

TRAVMA VE GEBELİK

Dr.Türkay KIRDAK Dr.Tuncay YILMAZLAR Dr.Nusret KORUN*

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Gebe annenin travmaya maruz kalması iki yaşamın birden tehlikeye girmesi anlamına gelir (1). Obstetrik dışı anne ve fetus ölümlerinin en önemli nedeninin travmalar olduğu bilinmektedir (2,3). Travma nedeni ile acil servislere başvuran gebe hastanın tam, takip ve tedavisinde gebelikteki anatomik ve fizyolojik değişikliklerden kaynaklanan bazı farklılıkların bilinmesi oluşabilecek sorunları ortadan kaldıracaktır (4). Ayrıca bu hastalara yaklaşım interdisipliner bir konu olup, acil hekimi, cerrah, kadın doğum uzmanı ve perinatoloji uzmanından oluşan bir ekibin birlikte hareket etmesi söz konusudur (5,6).

Gebelikte travmanın göreceli olarak az görülmesi nedeni ile konunun ana hatlarının iyi anlaşılabilmesi için Ocak 1993-Temmuz 1994 tarihleri arasında travma nedeni ile klinikte karşılaştığımız 3 olguyu sunmayı yararlı gördük.

Olgu 1: 24 yaşında, 7 aylık gebe, trafik kazası nedeni ile acil polikliniğine getirildiğinde TA: 100/60mmHg, NDS:120 şuur açık, nörolojik defisit yoktu. Muayenede sol akciğer sesleri azalmış, batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Sol uyluk proksimalinde hematoma gözleniyordu. Hb.10 gr/dl idi. Çekilen PA akciğer grafide sol diafragma sınırları seçilemiyordu. Grafide sol femur proksimalinde fraktür görüldü. Obstetrik USG'de ablasyo plasenta saptandı, fetus kalp sesleri alınamıyordu. Hasta diyafragma rüptürü ön tanısı ile acil operasyona alındı. Eksplozasyonda diyafragma sol tarafta rüptür ve Tip I retroperitoneal hematoma, dalakta 1. derece yaralanma ve kolon seroza yaralanması mevcuttu. Retroperitoneal hematoma eksplore edildi, ancak belirgin bir kanama odağı bulunamadı. Obstetrik departmanınca yapılan sezeryan seksiyoda fetusun intrauterin exitus olduğu görüldü. Diyafragma ve kolon seroza onarımı, sol tüp torakostomi yapıldı. Postoperatif

dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 9. günde şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2: 22 yaşında, miyadında gebe, trafik kazası nedeni ile acil polikliniğine getirildiğinde kafa travması mevcuttu. Yalnızca ağrılı uyaranlara yanıt alıyordu. TA: 70/40mmHg, Nabız: 130/dak. civarında ve filiform tipte idi. Solunumu yeterli olmadığından acil serviste entübe edildi. Solunum sesleri dinlemekle normaldi. Batın ön duvarında ekimozlar mevcuttu. Hb.9 gr/dl idi. Kan transfüzyonuna başlandı. Fetal kalp sesleri alınamıyordu. Hasta bu bulgularla intraabdominal kanama ön tanısı ile acil operasyona alındı. Laparatomide pelvik fraktüre sekonder gelişen oldukça geniş retroperitoneal hematoma saptandı. Obstetrik bölümünce sezeryan seksiyoyu yapıldı. Fetusun intrauterin exitus olduğu görüldü. Bu sırada hastada kardiyak arrest gelişti. İnternal kardiyak masajı geçildi. Ancak resusitasyona yanıt vermeyen hasta exitus oldu.

Olgu 3: 29 yaşında, 7 aylık gebe, acil polikliniğine trafik kazası nedeni ile getirildi. TA: 130/70mmHg, NDS:100 ve dolgun olarak palpe ediliyordu. Yüzde ve alt ekstremitelerde cilt, cilt altını içeren multipl kesiler mevcuttu. Sol omuzda ekimotik alanlar vardı. Ancak iskelet yapıda herhangi bir patoloji saptanmadı. Hb.12 gr/dl, lökosit: 12000/mm³. Obstetrik bölümünce ultrasonografide fetus hareketleri gözleniyordu, ablasyo plasenta yoktu. Hasta akut batın şüphesi ile gözlem için servise yatırıldı. Yatışın 24.saatinde batın bulguları geriledi. Fetal monitorizasyonda patoloji yoktu, tekrarlanan pelvik ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Hasta 48 saat sonra kontrollere gelmek üzere taburcu edildi. Hasta yaklaşık iki ay sonra normal vaginal yoldan başarılı bir doğum yaptı.

