

# Inferior Epigastrik Ven Yaralanmasına Bağlı Gelişen Postpartum Kanama

Mehmet Baki Şentürk<sup>1</sup>, Hakan Güraslan<sup>2</sup>, Mesut Polat<sup>1</sup>, Ömer Birol Durukan<sup>1</sup>

## ÖZET:

**Inferior epigastrik ven yaralanmasına bağlı gelişen postpartum kanama**

**Amaç:** Postpartum kanama maternal mortalitenin önde gelen nedenlerindedir. Postpartum kanama genital organlardan çoğunlukla da uterin atoniden kaynaklanır ve nadiren genital organ dışındaki organlardan da kaynaklanabilir. Inferior epigastrik damarların yaralanmasına bağlı kanamalar postpartum kanamalara neden olabilir. Bu nadir bir durum olmasına rağmen morbidite hatta mortaliteye neden olabilir.

**Olgu:** Preeklampsi tanısı ile takip edilen ve sezeryan ile doğum yapan hastada Pfannenstiel insizyon sonrasında batın duvarının çekilmesine bağlı inferior epigastrik ven yaralanması sonrasında gelişen postpartum kanama olgusu sunulmaktadır.

**Sonuç:** Postpartum kanamadan şüphelenildiği zaman eğer genital organlara bağlı kanama yoksa diğer organlar dikkatli muayene edilmelidir. Özellikle de sezeryan olmuş olgularda insizyon bölgesi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Doğum sonrası kanama, morbidite, sezaryen

## ABSTRACT:

**Postpartum hemorrhage due to inferior epigastric vein injury**

**Objective:** Postpartum hemorrhage is one of the leading causes of maternal mortality. Postpartum hemorrhage originates from the genital organs primarily as uterine atonia, and although extremely rare, it may also originate from reasons other than the genital organs. Inferior epigastric vascular damage may be the origin of postpartum hemorrhage and despite its rarity, can cause morbidity and even mortality.

**Case:** We present a case, who is being followed up for severe pre-eclampsia in whom inferior epigastric venous injury occurred in relationship with blunt widening of a Pfannenstiel incision during caesarean section operation.

**Conclusion:** Although extremely rare, in cases thought to be postpartum hemorrhage, especially if there is no vaginal bleeding and the uterus has contracted, causes other than the pelvic organs must be suspected.

**Keywords:** Cesarean Section, morbidity, postpartum hemorrhage

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2016;50(1):90-2



<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Pediatrik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul - Türkiye  
<sup>2</sup>Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Mehmet Baki Şentürk,  
Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Pediatrik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail:  
dr.baki77@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
5 Eylül 2015 / September 5, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
10 Aralık 2015 / December 10, 2015

## GİRİŞ

Dünya çapında her yıl 14 milyon kişiye postpartum kanama tanısı konmakta ve 127 bin kişi postpartum kanamadan ötürü hayatını kaybetmektedir (1,2). Obstetrik kanamalar ve bu kanamalarla ilişkili olan komplikasyonlar ölümcül olabilirler, insidansı ise gerek dünyada gerekse Türkiye’de

bölgelere göre değişmektedir (3). Postpartum kanamanın en sık nedeni uterin atonidir fakat genital organların travmaları, plasental anomaliler ve kanama diatezi de nedenler arasında sayılabilir (4,5). Sezaryen sırasında inferior epigastrik damarların yaralanması son derece nadir olmasına rağmen, bu postpartum kanamalara sebep olabilir (6-8). Bu olgu sunumunda ise oldukça nadir olan

ve postpartum kanamaya neden olan iatrojenik epigastrik venöz yaralanma gösterilmektedir.

Bu olgu sunumunda ise oldukça nadir olan ve postpartum kanamaya neden olan iatrojenik epigastrik venöz yaralanma gösterilmektedir.

## OLGU

İlk gebeliği olan 24 yaşında ve 36. gebelik haftasında olan gebe preeklampsi tanısı ile takibe alındı. Vaginal dinoproston ile indüksiyon başlandı. İdrar analizinde 3 pozitif proteinüri olduğu görüldü ve yarım saatte bir yapılan kan basıncı takibi 170-100, 160-110 ve 160-90 mmHg olarak görüldü. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal idi, trombosit sayısı  $110.000/mm^3$  olduğu görüldü. Ayrıca hasta baş ağrısı ve göz kararması olduğunu ifade etti. Bu nedenle ağır preeklampsi tanısı konuldu. Alfa metil dopa ile antihipertansiyon tedavisi ve magnesium sülfat ile konvülsiyon profilaksisi başlandı. Hastadaki biyokimyasal değerler normal idi ve hemoglo-



