



# Uterin Atoni Gelişen Eklampitik Gebe

## Pregnancy with Atonic Bleeding Due to Eclampsia

Serkan UÇKUN, Tamer KUZUCUOĞLU

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

### Özet

On yıl önce epilepsi tanısı konularak ilaç alan ancak yedi yıldır kullanmayan, üç yıl önce de hipotiroidi nedeniyle düzenli levotiroksin (levotiron 100 mg/gün) kullanmakta olan 33 yaşında primipar preeklampitik hasta evinde baygın bulunmuş ve üç saat gecikme ile acile getirilerek gerekli incelemelerinin ardından eklampsi ön tanısıyla (proteinüri +++, hematüri +++) acil sezeryan operasyonuna alındı. Kanamanın devam etmesi üzerine acil operasyon planlandı ve histerektomi uygulandı. Klinik tablo kötüleşerek dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) tablosu gelişmesi üzerine fibrinojen (hemokomplettan 4x1g/gün) replase edildi. Kanama kontrolü amacıyla eksploratris laparotomi uygulandı. Kanama durdurulamadı. Yüksek düzeyde destek tedavisine rağmen hasta gelişinin 48. saatinde çoklu organ yetersizliğinden kaybedildi. Sonuç olarak postpartum kanamalarda özellikle riskli gebelik durumlarında obstetrisyen anestezi ve yoğun bakım uzmanlarının işbirliği sayesinde yüksek mortalite ve morbiditenin azaltılabileceği kanısındayız. Hastaya mevcut literatür bilgileri ve mevcut olanaklarımızla yapılması gerekenler yapılmış olduğundan mortalite ve morbiditenin azaltılması için yeni stratejiler ve tedavi yöntemleri geliştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Eklampsi; gebelik; uterin atoni.

### Summary

A 33-year-old primiparous, eclamptic patient who had been diagnosed with epilepsy 10 years prior, but who discontinued medical treatment 7 years ago and who used levothyroxine (levotiron 100 mg/day) regularly for hypothyroidism, was found comatose at her home and admitted to the hospital after a 3-hour delay. Required examinations and emergency caesarean section were performed due to prediagnosis of eclampsia (proteinuria: +++; hematuria: +++). An emergency hysterectomy was performed because of continued bleeding. Due to worsening clinical picture and development of disseminated intravascular coagulation, fibrinogen (haemocomplettan 4x1/day) was replaced. Exploratory laparotomy was performed for hemorrhage control. In spite of high-level supportive therapy, the patient died from multiple organ failure in the 48th hour of admission. It was concluded that presently high rates of mortality and morbidity can be reduced through collaboration of obstetricians, anesthesiologists, and intensive care specialists in the treatment of postpartum bleeding, particularly in high-risk pregnancies. As all required treatments recommended in recent literature were performed in the present case utilizing the available facilities, it was also concluded that new treatment strategies and methods should be developed in order to reduce rates of morbidity and mortality.

**Keywords:** Eclampsia; pregnancy; uterine atony.

### Giriş

Acil peripartum histerektomi (APH), normal vajinal doğum veya sezaryen sonrası hayatı tehdit eden kanamalar nedeniyle uygulanan acil bir girişimdir.<sup>[1]</sup> APH

dünya üzerinde uygulama sıklığı tüm doğumların yaklaşık olarak %0.1–0.8 oranında değişmektedir.<sup>[2]</sup> APH insidansı gelişmiş ülkelerde %0.02–0.3 oranında iken, gelişmekte olan ülkelerde ise daha yüksek olduğu be-

**İletişim:** Dr. Serkan Uçkun.  
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Cevizli, Kartal, İstanbul  
**Tel:** 0216 - 441 39 00

**Başvuru tarihi:** 13.01.2014  
**Kabul tarihi:** 26.03.2014  
**Online baskı:** 30.06.2014  
**e-posta:** serkanuckun@yahoo.com



lirilmektedir.<sup>[3]</sup> En önemli APH nedeni atoni kanamasıdır ve eklampsi (konvülsiyon, hipertansiyon, proteinüri ve ödem) zemininde ortaya çıkmasının, anne ve fetüs için yüksek mortalite ve morbidite sebebi olduğu belirtilmektedir.

Bu yazıda, primipar eklampitik gebenin sezaryen ve sezaryen sonrası ameliyatları ve yoğun bakım ünitesi (YBÜ) takip süreçleri sunuldu.

