

Uterin Atonide Yeni Bir Cerrahi Teknik: 7 vakanın analizi

New Surgical Technique for Uterine Atony: Analysis of 7 Cases

¹Ali Acar, ²Refika Selimoğlu, ³Halime Göktepe, ¹M. Furkan Yılmaz

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Konya

²Beyhekim Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Konya

³Boğazlıyan Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yozgat

Özet

Bu çalışmada 7 uterin atoni kanamalı hastada kavite uyumlu sütür (KUS) (∞) uygulanmasını değerlendirmek amaçlanmıştır. Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde 7 uterin atonili vakada vicril 1 no sütür kullanılarak kavite uyumlu ∞ sütür atıldı. Doğum sonu uterin kanamalı normal doğum yapan 3 hasta ve sezaryan (CS) olan 4 hastada uterin atoni gelişti. Yedi hastanın üçünde plasenta fundal yerleşimli iken dördünde plasenta previa hali mevcuttu. Yedi hastada da kanama kontrolü sağlandı. Hastaların hiçbirinde komplikasyon izlenmedi. Hastalar ortalama 3.9 günde taburcu edildiler. Olgular yaklaşık 18-24 ay sonrasında normal menstrual sikluslarına ulaştılar. Uterin atoni ciddi morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Bu patolojide mortalite morbidite ve histerektomi oranı yüksektir. Yeni teknik ile 7 uterin atonili hastada etkin şekilde kanamanın durduğu gözlemlenmiştir. Ciddi bir komplikasyon görülmemiştir. Hiçbir hastaya histerektomi gerekmemiştir.

Anahtar kelimeler: Uterin atoni, yeni teknik, kavite uyumlu ∞ sütür

Abstract

We aim to evaluate the new cavity appropriate suture application in 7 patient with uterin atony (UA) in our clinic. We applied the new cavity appropriate suture in 7 patient with uterin atony via 1 no vicryl suture in Meram Medical School Hospital Department of Obs&Gyn. In 3 patients with normal vaginal delivery with postpartum hemorrhage and in 4 patients delivered by cesarian section atony occurred. In 3 patients of 7 the plasenta was fundus -lying ,in 4 of them it was plasenta previa. Bleeding control was done in all of them. There was no complications in any of them. Patients discharged on an average 3.95 days. Menstruation syclus restored on an average 18 -24 months in these patients. Uterin atony has a serious morbidity and mortality. In this pathology the risk of mortality, morbidity and hysterectomy is high. In 7 patients with uterin atony we observed the bleeding stopped with our new tecniq. We observed no serious complication. No patient underwent hysterectomy

Key words: uterin atony, new tecniq, cavity appropriate ∞ suture

GİRİŞ

Postpartum hemoraji (PH) insan nesli devam ettikçe tarih boyunca; risk faktörüne sahip olgularda daha sık görülen, fakat risk faktörü olmadan da her doğum yapan kadının ve doğum yaptıran doktorun başına gelebilecek acil bir durumdur. PH gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni olmakla beraber, İngiltere'de de 2003-2005 yılları arasında maternal ölümlerin en sık üçüncü nedeni olarak gösterilmiştir (1,2). Dünya çapında da her yıl maternal ölümlerin %25-30'undan PH sorumludur (3). Primer PH'nin de en sık nedeni olarak uterin atoni (UA) karşımıza çıkmaktadır (4-6). UA'ya yaklaşım öncelikle geniş damar yolunun açılması, idrar sondası takılması ile başlar. Uterin masaj, bimanuel uterin kompresyonla beraber oksitoksik ajanlar, volüm replasmanı (kristaloid ve gerekirse kan ürünleri ile) sağlanmaya çalışılır ki gelişebilecek bir koagülopati durumu tabloyu daha da ağırlaştırmasın. Sonrasında uterin tamponat, kompresyon sütürleri, gerekli vakalara embolizasyon veya hipogastrik arter ligasyonu uygulanır. En son ve istenmeyen müdahale ise histerektomidir. Histerektomiye kadar olan etkin medikal ve cerrahi müdahaleler ile son zamanlarda acil peripartum histerektomi oranları azalmıştır. Acil peripartum histerektomi oranı yaklaşık %0.020-%0.509 arasında bildirilmektedir (7). Acil peripartum histerektomi endikasyonları arasında en başlarda uterin atoni, anormal

