



Kahramanmaraş il merkezinde son iki yılda yapılan peripartum histerektomi olgularının değerlendirilmesi

Önder Ercan¹, Bülent Köstü¹, Güven Arslan¹, Murat Bakacak¹, Alev Özer¹, Hasan Eroğlu²

¹Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş

²Kabramanmaraş Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kabramanmaraş

Özet

Amaç: Peripartum histerektomi (PH) olgularının insidansını, endikasyonlarını ve risk faktörlerini saptamaktır.

Yöntem: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Devlet Hastanesinde 2013 Haziran ile 2015 Haziran tarihleri arasında yapılan 25 PH olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Peripartum histerektomi insidansı 1000 doğumda 1.1 olarak saptandı. Olguların 22'sine plasenta akreta nedeniyle total histerektomi, üçüne ise atoni nedeniyle subtotal histerektomi yapıldı. Plasenta akreta olgularının tamamında plasenta previa ile birlikte en az bir kez geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu. Maternal mortalite 2 (%8), üriner trakt hasarı 6 (%24) hastada saptandı. Tüm olgularda kan transfüzyonuna gereksinim duyulduğu saptandı.

Sonuç: Obstetrik hemorajiler hayatı tehdit eden klinik bir durumdur. PH ise hayat kurtarıcı bir prosedür olarak uygulanmaktadır. Özellikle plasenta previa olgularında daha önce geçirilmiş sezaryen öyküsü varsa plasental invazyon anomalisi olabileceği akıld tutulmalı ve PH yapılabilecek tersiyer bir merkezde yeterli kan ve kan ürünleri hazırlığı yapılarak operasyon gerçekleştirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Peripartum histerektomi, sezaryen, plasenta akreta.

Abstract: Assessment of the cases undergone peripartum hysterectomy in Kahramanmaraş city center in the last two years

Objective: The aim of this target is to determine the incidence, indications and risk factors of peripartum hysterectomy (PH) cases.

Methods: Twenty-five PH cases carried out between June 2013 and June 2015 in the Faculty Hospital of Medicine of Kahramanmaraş Sütçü İmam University and State Hospital were evaluated retrospectively.

Results: Peripartum hysterectomy incidence was found as 1.1 per 1000 deliveries. Total hysterectomy was performed in 22 of the cases due to placenta accreta and subtotal hysterectomy was performed in 3 cases due to atony. All of the placenta accreta cases had at least one previous cesarean section as well as placenta previa. Maternal mortality was identified in 2 (8%) cases and urinary tract injury was identified in 6 (24%) cases. It was found that blood transfusion was required in all cases.

Conclusion: Obstetric hemorrhages are life-threatening clinical conditions. PH is applied as a life-saving procedure. Placental invasion anomaly should be kept in mind if there is previous cesarean section history especially in placenta previa cases, and the operation should be carried out by preparing sufficient blood and blood products in a tertiary center capable of performing PH.

Keywords: Peripartum hysterectomy, cesarean section, placenta accreta.

Giriş

Obstetrik hemorajiler dünya genelinde maternal mortalitenin en önemli nedenlerindedir. Konservatif medikal ve cerrahi tedavi seçeneklerindeki gelişmelere rağmen peripartum histerektomi (PH) hayat kurtarıcı

bir cerrahi prosedür olarak uygulanmaktadır.^[1] Peripartum histerektomi ilk kez 19. yüzyıl sonlarında maternal mortaliteyi önlemek için önerilmiş ve ilk başarılı operasyon 1876 yılında uygulanmıştır.^[2] Acil peripartum histerektomi (APH); doğumu takip eden ilk 24 saat

Yazışma adresi: Dr. Önder Ercan, K.marş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı, K.marş. e-posta: onderdrercan@hotmail.com

Geliş tarihi: Temmuz 23, 2015; **Kabul tarihi:** Kasım 10, 2015

Bu yazının atfı künyesi: Ercan Ö, Köstü B, Arslan G, Bakacak M, Özer A, Eroğlu H.