## Olgu Sunumu

Gebelik takipleri düzenli yapılan primipar, 33 yaşında 35 haftalık gebe. Acil serviste yapılan muayenesinde şuur konfü, nonoryante, pupil ışık refleksi +/+, izokorik, verbal yanıt: ağırlı uyarana anlaşılabilir sesler, motor yanıt: ağırlı uyarana lokalize eder, Glasgow Koma skalası (GKS): 10, tansiyon arteryel (TA): 130/60 mmHg, kalp atım hızı (KAH): 86/dk, solunum sayısı: 14/dk, akciğer sesleri dinlemekle iki taraflı eşit ve kaba, bağırsak sesleri normoaktifti.

Laboratuvar incelemelerinde proteinüri (+++), hemoglobinüri (+++) olmasının haricinde patoloji tespit edilmeyen hasta, ağır preeklampitik kabul edilerek kadın-doğum kliniği tarafından acil sezaryen operasyonuna alındı. Hastanın ameliyat öncesi alınan kan değerleri: Hb: 12g/dl, Hct: %37, trombosit: 134000/mm<sup>3</sup>, lökosit: 24000/mm<sup>3</sup> ve koagülasyon parametreleri normal sınırlardaydı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı ve ameliyatın 30. dakikasında ölü kız bebek doğurtuldu. Hastaya uterotonik olarak intravenöz metil ergonovin (Metiler 0.2 mg) ve oksitosin (Synpitan 5 IU iv, Synpitan, 1000 ml %5 Dekstroz içinde 15 IU, 200 ml/sa) yapıldı. Minimal düzeyde kanaması olan hastanın operasyonu yaklaşık 2.5 saat sürdü. Hastaya peroperatif alınan hemogramda Htc >%30 olduğundan ve hemodinami stabil seyrettiğinden kan

tranfüzyonu düşünülmedi. Eklampitik olması sebebiyle kontrollü ekstübasyon planlandı ve ameliyat sonunda entübe şekilde takip ve tedavi amacıyla YBÜ'ye nakil edildi. SİMV-VC (FIO<sub>2</sub>: %100, TV: 7ml/kg, f: 14/dk, PEEP: 5 cmH<sub>2</sub>O, PIP: 20 cmH<sub>2</sub>O) modunda mekanik ventilasyona (MV) başlandı. Hastaya ek doz uterotonik 5 IU oksitosin uygulandı. Hasta YBÜ'ye getirildiğinde TA: 60/40 mmHg, KAH: 120/dk idi ve yeterli sıvı resüsitasyonu ve inotrop desteğe (dopamin: 10 mgr/kg/dk ve noradrenalin: 5 mgr/kg/dk) rağmen kardiyak arrest gelişti ve acil kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlandı. KPR'nin 20. dakikasında cevap alındı. Batın drenlerinden 800 ml ve insizyon yerinden de kanaması başlayan hastaya Htc <%20 olması üzerine altı saatlik sürede 12 Ü ES, 6Ü TDP replasmanı yapıldı. Alınan hemogramda hematokrit; %13.1 olması ve kanamanın devam etmesi nedeniyle uterin atoni düşünülerek acil operasyon planlandı (Tablo 1).

Operasyonda iki taraflı hipogastrik arter bağlanarak APH uygulandı. Ameliyatta kan değerlerine göre hastaya 10 Ü trombosit süpsansiyonu, 6 Ü ES ve 2 Ü TDP verildi. Yaklaşık bir saat süren operasyon esnasında TA: 120/60 mmHg (pozitif inotrop desteğinde), KAH: 100/dk civarındaydı. Ameliyat sonunda beyin, toraks, batın BT'leri çekilerek entübe şekilde YBÜ'ye alındı. Hastanın beyin BT sinde beyin ödemi tespit edildi (Şekil 1). Anürisi (idrar <0.5 ml/kg/saat) olan hastanın sıvı bilançosu +8667 ml idi. TA alınamıyor ve ciddi metabolik asidoz tablosu mevcuttu. Hemogramda; Hb: 5.8 g/dl, Hct: %17.2, Plt: 31000/mm<sup>3</sup> olması, fibrinojende azalma, D-dimer, aPTT, protrombin zamanı ve kanama zamanlarında uzama olması nedeniyle hastada dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) geliştiği düşünüldü. Fibrinojen düzeyinin 200 mg/dl'nin altında olması üzerine Fibrinojen (haemocompletan 1 g/flk) 4 gr/gün uygulandı. 10 Ü trombosit ve 8 Ü ES süs-