plasentasyon, uterin rüptür gelmektedir. Sezaryan oranlarının artması, uterin atoniye histerektomi dışında cerrahi müdahalelerde bulunulması, bazı çalışmalarda anormal plasentasyon acil peripartum histerektominin önde gelen nedeni olarak gösterilmiştir. İleri anne yaşı, uterin sıkı, geçirilmiş sezaryan öyküsü anormal plasentasyon ile ilişkilendirilmiştir (7,8). 1997'de Christopher B-Lynch'in uterin atoniye histerektomi uygulamamak için uterusu sütürler attığını görmekteyiz ve bu teknik literatüre de B-Lynch tekniği olarak geçmiştir (9). Bu tekniğin ardından cerrahlar uterusu farklı sütürler atarak histerektomiye önlemeye çalışmışlardır (10-12). Bu çalışmada klasik yöntemlere cevap vermeyen 7 atoni hastasında uterusu atılan yeni bir tekniği ve sonuçlarını paylaştık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

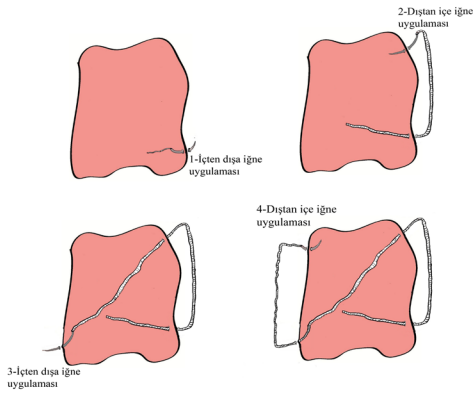
Hastaların demografik özellikleri; yaş, parite, gravida, gebelik haftaları ve doğum şekilleri kaydedildi. UA'ya eşlik eden durumlar belirlendi. Hastalara uygulanan cerrahi müdahaleler; yeni uterin sutur tekniği, gelişen komplikasyonlar değerlendirildi. UA'lı hastalara uterin masaj uygulandı ve oksitoksik medikal tedavi verildi. Sonrasında cevap alınmayanlara cerrahi müdahale uygulandı.

Yeni teknik hep aynı operatör (Dr. A.Acar) tarafından uygulandı. Yeni teknik sezaryen olan hastalara pfannensteil kesi aralığından uygulandı.

Yazışma Adresi: Ali Acar, N.E Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Konya

e-posta: mdaliacar@gmail.com

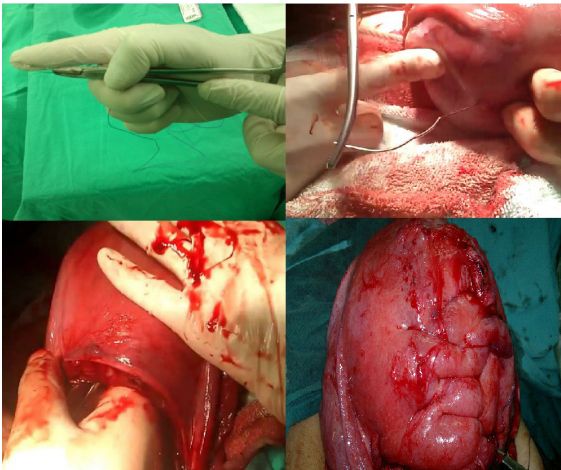
Geliş Tarihi: 01.04.2013 Yayına Kabul Tarihi: 30.04.2013



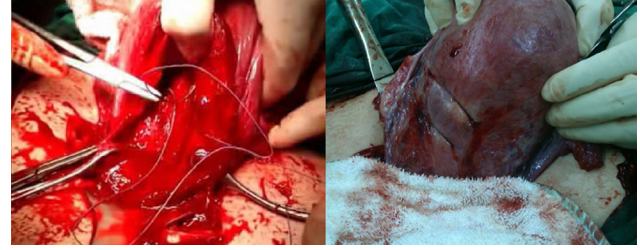
Şekil 1. Sütürün şematik anlatımı.(Bize bakan yüz uterus kavitesini göstermektedir)