Assessment of the cases undergone peripartum hysterectomy in Kahramanmaraş city center in the last two years. Perinatal Journal 2015;23(3):170-174.

©2015 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20150233008
doi:10.2399/prn.15.0233008
Karekod (Quick Response) Code:



içinde medikal önlemlerle kontrol altına alınamayan kanamalara bağlı yapılan histerektomileri tanımlamaktadır.^[3] PH insidansı İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde 1000 doğumda 0.4 civarında iken, Nijerya ve Kuzey Afrika gibi geri kalmış ülke ve bölgelerde 1000 doğumda 5 civarındadır.^[4-6]

Peripartum histerektomi; uterin atoni, uterin rüptür, plasental patolojiler, infeksiyonlar ve sezaryen esnasında meydana gelen laserasyonlara bağlı oluşan inatçı obstetrik hemorajilerde uygulanmaktadır.

Geçmişte PH en sık uterin atoni ve rüptür nedeniyle yapılmaktaydı. Ancak özellikle son iki dekatta artan plasenta akreta olguları PH'nin en sık nedeni olmaya başlamıştır.^[7-9]

Bu çalışmada PH olgularının insidansının, endikasyonlarının, risk faktörlerinin ve komplikasyonlarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada, 2013 Haziran ile 2015 Haziran tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Kahramanmaraş Kadın-Doğum Hastanesinde yapılan 25 PH olgusu retrospektif olarak analiz edildi.

Demografik özellikler olarak anne yaşı, gravide, parite, önceki sezaryen öyküsü, gebelik haftası kaydedildi. Klinik özellikler olarak doğum şekli, histerektominin tipi ve endikasyonları, komplikasyonlar, postoperatif maternal sonuçlar ve kan transfüzyon ihtiyacı belirlendi.

Bulgular

Ortalama hasta yaşı 33.72 ± 4.53 , gravide 4.71 ± 1.32 , parite 3.44 ± 1.16 ve gebelik haftası 37.18 ± 2.73 olup histerektomi yapılan hastaların tamamı multipardı (**Tablo 1**). Çalışmanın yapıldığı 2 yıl boyunca Kahramanmaraş il merkezindeki 2 hastanede meydana gelen toplam 21.214 doğumda 25 PH olgusu tespit edilmiştir. Bu doğumların 2880'i Üniversite Hastanesinde, 18.334'ü ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde gerçekleşmiştir. Peripartum histerektomi olgularının 21'i üniversite hastanesinde yapılmış olup bu olguların tümünde endikasyon plasenta akreta idi. Bu olguların 5'inde (%24) antepartum yoğun kanama nedeniyle APH uygulanırken 16'sında (%76) planlı sezaryeni takiben histerektomiye geçilmiştir. Diğer 4 histerektomi olgusu-

nun üçünde atoni, birinde ise plasenta akreta endikasyonu ile Devlet Hastanesinde APH yapılmıştır. Çalışmamızda PH insidansı 1000 doğumda 1.1 olarak saptanmıştır.

Plasenta akreta nedeniyle PH yapılan hastaların tamamında geçirilmiş sezaryenle doğum (SD) öyküsü mevcuttu. Bu olguların üçünde bir kez SD öyküsü varken geriye kalan 19 hastada 2 veya daha fazla SD öyküsü saptandı. Uterin atoni endikasyonu ile histerektomi yapılan 3 olgunun ikisinde SD sonrası, birinde ise vajinal doğumu takiben histerektomi uygulanmıştır. Histerektomi tipi; plasenta akreta endikasyonlu olguların tamamında total, uterin atoni endikasyonlu olgularda ise subtotal olarak tespit edilmiştir (**Tablo 2**). PH yapılan hastaların preoperatif ve postoperatif hemoglobin değerleri, hastanede kalış süreleri, transfüzyonu yapılan kan ve kan ürünleri miktarı **Tablo 2**'de verilmiştir. PH olgularındaki komplikasyonlar ise **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Tartışma