**Tablo 1.** Hastanın yoğun bakım ünitesi takiplerinde hemogram değerleri

Bakılan Değerler	14/12 11:00 YBÜ geliş değeri	14/12 13:53 APH öncesi	14/12 17:02 APH sonrası	14/12 23:44 DİK	15/12 04:04 DİK	15/12 08:23 DİK	15/12 14:35 DİK	15/12 20:00 Laparotomi	16/12 02:08 ABY MODS	16/12 04:57 MOF
Hbg (dl)	3.8	4.3	5.8	7.4	7.3	10.3	8.3	7	12.6	9.1
Htc (%)	12.1	13.1	17.2	22.1	23.4	32	25.9	21.9	37.6	27.2
WBC (mm <sup>3</sup> )	30200	15210	7190	5750	5600	8000	8400	9000	10200	7300
Plt (mm <sup>3</sup> )	157000	89000	31000	73000	89000	62000	57000	41000	27000	26000



**Şekil 1.** Acil peripartum histerektomi sonrası beyin tomografisi.

pansiyonu verilerek trombosit;  $50.000/\text{mm}^3$  ve Htc'nin %30 üzerine çıkarılması planlandı. Transfüzyon sonrası hastanın TA: 50/30 mmHg, KAH: 140/dk idi. Hastada batın distansiyonu gelişmesi üzerine acil operasyona alınarak eksploratris laparotomi uygulandı. Ameliyatta batın kompresleri konularak hemostaz sağlanmaya çalışıldı. Ancak hemostaz sağlanamadı. Ameliyat sonunda yeniden YBÜ'ye alınan hastaya destek tedavisine devam edildi. Kan gazında respiratuvar asidoz gelişti ve Horowitz ( $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$ )  $<200$  mmHg olması üzerine hastada ARDS tablosu geliştiği görüldü. Ventilasyon parametreleri  $\text{FIO}_2$ : %80, PEEP: 10  $\text{cmH}_2\text{O}$ , TV: 5 ml/kg olarak ayarlandı. Hemodinamik ve biyokimyasal parametreleri maksimum düzeyde desteklenen hasta YBÜ alınmasının 48. saatinde çoklu organ yetersizliği (MOF) nedeniyle kaybedildi.

## Tartışma

Obstetrik olguların çoğunda kanama ve kontrol edilemeyen hipertansiyon nedeniyle YBÜ'ye gereksinim olmaktadır. Bu nedenle sorunların çözümlenmesi için geliştirilen stratejiler, antenatal bakım ve multidisipliner yaklaşımın maternal morbidite ve mortaliteyi belirgin derecede azalttığı gösterilmiştir.<sup>[4,5]</sup>

Uterin atoni kanaması postpartum kanama etiyojisiinde; ilk sırada (%75–90) yer almakta olup, anormal plasentasyon, travma ve koagülasyon defektleri onu izlemektedir.<sup>[6]</sup> Birçok çalışmada etkeni atoni olan postpartum kanamalarda yeterli kan transfüzyonu yapılması gerektiği, buna rağmen kanaması devam eden hastalarda APH gerekebileceği bildirilmiştir.<sup>[5]</sup> Yamani Zamzami ve ark.<sup>[7]</sup> çalışmalarında uterin atoni kanamasının en sık APH endikasyonu olduğunu bildirmişlerdir.

Bai SW ve ark.<sup>[8]</sup> anormal plasentasyon ve uterin atoni kanamalarının en önemli APH endikasyonu olduğunu ve yeterli tranfüzyon yapılmasının komplikasyonları önleyeceğini bildirmişlerdir. Montufar-Rueda ve ark.<sup>[9]</sup> 10 aylık sürede 13 merkezde değerlendirdikleri postpartum hemoraji olgularında 218 hastadan sekiz anne ölümü görüldüğünü ve bunların yetersiz transfüzyona bağlı olduğunu bildirmişlerdir.

Erdemoğlu ve ark.<sup>[10]</sup> 11098 doğumdan çeşitli obstetrik nedenlerle acil histerektomi uygulanan 52 olgunun geriye dönük incelemesinde; plasental insersiyon anomalisi ve uterin rüptürlerde primer tedavi seçeneğinin histerektomi olduğunu ancak uterin atonide uterotonik ajanlar (oksitosin, meterjin ve prostoglandin), uterin masaj ve efektif kan replasmanı gibi konservatif yöntemlerden sonra histerektomi gerektiğini bildirmişlerdir.

Vietnam ve Kore savaşlarında transfüzyon ihtiyacı durumunda eritrosit süspansiyonu, taze donmuş plazma ve trombosit süspansiyonlarının 1:1:1 oranında kullanılması ve fibrinojen ile desteklenmesi gerektiği gösterilmiştir.<sup>[11]</sup> Bizim olgumuzda eritrosit/TDP: 2/1, trombosit süspansiyonu ise 1 Ü'nin trombosit sayısını  $5000/\text{mm}^3$  artırdığı hesap edilerek transfüzyon uygulaması planlanmıştır. Ayrıca fibrinojen düzeyini 200 mg/dl üzerine çıkaracak şekilde fibrinojen replasmanı yapılmıştır.