Normal doğum sonu atoni gelişen hastalara laparotomi yapıldığında ayrıca pfannensteil kesi de yapılarak işlemde bu açıklık kullanıldı. Uterus batın dışına alındı. Uterusa sezaryan için atılan kesi yerinden plasentanın ayrılma alanı bulundu. 50mm lik ½ yuvarlak iğneli (pegasorb örgülü emilebilir iplik, Doğsan, Trabzon, Turkey) iğnenin ucu düzleştirilerek plasental alanın bitim yerinin bir ucundan uterus içinden uterus dışına çıkıldı. Plasental alanın bitim yerinin diğer ucundan aynı iğne ile tekrar uterus içine girildi (şekil 2). İlk çıkış noktasının çapraz olarak yaklaşık 3 cm yukarısından tekrar uterus dışına çıkıldı ve ilk suture paralel olacak şekilde ilk giriş noktasının yaklaşık 3 cm yukarısından tekrar uterus içine girildi. İlk çıkılan noktadaki ve son girilen noktadaki iplerin uçları uterus içinde düğüm yapılarak bağlandı (şekil 3, şekil 1).

Gereken hastalarda plasental alana aynı şekilde 2 veya 3 tane sütür atıldı. Kanama pfannensteil açıklığından değerlendirildi. İşlem ortalama



Şekil 2. İğnenin düzleştirilip fundal yerleşimli plasentanın bir ucundan parmak yardımı ile iğnenin uterus dışına çıkarılışı



Şekil 3. Aynı iğne ile karşı taraftan iğnenin tekrar içeri geçirilmesi ve suturun son halinin dıştan görünüşü

7 dakikada gerçekleştirildi. Rutin olmamakla birlikte bazı hastalara sütür sonrası pfannensteil kesiden girilerek histeroskopik gözlem yapıldı. Hastalar operasyon sonrası postoperatif bakım ünitesinde 30 dakika izlendi. Hastalara verilen kan ürünleri kaydedildi. İntraoperatif veya postoperatif dönemde gelişen komplikasyonlar, hastaların toplam hastanede kalma süresi tespit edildi.

İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri SPSS versiyon 13 ile değerlendirildi, ve sayısal değişkenler ort ±SD olarak ifade edildi.

BULGULAR

Doğum sonu uterin kanamalı normal doğum yapan 3 hasta ve sezaryan (CS) olan 4 hastada atoni kanaması mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması 28.8±2.3 (20-33) idi. 4 hasta (%57,1) primigravida da, 3 hasta (%42,9) multigravida idi (Tablo 1). Bir hastada preeklampsi (%14.2) mevcuttu. Ortalama gravida 3.8 (1-6), ortalama parite 2.9 (1-6) idi. Çalışma grubundaki hastaların ortalama gebelik haftası 36.5±2.1 (34-40) idi. Bu 7 hastanın üçünde (%42.9) plasenta fundal yerleşimli iken dördünde (%57.1) plasenta previa mevcuttu. Yedi hastada kanama kontrolü sağlandı (%100). Vaka başına uygulanan ortalama sütür sayısı 2.3±1.1 (1-5) idi. Operasyonlara ait ortalama kan kaybı 1650±950 cc (1000-5000) ve hastalara uygulanan transfüzyon 2-15 Ünite arasında idi. Ortalama operasyon süresi 65±10 dakika (50-110) idi. Postoperatif

Tablo 1. Çalışma grubunun genel özellikleri ve çalışma sonuçları

C/S (Sezaryan)	4 (%57,1)
NSD (normal doğum)	3 (%42,9)
Ortalama yaş	28.8±2.3 (20-33)
Ortalama gravite	3.8 (1-6),
Ortalama parite	2.9 (1-6)
Primipar gebe	4 hasta (%57,1)
Multipar gebe	3 hasta (%42,9)
Ortalama hastanede kalış süresi*	3.9 ±2.5 (3-7)
Ortalama transfüzyon hızı	4 ünite (2-15)
Ortalama operasyon süresi	65±10 min
Ortalama sütür sayısı/vaka	2.3±1.1
Ortalama kan kaybı	1650±950 cc

dönemde hastaların hiçbirinde komplikasyon izlenmedi. Hastalar ortalama 3.9±2.5 (3-7) günde taburcu edildiler. Olgular yaklaşık 18-24 ay sonrasında normal menstrual sikluslarına ulaştılar.