Peripartum histerektomi, konservatif medikal ve cerrahi yöntemlerle kontrol altına alınamayan obstetrik kanamalarda hayat kurtarıcı son adımdır. Sezaryen sonrası histerektomi (sezaryen histerektomi) ve vajinal doğum sonrası histerektomi (postpartum histerektomi) olarak ikiye ayrılır. Çalışmamızda 24 (%96) hastaya sezaryen histerektomi, 1 (%4) hastaya ise postpartum histerektomi yapılmıştır. Sezaryen histerektomi yapılan olguların tamamında endikasyon plasenta akretaydı. Sezaryen histerektomi oranının, APH ile ilgili ülkemizde daha önce yapılan yayınlara göre daha yüksek olduğu görüldü.^[10,11] Bu yükseklik son yıllarda plasenta akreta olgularındaki hızlı artışa bağlanabilir.

Acil peripartum histerektomi oranları farklı ülkelerde 1000 doğumda 0.2 ile 2.7 arasında değişmektedir.^[12,13] Çalışmamızda APH oranı üniversite hastanesinde 1000 doğumda 7.2 (21/2880) olarak yüksek bulunmuştur. Ancak üniversite hastanesinin refere tersiyer bir merkez olması ve özellikle plasenta akreta gibi mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu hastaların dışarıdan hastanemize refere edilmesi nedeniyle bu oranların yüksekliği açıklanabilir. Ayrıca üniversite ve devlet hastanesi birlikte değerlendirildiğinde APH oranları literatürle uyumlu olarak 1000 doğumda 1.1 olarak bulundu.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri.

| | Ortalama±SS | En küçük – En büyük |
|-----------------|-------------|---------------------|
| Yaş | 33.72±4.53 | 24–39 |
| Gravida | 4.71±1.32 | 2–9 |
| Parite | 3.44±1.16 | 2–7 |
| Gebelik haftası | 37.18±2.73 | 28.4–40.5 |

SS: Standart sapma

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri.

| | |
|---|------------|
| Doğum sayısı | 21.214 |
| Acil peripartum histerektomi sayısı | 25 |
| Plasenta akreta | 22 |
| Uterin atoni | 3 |
| Geçirilmiş sezaryen öyküsü | |
| Plasenta akreta | 22 |
| Bir sezaryen öyküsü | 3 |
| >2 sezaryen öyküsü | 19 |
| Uterin atoni | 3 |
| Sezaryen ile doğum | 2 |
| Vajinal doğum | 1 |
| Histerektomi tipi | |
| Total | 22 |
| Subtotal | 3 |
| Hemogloblin (g/dL)* | |
| Preoperatif | 8.6±2.0 |
| Postoperatif | 6.7±1.3 |
| Kan transfüzyonu (ünite)* | 5.0±2.8 |
| Hastanede kalış süresi (gün) [†] | 5.8 (4–10) |

*Ortalama±standart sapma

[†]Ortalama (En küçük – En büyük)**Tablo 3.** Komplikasyonlar.

| | Hasta sayısı | % |
|--------------------------------|--------------|-----|
| Ateş | 3 | 12 |
| Mesane yaralanması | 6 | 24 |
| Maternal mortalite | 2 | 8 |
| Neonatal mortalite | 3 | 12 |
| Yoğun bakım ünitesine transfer | 17 | 68 |
| Yara yeri enfeksiyonu | 4 | 16 |
| Kan ve kan ürünü transfüzyonu | 25 | 100 |

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obstetrisyenler tarafından en sık uygulanan cerrahi prosedür sezaryendir. Çalışmamızda olguların 22'sinde (%88) en az bir kez geçirilmiş SD öyküsü mevcuttu. Yapılan bir çalışmada daha önce en az bir kez geçirilmiş SD öyküsünün,

