda kontraksiyon olması gerekir.
- Tokoliz tedavisinin başarısız olma olasılığı göz önünde bulundurularak tedavi mutlaka prematüre doğan bir bebek için yoğun bakım şartlarının bulunduğu bir hastanede yapılır.
- Tokolizde kullanılan her ajanın yan etkileri ve kontraendikasyonları olduğundan kullanılan ajan kişiye göre ve çok dikkatli seçilmelidir.

Tokolizin kontrendikasyonları:

Kalp hastalığı, Hipertioidi, Ciddi hipertansiyon, Diabetik ketoasidoz, Travma ,Ateşli hastalıklar, Ablasyo plasenta , Aşırı kanama ile giden plasenta previa ,kanaman ve kanamanın nedeni belli olmayan kanama, ablatio placenta şüphesi, koryoamnionit bulguları, ölü fetus, yaşarla bağdaşmayan anomali (anensefali), fetal distress bulguları.

Tokolitik Ajanlar:

1. BETA-MİMETİK ADRENERJİK AJANLAR:

Direk beta reseptörlerine etki ederek uterusu gevşetirler. En sık kullanılan tokolitik betamimetik ajanlar ritodrin ve terbutalindir.

a. Ritodrine

Günümüzde artık pek kullanılmamaktadır. Kolay uygulanabilir olması nedeniyle yerini terbutaline bırakmıştır. Tedaviye intravenöz olarak başlanılıp oral olarak devam edilebilir.

b. Terbutalin

Intravenöz, subkütan veya oral olarak uygulanabilir. En sık kullanım şekli 12 saat boyunca her 3-4 saatte bir 0.25 mg subkütan olarak verilmesidir. İdame dozu ise 2.5-5 mgx4-6/gündür.

Maternal Yan etkileri:

Doza bağımlı major kardiyovasküler problemler (pulmoner ödem, erişkin tip respiratuar distress sendromu, artmış sistolik ve azalmış diastolik kan basıncı, maternal ve fetal taşikardi), hipokalemi, hiperglisemi, hiperinsülinemi, laktik asidoz , çarpıntı, sinirlilik huzursuzluk.

Maternal medikal kontraendikasyonları:

Kardiak hastalık, hipertiroidizm, kontrol edilmemiş hipertansiyon, Pulmoner hipertansiyon, semptomimetik kullanımı gerektiren astım, kortikosteroid kullanımı gerektiren astım, kontrol edilmemiş diabet, kronik hepatik veya renal hastalık,

Fetal yan etkileri

Taşikardi, hiperglisemi, hipoglisemi, ileus, muhtemel artmış intravenriküler kanama riski, letarji, hipotoni, respiratuar baskılanma.

2. MAGNEZYUM SÜLFAT

Uterin kontraktilitye düz kas hücrelerine kalsiyum alımını inhibe ederek sağladığı düşünülmektedir. Betamimetiklerden daha az efektif olmakla beraber yan etkileri onlardan azdır. Bununla beraber doz aşımında kalp ve solunum durmasına sebep olabileceğinden kullanırken çok dikkatli olmak gerekir.

Magnezyum kullanımı sırasında dikkat edilmesi gerekenler:

Derin tendon reflekslerinin sık sık kontrol edilmesi, solunum sayısı, kalp hızı, hastanın aldığı çıkardığının kaydedilmesi gereklidir. Toksisitesi durumunda 10 ml ,%10 luk kalsiyum glukonat bu etkileri geri çevirebileceğinden hastanın yatağının başında bulunmalıdır.

Tokoliz amaçlı Magnezyum sülfat kullanımı dozu:

Başlangıç olarak 4g iv bolus verilir. Daha sonra saatte 2 gram iv infüzyon (%5 dextroz içinde) ile devam ettirilir. Bu infüzyon eğer uterin kontraksiyonlar efektif olarak durdurulamadıysa saatte 0.5 g artırılır. Maksimum doz saatte 4 g MgSO₄ verilmesidir.

Maternal yan etkiler

Yüzde kızarma, Bulantı, kusma, Başağrısı, Genel kas zayıflığı, Nefesin kesilmesi, Göğüs ağrısı, Hipotansiyon, Respiratuar depresyon, Fetal etkiler: letarji, hipotoni, respiratuar depresyon.

3. KALSİYUM KANAL BLOKÖRLERİ:

En sık kullanılan ajan nifedipindir. Yan etkilerinin azlığı, kullanım kolaylığı ve etkinliği nifedipini popüler hale getirmiştir.

Nifedipinin tokoliz dozu

20mg ağızdan alınıp daha sonra her 6 saatte bir 10-20mg ile devam etmektedir.

Maternal yan etkileri

Hipotansiyon, taşikardi, başağrısı, yüzde kızarma,bulantı,kusma,ayaklarda ödem

Fetal veya neonatal yan etkileri:

Taşikardi,hipotansiyon.

4. PROSTAGLANDİN SENTETAZ İNHİBİTÖRLERİ

İndomethazin oldukça etkili bir ajan olmakla beraber ciddi fetal yan etkilerinden dolayı kullanımı kısıtlıdır. Rektal veya ağızdan verilebilir.

Maternal yan etkileri:

Bulantı,kusma,mide yanması,trombositopeni,renal yetmezlik, hepatit, hipertansif hastalarda artmış kan basıncı.