TARTIŞMA

UA maternal mortalite ve morbiditeye neden olan en önemli obstetrik acillerdendir. Öncesinde risk faktörleri (ileri yaş, geçirilmiş sezaryan öyküsü, doğum sonu kanama öyküsü, çoğul gebelik, polihidramnios, uzamış eylem, uterusun yorulması...) belirlense bile her zaman karşılaşılabilecek bir durumdur. Erken müdahale ile mortalite ve morbidite azalacaktır (2). Postpartum atonide medikal tedaviye cevap vermeyen vakalarda;uterin arter sütürasyonu,Lync sütürü,U sütürü,Çoklu kare sütürler kullanılmıştır.Normal doğum sonu atoni vakalarında ilk seçenek olarak balon,tekli ve çoklu foley sonda uygulaması yapılabilir (23). Uterin atoni tedavisinde uterin tamponatın cerrahi karşılığı olduğu düşünülen kompresyon sütürleri kullanıma girmiştir. İlk defa 1997 yılında, Lynch tarafından 5 vakada konulmuş ve kanamalar kontrol altına alınmıştır (9). Sonrasında farklı operatörler bu tekniği modifiye etmişler ve başarılı olmuşlardır. (11,13-15). Bu teknik Koh ve ark. tarafından atoni kanamalarında 7 vakada tek başına kullanılmış, 6'sında ek sütüre ihtiyaç olmazken,1 tanesinde kanamanın devamı üzerine histerektomi uygulanmıştır (6). Ouahba ve ark. 20 hastada uterusu modifiye kompresyon sütürü koymuşlar, %95 oranında kanamayı durdurmuşlardır (11). Sadece DİC gelişen 1 vakalarında başarı elde edememişlerdir.

Liratür incelendiğinde Woltmuth ve arkadaşları yaptıkları 22 vakalık bir seride B-lynch ile % 85 başarı oranı elde etmişlerdir (16). Mostafa ve ark. ise uterusu farklı bir şekilde kompresyon sağlayan, uterin kavite açılmaksızın, iğne sütürü tariflemişler ve 13 hastanın 12 tanesinde başarı elde etmişlerdir (17). Uterusa atılan kompresyon sütürleri plasental retansiyon veya koagülopati olgularında faydalı değildir. Fertilitiyi koruması ve bildirilen yüksek başarı oranları nedeni ile tercih edilirken, laparotomi gerektirmesi, uterin duvarda nekroz gelişimi, şişesi, pyometri bildirilen dezavantajları arasındadır (18,19). Çoklu kare sütürler şiddetli postpartum kanamada ve uterusu korumada etkili ve güvenli bulunmuştur. Bazı hastalarda orta ve şiddetli adezyonlar tespit edilmiştir.Adezyonlar histeroskopik müdahale ile ortadan kaldırılmıştır (24). Yeni tekniğimiz ise uterin kompresyon sütüründen çok plasental alan kompresyon sütürü gibidir. Aslında yapılan çalışmalar hipogastrik arter ligasyonunu(HAL)' başarı şansının %50-60 olduğunu savunurken; (20). Sziller ve ark.larının yayınında ise %50 başarı bildirilmiştir (21). Mathlouthi ve ark.larının yaptığı persite ve ağır obstetrik hemorajili 53 vakada ise HAL'nın başarısı %90,5 olarak bulunmuştur (22). HAL 'da pelvik anatomi iyi bilinmeli, ana veya external arter bağlanmamalıdır. Değilse akut iskemik bacak gelişecektir. Extraperitonda ureter de zedelenmemelidir. İliak ven hasarı da gelişebilecek bir komplikasyondur. Yeni teknikte ise plasenta mesaneye yakınsa veya plasenta increata varsa mesane zedelenmesi açısından dikkatli olunmalıdır.