APH riskini 11 kat artırdığı bildirilmiştir.^[1] Ayrıca çeşitli çalışmalarda, geçirilmiş sezaryen sayısı arttıkça plasenta akreta gibi plasental invazyon anomalilerinde 18 ile 110 kata varan artışlar olduğu rapor edilmiştir.^[14,15] Bu nedenlerden dolayı APH olgularında plasental invazyon anomalilerinin görülme sıklığı %45–73, atoni sıklığı ise %20–43 arasında değişmektedir.^[13] Yine çalışmalarda plasenta previa ile birlikte geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü varsa histerektomi riski %16 iken, geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü yoksa histerektomi riski %3'e düşmektedir.^[8]

Bizim çalışmamızda 25 PH olgusunda literatürle uyumlu olarak en sık endikasyon plasenta akreta (%88) olup ikinci sıklıkla ise uterin atoni (%12) görülmektedir. Plasenta akreta olgularının tamamında plasenta previa ve öncesinde en az bir kez geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu. Bu çalışmada literatüre oranla atoniye bağlı APH olgularının oranının az olması ve hatta üniversite hastanesinde atoniye bağlı APH görülmesi, konservatif medikal ve cerrahi tedavilerin yanı sıra uterin tamponad sağlayan balon sistemlerini liberal olarak kullanmamıza bağlı olabilir. ACOG önerilerinde atoniye bağlı postpartum kanamalarda öncelikle uterotonikler ile medikal tedavi önerilmektedir. Medikal tedavi başarısız olursa ardından bilateral uterin arter ve uteroovarian arterlerin bağlanması ve kompresyon sütürleri önerilmektedir. Ancak plasenta akreta gibi plasental invazyon anomalisi varlığında vakit kaybetmeden hayat kurtarıcı bir prosedür olan histerektominin yapılabileceği belirtilmektedir.^[16]

Çalışmamızda olguların %88'ine total histerektomi uygulanırken %12'sine subtotal histerektomi yapılmıştır. Total histerektomi yapılan hastaların tamamında plasenta previa ve plasenta akreta mevcuttu. Bu olgularda umbilikal kordun klempenmesi sonrasında serozada damarlanma artışı gibi plasental invazyon anomalisini gösteren belirteçler aranmıştır. Herhangi bir belirteç tespit edildiğinde uterin insiyon kapatılarak histerektomiye geçilmiştir. Belirteç saptanamadığında ve plasental ayrılma sağlanamadığında yine histerektomiye geçilmiştir. Atoni nedeniyle APH yapılan hastalarda ise konservatif medikal ve cerrahi tedavilerin başarısız olması nedeniyle subtotal histerektomi uygulanmıştır. Literatürde peripartum histerektomilerde hangi histerektomi tipinin uygulanması gerektiği tartışmalı olmakla birlikte obstetrik kanamalarda uterin arterin servikal dalından oluşabilecek kanamadan kaçınmak için total histerektomi öneren yayınlar mevcuttur.^[17,18]

Lau ve ark.^[19] obstetrik kanama nedeniyle total histerektomi yapılan hastalarda üriner trakt yaralanmalarının %25 oranında görüldüğünü ancak subtotal yapılan grupta bu oranın %12.5 olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da üriner trakt yaralanması %24 oranında görülmüş olup bunların tamamı total histerektomi grubunda meydana gelmiştir.

Obstetrik kanamalarda maternal mortalite oranları yüksektir. Türkiye’den yapılan ve doğu bölgesindeki doğumların retrospektif incelendiği Zeteroğlu ve ark.^[20] çalışmasında, APH olgularında maternal mortalite oranı %16.7 olarak bulunmuştur. Knight’in^[6] İngiltere’deki doğumları inceleyen retrospektif çalışmasında maternal mortalite oranı %0.6 olarak saptanmıştır. Umezurike ve ark.’nın^[4] Nijerya’nın güneydoğusunu inceleyen çalışmasında maternal mortalite %23.8 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda ise 2 (%8) hastada maternal mortalite izlenmiştir.