Olgumuzda atoni kanamasını azaltmak amacıyla uterotonik ajanlar, uterin masaj denemesi ve mevcut imkanlarla ES, TDP, Trombosit süspansiyonu ve fibrinojen replasmanı yapıldı. Ancak uygulamaların etkisiz olması üzerine APH uygulandı.

Riskli gebeleri, yeterli kan replasmanının sağlanabileceği ve yeterli uzman sayısına sahip merkezlere yönlendirmek gerekmektedir. Özellikle postpartum hemorajilerde diğer şiddetli kanamalara yapılan yaklaşımlar dışında fibrinojen verilmesi gerektiği bildirilmiştir.<sup>[12]</sup>

Olgumuzda da kan fibrinojen düzeyi bakılarak hastaya 4 gr/gün tek sefer uygulandı. Kan fibrinojen düzeyi normale getirildi.

Bir kısım yazarlar, APH önlenmesi için tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşım gerektiğini bildirmişlerdir.<sup>[13]</sup> Olgumuzda multidisipliner çalışılmış ancak APH yapılması önlenememiştir.

Tezcan ve ark.<sup>[14]</sup> ameliyat ettikleri 18 obstetrik olguda YBÜ'ye gereksinimde en sık görülen nedenlerin obstetrik kanama ve kontrol edilemeyen hipertansiyon olduğu, yoğun bakım uzmanlarının gebeliğin sık görülen ve mortalite morbiditesi yüksek bu komplikasyonlarına aşına olması gerektiği, maternal-fetal sonuçları iyileştirmek için erken tanı ve uygun tedavide obstetrisyenlerle işbirliği içinde olması gerektiğini bildirmişlerdir.

Olgumuzda hastaneye ulaşımında üç saatlik bir gecikme yaşanmış, hastaneye yatış sonrasında eklampsi nedeniyle acil olarak gebelik sonlandırılmıştır. Ancak sezaryen sonrası uterin atoni gelişmesi, uterotoniklerden (oksitosin, metilergonovin) ve kan transfüzyonlarından fayda görmemesi sonrasında histerektomi uygulanmıştır. DİK gelişimi, devam eden şok, ARDS ve ABY organ yetersizliği tablosunu ağırlaştırmıştır. Sonuçta hasta yoğun bakıma alınışının 48. saatinde MOF nedeniyle kaybedilmiştir.

Hastaya mevcut literatür bilgileri ve mevcut olanaklarımızla yapılması gerekenler yapılmış olduğundan mortalite ve morbiditenin azaltılması için yeni stratejiler ve tedavi yöntemleri geliştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

### Kaynaklar

1. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: a comparison of cesarean and postpar-

tum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2004;190:1440-4. [Crossref](#)

2. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert J. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: a case-control study. Obstet Gynecol 2003;102:141-5. [Crossref](#)
3. Saxena SV, Bagga R, Jain V, Gopalan S. Emergency peripartum hysterectomy. Int J Gynaecol Obstet 2004;85:172-3. [Crossref](#)
4. Çevik SA. Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular. Perinatoloji Dergisi 2011;19:118-22.
5. Kuczkowski KM. A review of current anesthetic concerns and concepts for cesarean hysterectomy. Curr Opin Obstet Gynecol 2011;23:401-7. [Crossref](#)
6. Dilek TUK. Postpartum kanama: Etiyoloji ve risk faktörleri. Perinatoloji Dergisi 2011;19:55-7.
7. Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. Arch Gynecol Obstet 2003;268:131-5. [Crossref](#)
8. Bai SW, Lee HJ, Cho JS, Park YW, Kim SK, Park KH. Peripartum hysterectomy and associated factors. J Reprod Med 2003;48:148-52.
9. Montufar-Rueda C, Rodriguez L, Jarquin JD, Barboza A, Bustillo MC, Marin F, et al. Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study. J Pregnancy 2013;2013:525914. [Crossref](#)
10. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. Dicle Tıp Dergisi 2006;33:227-30.
11. Onwuemene O, Green D, Keith L. Postpartum hemorrhage management in 2012: predicting the future. Int J Gynaecol Obstet 2012;119:3-5. [Crossref](#)
12. McLintock C, James AH. Obstetric hemorrhage. J Thromb Haemost 2011;9:1441-51. [Crossref](#)
13. Balki M, Dhumne S, Kasodekar S, Seaward G, Carvalho JC. Blood transfusion for primary postpartum hemorrhage: a tertiary care hospital review. J Obstet Gynaecol Can 2008;30:1002-7. [Crossref](#)
14. Keleş GT, Topçu İ, Kefi A, Ekici Z, Sakarya M. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. Fırat Tıp Dergisi 2006;11:62-5.