Fetal/neonatal yan etkiler

Oligohidramnios, renal disfonksiyon,pulmoner hipertansiyon, duktus arteriosusun erken kapanması, artmış nekrotizan enterokolit riski,artmış intraventriküler kanama riski

Doz: 100mg rektal veya 50 mg oral yükleme dozu, sonrasında 25-50 mg /4-6 saatte bir oral veya rektal yol. İndomethazin kullanımı sırasında her 48-72 saatte bir ultrasonla fetal

oligohidramnionoz gelişip gelişmediğine bakılmalıdır. Bu ciddi yan etkilerinden dolayı genellikle 32 haftanın altındaki fetuslarda ve 48 saatten daha uzun süreli kullanımı tercih edilmemektedir.

5. OKSİTOSİN RESEPTÖR ANTAGONİSTİ (ATOSİBAN)

6. NİTRİK OKSİT DONÖRLERİ (GLİSERİL TRİNİTRAT)

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar:

1. Roman AS, Pernol ML. Late pregnancy complications. Editör:Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Neri L. Current Diagnosis&Treatment Obstetrics&Gynecology, 10. baskı, Mc Graw Hill Yayınevi,2007;15:sf 273-286.
2. Saling E, Drager M, Lüthje J. Prevention of premature birth. Editör: Carrera JM . Recommendations and guidelines for perinatal medicine. Matres Mundi Yayınları, 2007;21:sf. 195-202.
3. Svigos JM, Robinson JS,Vignenvaran R. Doğum şeklinide içeren preterm eylem tehdidi ve gerçek preterm eylem. Çeviri Cengiz L,Şükür YE. Çev. Ed. Güner H. Yüksek riskli gebelikler yönetim seçenekleri.Güneş tıp kitabevleri,2008;62:sf 1304-1320.

UTERİN PERFORASYON

Uterusa yapılan transvajinal müdahalelerde görülen ciddi fakat sık olmayan bir komplikasyondur. Bununla birlikte birçok perforasyonun belirti vermediğinden fark edilmediğini de biliyoruz. Perforasyonda kanama ve batın içi organ yaralanması en önemli iki tehlikedir. Serviko-istmik bölgedeki lateral yaralanmalar uterin damarlara yakın olması nedeniyle önemlidir. Fundal yaralanmalar ise daha az tehlikelidir. Ciddi vajinal kanama özellikle lateral bölgede ve uterin damarlar hasar görmüşse bir belirti olabilir.

Perioperatif hipotansiyon ile belirti veren retroperitoneal ve intraabdominal hematoma oluşabilir. Prosedürün endikasyonuna göre perforasyon oranının farklı olduğu görülmüştür.

Başlıca nedenleri;

1. Küretajlar: Postpartum kanama kontrolü için yapılan küretajlarda oran daha fazlayken diagnostik küretaj işleminde daha düşüktür. Fundal bölgede meydana gelen yaralanmalar daha sıktır ve çoğu zaman ciddi kanama meydana gelmez. Bunlarda vital bulgu ve hemogram takibi yapılır. Ciddi kanama, büyümekte olan bir hematoma veya intraabdominal organ hasarı durumunda laparotomi gerekmektedir

2. Rahim İçi Araç (RIA) Uygulamaları: Uygulamaların 22/1000'inde perforasyon oluşabilmektedir. Uygulama sırasında fazla ağrısı ve kanaması olan kadınlarda ve kontroller sırasında serviksten RIA ipinin görülmemesi durumunda perforasyon riski unutulmamalıdır. Ultrasonografik inceleme ile uterus perforasyonu olgularının %73'ünde RIA pelviste görülebilirken geri kalan olgularda ayakta direkt batın grafilere RIA yerleşimini gösterebilir. Pelvis ya da batın içindeki RIA'larda laparotomi %95 tedavi edicidir. %5 olguda laparotomi ihtiyacı duyulur.

3. HSG (Histerosalpingografi) ve Histeroskopi : Nadir de olsa HSG esnasında da uterusun perforasyonu izlenebilir. Operatif histeroskopik işlemler sırasında da uterin perforasyon görülebilmektedir. En çok septum rezeksiyonları, myomektomi ve adezyon liberasyonu yapılırken görülmektedir. Histeroskopide uterus perforasyonu o kişi için gelecekteki gebeliğinde uterin rüptür riskini arttırmaktadır.

Tüm bunlardan kaçınmak için müdahaleden önce vajinal muayene ile uterusun pozisyonu ve büyüklüğü bilinmelidir. Ayrıca müdahale esnasında hastanın gösterebileceği ani bir refleks hareket ile de perforasyonun gerçekleşebileceği düşünülerek uyumsuz olduğu düşünülen hastalarda mutlaka genel anestezi kullanılmalıdır.

Sonuç, Yorum:

Kaynaklar:

- 1- Baggish MS. Operative Hysteroscopy In. Te Linde's Operative Gynecology 9th Edition:Lippincott Williams Wilkins 2003: 406-407.
- 2- Ben-Baruch G, Menczer J, Shalev J, et al. Uterine perforation during curettage: perforation rates and postperforation management. Isr J Med Sci 1980; 16:821.
- 3- Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003 Sep;8(3):150-155.
- 4- Grimes DA. Management of Abortion In. Te Linde's Operative Gynecology 9th Edition: Lippincott Williams Wilkins 2003: 483-505.
- 5- Yücesoy İ. Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Yayınevi 2006 : 789-806