Resim-1

bin değeri 11.5 mg/dl idi. Dört saatlik takip sonrasında kardiyotopografide tekrarlayan geç deselerasyonlar görülmesi üzerine akut fetal distres tanısı konularak sezaryen kararı alındı. Sezaryen ameliyatı klasik yöntem ile yapıldı. Cilt insizyonu sonrası rektus kılıfı açıldı ve batin boşluğuna künt yaklaşımla girilerek açıldı. İnsizyonun yeterince genişlemesi için iki yandan elle gerdirilerek açıldı. Sezaryen sonrasında 2680 gr 1. dakika apgar skoru 8 olan kız bebek doğurtuldu. Herhangi bir komplikasyon görülmedi ve batin kapatıldı. Postoperatif 4. saatte kan basıncı 80/40 mmHg olması üzerine hasta muayene edildi. Vajinal kanama yoktu ve uterus kontrakte idi. Ultrasonografik muayenede uterus önünde orta hatta 6 cm'lik kitle görüldü. Bakılan hemoglobin değeri 8 mg/dl olması üzerine intraabdominal kanama düşünülerek laparotomi kararı verildi. Laparotomide uterus kontrakte ve insizyon hattı temiz görüldü. Sol rektus kası altında dens hematoma görüldü (Resim-1). Rektus kası kaldırıldığında sol epigastrik venin yırtık olduğu görüldü. Hematom boşaltılıp hasıralı ven bağlandıktan sonra batin kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonu olmayan hasta 4. günde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Uterin atoni postpartum kanamanın en sık nedeni olup nerdeyse tüm postpartum kanamaların %70-80'inden sorumludur. Diğer nedenler arasında plasental retansiyon, genital kanal travması, koagülopatiler ve plasental invazyon anomalileri sayılabilir (9). İnferyör epigastrik arter yaralanmasına bağlı postpartum kanama oldukça nadirdir ve tanı koymak zor olabilir. Bu damarın yaralanmasına bağlı olan yoğun kanamalarda abdominal duvarda renk değişikliği olabilir fakat bu bulgu da son derece nadirdir ve özel bir klinik bulgusu da yoktur (6). Bu nedenle epigastrik damar yırtılmasına bağlı kanamaların tanısı kolaylıkla atlanabilir. Postpartum kanamaların olduğu olgularda eğer vaginal kanama yoksa, uterus kontrakte ise ve hasta sezaryen ile doğum yapmış ise düşünülmelidir (7). Obstetrik ultrasonografi tanıda yardımcı olabilir. Literatürde bildirilen olgularda genital organlarda kanama yoksa kanama odağını bulmak için selektif anjiyografi yapıldığı ve jel infüzyon ile tedavi

edildiği bildirilmektedir (6,7). Bu olguda hemoglobinin değerinde 3.5 mg/dl düşüş olduğu için intraperitoneal kanama olduğu düşünülerek acil laparotomi uygulanmıştır ve rectus kası altında vasküler yapıda yaralanma olduğu görülmüştür.

Bu olguda batin boşluğuna girilirken insizyonun genişletilmesi için künt disseksiyonun kullanılması venlerde yırtılmaya neden olmuş olabilir. Ayrıca magnezyum sülfatın kullanılması kaslarda gevşeme ve vasküler yapıların desteğinin azalarak travmaya daha açık hale gelmesine neden olmuş olabilir. Fakat arteriel yırtılma görülmedi. Literatürde arteriel yırtılmalara bağlı kanamaların şiddetli olduğu bildirilmiştir

(6,7). Venöz akım atretial akıma nazaran daha az olmasına rağmen ve rectus kası kompresyonuna rağmen bu olguda hematoma 6 cm'ye ulaşmıştı.

Nadir olarak postpartum kanama genital organ dışındaki organ ya da dokulardan kaynaklanabilir ve bu kanamalar hastanın hemodinamik parametrelerini olumsuz etkileyebilir. Literatürde bildirilen nadir olgular ışığında sezaryen sonrasında vaginal kanamanın olmadığı durumlarda kanamanın abdominal duvardan kaynaklanabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca sezaryen sırasında insizyonun genişletilmesi için künt disseksiyon nazik yapılmalı ve güç uygulanmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Reducing the global burden: postpartum haemorrhage. *Making Pregnancy Safer* 2007; 1: 1-8.
2. Prata N, Bell S, Weidert K. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. *Int J Womens Health* 2013; 5: 737-52. [CrossRef]
3. Senturk MB, Cakmak Y, Guraslan H, Dogan K. Emergency peripartum hysterectomy: 2-year experiences in non-tertiary center. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 292:1019-25. [CrossRef]
4. Ida A, Ito K, Kubota Y, Nosaka M, Kato H, Tsuji Y. Successful reduction of acute puerperal uterine inversion with the use of a bakri postpartum balloon. *Case Rep Obstet Gynecol* 2015; 424891. [CrossRef]
5. Gibbins KJ, Albright CM, Rouse DJ. Postpartum hemorrhage in the developed world: whither misoprostol? *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208: 181-3. [CrossRef]
6. Ko SF, Lin H, Ng SH, Lee TY, Wan YL. Postpartum hemorrhage with concurrent massive inferior epigastric artery bleeding after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 243-4. [CrossRef]
7. Ko SY, Park SW, Sohn IS, Lee JY, Kwon HS, Hwang HS, et al. Interventional management for complications following caesarean section. *Br J Radiol* 2011; 84: 204-9. [CrossRef]
8. Yalamanchili S, Harvey SM, Friedman A, Shams JN, Silberzweig JE. Transarterial embolization for inferior epigastric artery injury. *Vasc Endovascular Surg* 2008; 42: 489-93. [CrossRef]
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]