Acil servise travma nedeni ile getirilen gebe hastaya

yaklaşım interdisipliner bir konu olup, acil hekimi, cerrah, kadın doğum uzmanı ve bir perinatolog hekimin birlikte çalışmasını gerektirmektedir (5,6,7). Ancak gebe hastanın takip ve tedavi prensipleri gebe olmayanlardan pek farklı değildir (5,8). Çünkü stabil bir annenin fetusun ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabileceği düşünülürse öncelikle annenin tanı ve tedavisinde önem verilmesi esastır (6,9,10). Bu nedenle özellikle annenin resüsitasyonu ve stabilizasyonu önem taşımaktadır ve gebelik annenin resüsitasyonunu, tanı metodlarını ya da tedavisini sınırlamamalıdır (9).

Anne ölümlerinin nedenleri incelendiğinde travmatik maternal ölümler, tüm maternal ölümlerin %46.3'lük önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (2,11). Travma ölümleri ateşli silah yaralanması (%22), motorlu taşıt kazaları (%20.5), bıçakla yaralanma (%13.6), künt kafa travmaları (%9.1), yanıklar (%6.8), düşme (%2.3) gibi nedenlerle olmaktadır (11). Gebelik sırasında acil servise başvuran travma hastalarının ise yaklaşık üçte ikisi motorlu taşıt kazaları sonucunda morbidite ve mortaliteye uğradığı görülmüştür (3,12). Bizim 3 olgumuzunda trafik kazası nedeni ile travmaya maruz kalmış olması bu konuyu desteklemektedir.

Travmaya uğramış 79 gebenin incelendiği bir çalışmada maternal mortalite oranının %10 olduğu ve bu oranın gebe olmayan kadınlardan farklı olmadığı gösterilmiştir (13). Başka bir deyişle gebeliğin travma sonrası mortaliteyi arttırıcı bir faktör olmadığı bildirilmektedir (11).

Travma sonrası fetus kaybı ise %21-34 oranında bildirilmiştir (13,14). Fetal ölümlerin insidansını doğrudan uteroplasental yaralanma artırır ve bunu etkileyen olaylar maternal şok (30), pelvik fraktür (%57), ciddi kafa travması (%56) ve hipoksidir (%33) (15). Fetuları kaybettiğimiz iki olguda da hipovolemi, pelvik fraktür ve olgunun birinde ciddi kafa travması mevcuttu. Son zamanlarda hipoksi ve şokun fetusun kaybını fazla etkilemediği bildirilmiştir ve yine kan basıncı, nabız ve kan parsiyel oksijen basıncının fetusun durumunu göstermede güvenilmemesi gereken parametreler olduğu ortaya çıkmıştır. Fetusun akibetini belirlemede maternal travmanın şiddetinin (injury severity score, ISS) (7,12,14) ve kan bikarbonat düzeyinin (14) önemli iki parametre olduğu savunulmaktadır.

Annenin yaşamını sürdürmesi fetusun yaşamını garanti etmemektedir; hatta orta derecede travmalardan sonra bile fetusun yaşamı tehlikeye girebilmektedir (12,16). Künt travma sonrası fetusun yaşamını tehdit eden en sık komplikasyonlar prematüre uterin kontraksiyonlar (%6.7) ve ablasyo plesenta (%11) olarak bulunmuştur (17). Yani fetus

ölümlerinin en sık nedeni ablasyo plesenta olarak bildirilmektedir (11). Plesenta dekolmanının ilk 48 saat içinde gelişebileceği ve bu süre içerisinde uterin ve fetal monitorizasyonun önem taşıdığı bildirilmektedir. Bu konuda fetal ultrason ve eksternal fetal monitorizasyonunun (EFM) diagnostik önemi saptanmış olup, ortaya çıkabilecek fetusa ait komplikasyonların hemen tümünün tanılabildiği gösterilmiştir (17). Ayrıca aynı çalışmada ilk 6 saat içinde fetal ultrasonografi ve EFM normal olarak bulunursa monitorizasyonu uzatmanın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Uterin kontraksiyonların 15 dakikalık perodlarda birden fazla olması, batında hassasiyet ya da vaginal kanamanın varlığı travma hastasının hastane koşullarında en az 24 saat monitorize edilmesini gerektirmektedir (12).