Ülkemiz şartlarında ve dünyanın birçok ülkesinde anne ölümlerinin çoğu 1. ya da 2.basamak sağlık kuruluşlarında veya transport sırasında olmaktadır. 3.basamak sağlık kuruluşlarına (donanımlı Tıp Fakülteleri ve donanımlı eğitim hastaneleri) transport sırasında geçen zaman hayatı önem taşımaktadır. Bu sebepten dolayı ilk ve etkin müdahalenin doğumun yapıldığı yerde olması önemlidir. Bu sebeple bizim yöntemimiz ideal görünmektedir. Bu yöntemde sezaryanda kullanılan malzeme dışında malzemeye ihtiyaç yoktur. İşlem bir kadın doğum uzmanının rahatlıkla yapabileceği kolaylıktadır. Atonik utreuslarda fundusa ya da yakın çevreye ulaşmak daha da kolay olmaktadır. Atoni vakalarında ve p. previa vakalarında bu sütür tekniğinin etkili olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Henrich W, Surbek D, Kainer F, et al. Diagnosis and treatment of peripartum bleeding. J Perinat Med 2008; 36: 467-78.
2. Lewis G, ed. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer-2003-2005. The Seventh Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
3. Devine PC. Obstetric hemorrhage. Semin Perinatol 2009;33:76-81.
4. Dildy GA 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. Clin Obstet Gynecol 2002; 45:330.
5. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; 77:69.
6. Koh E, Devendra K, Tan LK B-Lynch suture for the treatment of uterine atony. Singapore Med J 2009;50(7):693-7.
7. Kwee A, Bots ML, Visser GH, et al. Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in The Netherlands.Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 124: 187-92.
8. Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, et al. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. Arch Gynecol Obstet 2006; 274: 84-7.
9. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:372-5
10. Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. Obstet Gynecol 2000;96:129-31.
11. Ouahba J, Piketty M, Huel C, et al. Uterine compression sutures for postpartum bleeding with uterine atony. BJOG 2007;114:619-22.
12. Zheng J, Xiong X, Ma Q, et al. A new uterine compression suture for postpartum haemorrhage with atony. BJOG 2011;118:370-4.
13. Pereira A, Nunes F, Pedroso S, et al. Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony. Obstet Gynecol 2005;106:569-72.
14. Nelson GS, Birch C. Compression sutures for uterine atony and hemorrhage following cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet 2006; 92:248-50.
15. Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures:surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2002;99:502-6
16. Wohlmut C, Gumbs J, Quebral-Ivie J. B-Lynch suture, a case series. Int J Fertil Womens Med 2005;50:164-73.
17. Mostfa AA, Zaitoun MM. Safety pin suture for management of atonic postpartum hemorrhage. ISRN Obstet Gynecol. 2012;2012:405795. Epub 2012;5.
18. Doumouchtsis SK, Papageoghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage:what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv 2007; 62: 540-7.
19. Wu H-H, Yeh G-P. Uterine cavity synechiae after hemostatic square suturing technique. Obstetrics Gynecology 2005;105(5):1176-8.
20. Clark SL, Phelan JP, Yeh SY, et al. Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1985;66:353-6.
21. Sziller I, Hupuczki P, Papp Z. Hypogastric artery ligation for severe hemorrhage in obstetric patients. J Perinat Med 2007;35(3):187-92.
22. Mathlouthi N, Ben Ayed B, Dhoubi M, et al. Ligation of internal iliac arteries for severe hemorrhage in obstetric. Tunis Med 2012;90(3):248-52
23. Royal Collage of Obstetricians and Gynecologist.Prevention and management of postpartum haemorrhage.Setting standarts to improve women's health. Green-Top Guideline 2009;52:1-24
24. Alouini S, Coly S, Mégier P, Lemaire B, Mesnard L, Desroches A. Multiple square sutures for postpartum hemorrhage: results Am J Obstet Gynecol 2011;205:335.