Bizim olgularımızda yapılmamış olmasına rağmen gebe annedeki batın içi lezyonların saptanmasında diagnostik peritoneal lavajın %95 oranında tanı koydurucu olduğu ve anne ya da fetusa ek bir risk getirmediğinden güvenle kullanılabilirliği öne sürülmektedir (13,14). Erken tanı yönünden de anlamlı olabilecek bu invaziv yöntemin, gebe anneye çekilecek bir kaç direkt radyografiden daha fazla risk getirmeyeceği ayrıca düşünülmesi gereken bir avantaj olabilir. Ayrıca klinik endikasyon varsa radyografinin diagnostik amaçlı kullanımından da kaçınılmamalıdır (8).

Sonuç olarak travmanın şiddeti maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi belirleyen en önemli faktör gibi görünmektedir. Bizim 3 olgumuzdan ilk ikisinde travma şiddetinin fazla olması fetusların her ikisinin kaybı ile sonuçlanmıştır. Bu nedenle travmaya maruz kalmış olgularda Injury Severity Score (ISS) belirlenmesi fetusun prognozunu belirlemede yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Solheim K, Jerve F: Multiple skader hos gravide. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 112: 1454-1455, 1992.
2. Fildes J, Reed L, Jones N et al: Trauma : the leading cause of maternal death. *J Trauma.* 32:643-645, 1992.
3. Sherer DM, Abramowicz JS, Babkowski R et al: Extensive fetal intrathoracic injuries sustained in a motor vehicle accident. *Am J Perinatol.* 10:414-416, 1993.
4. Pimentel L: Mother and child. Trauma in pregnancy. *Emergency Med Clin North Am.* 9: 549-63, 1991.
5. Pearlman MD, Tintinalli JE: Evaluation and treatment of the gravida and fetus following trauma during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 18:371-381, 1991.
6. Esposito TJ: Trauma during pregnancy. *Emerg Med Clin North Am.* 12: 167-199, 1994.

7. George ER, Vanderkwaak T, Scholten DJ: Factors influencing pregnancy outcome after trauma. *Am Surg.* 58: 594-598, 1992.
8. Nash P, Driscoll P: ABC of major trauma. *Trauma in pregnancy.* *BMJ.* 301: 974-976, 1990.
9. Harvey MG, Troiano NH: Trauma during pregnancy. *MAA-COGS clin. Issu perinat. Womens Health Nurs.* 3: 521-29, 1992.
10. ACOG Technical Bulletin Number 161. Nov. 1991: Trauma during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 40: 165-170, 1993.
11. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP: Blunt trauma during pregnancy. *N Engl Med.* 323: 1609-1613, 1990.
12. Schneider H: Trauma and Schwangerschaft. *Arch Gynecol Obstet.* 253: Suppl pS4-14, 1993.
13. Esposito TJ, Gens DR, Smith LG et al: Trauma during pregnancy. A review of 79 cases. *Arch Surg.* 126: 1073-1078, 1991.
14. Scorpio RJ, Esposito TJ, Smith LG et al: Blunt trauma during pregnancy: factors affecting fetal outcome. *J Trauma.* 32: 213-216, 1992.
15. Kissinger DP, Rozycki GS, Morris JA et al: Trauma in pregnancy. Predicting pregnancy outcome. *Arch Surg.* 126: 1079-1086, 1991.
16. Agnoli FL, Deutchman ME: Trauma in pregnancy. *J Fam Pract.* 37: 588-592, 1993.
17. Towery R, English TP, Wisner D: Evaluation of pregnant women after blunt injury. *J Trauma.* 35: 731-735, 1993.

Yazışma Adresi : Dr.Türkay KIRDAK,
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel
Cerrahi Anabilim Dalı. Görtükle 16059 Bursa