Acil peripartum histerektomi olgularında diğer bir önemli konu ise çok miktarda kan kaybı olması ve bu yüzden plasenta previa ile birlikte geçirilmiş sezaryen öyküsü olan hastalar gibi öngörülebilir hastalarda uygun ve yeterli kan ve kan ürünleri hazırlığının yapılmasıdır. Chawla ve ark.,^[21] 56 APH olgusunu inceledikleri çalışmalarında ortalama kan kaybını 2000–2500 mL, ortalama eritrosit transfüzyon ihtiyacını ise 4–6 ünite olarak saptamışlardır. Çalışmamızda ortalama eritrosit ihtiyacı 4.8 ünite olarak bulunmuştur. Sherman ve ark.’nın^[22] çalışmasında ise APH yapılan hastalarda kan transfüzyon ihtiyacının %100 olduğu değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu olarak hastaların tamamında kan transfüzyon ihtiyacı olmuştur.

Bu çalışmanın önemli limitasyonları retrospektif olarak tasarlanması ve olgu sayısının az olmasıdır. Bu konuyla ilgili daha geniş olgu serileriyle prospektif olarak tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Peripartum histerektomi, anne hayatını tehdit eden şiddetli obstetrik kanamalarda hayat kurtarıcı bir prosedür olarak uygulanmaktadır. Plasenta previa ile birlikte geçirilmiş sezaryen öyküsü olan hastalar PH için en riskli hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu yüzden böyle hastaların doğumları yeterli kan ve kan ürünlerinin sağlanabileceği ve deneyimli cerrahların olduğu tersiyer merkezlerde sağlanmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Selo-Ojeme DO, Bhattacharjee P, Izuwa-Njoku NF, Kadir RA. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:154–9.
2. Sturdee DW, Rushton DI. Cesarean and post-partum hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;93:270–4.
3. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99:971–5.
4. Umezurike CC, Fevi-Waboso PA, Adisa CA. Peripartum hysterectomy in Aba southern Nigeria. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:580–2.
5. Sebitloane MH, Moodley J. Emergency peripartum hysterectomy. *East Afr Med J* 2001;78:70–4.
6. Knight M; UKOSS. Peripartum hysterectomy in UK: management and outcome of the associated haemorrhage. *BJOG* 2007;114:1380–7.
7. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa–placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210–4.
8. Kwee A, Bots ML, Visser GHA, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:187–92.
9. Erman Akar M, Saygılı Yılmaz E, Yuksel B, Yılmaz Z. Emergency peripartum hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113:178–81.
10. Yalinkaya A, Guzel AI, Kangal K. Emergency peripartum hysterectomy: 16-year experience of a medical hospital. *J Chin Med Assoc* 2010;73:360–3.
11. Tapisiz OL, Altınbas SK, Yirci B, Cenksoy P, Kaya AE, Dede S, et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Ankara, Turkey: a 5-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2012;286:1131–4.
12. Bakshi S, Meyer BA. Indication for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five-year review. *J Reprod Med* 2000;45:733–7.
13. Machado LSM. Emergency peripartum hysterectomy: incidence, indications, risk factors and outcome. *N Am J Med Sci* 2011;3:358–61.
14. Turner MJ. Peripartum hysterectomy: an evolving picture. *Int J Gynecol Obstet* 2010;109:9–11.
15. Lone F, Sultan AH, Thakar R, Beggs A. Risk factors and management patterns for emergency obstetric hysterectomy over 2 decades. *Int J Gynecol Obstet* 2010;109:12–5.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006;108:1039–47.
17. Chanrachakul B, Chaturachinda K, Phuapradit W, Rongsiyaparn R. Cesarean and postpartum hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 1996;54:109–13.

18. Eltabbakh GH, Watson JD. Postpartum hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;50:257–62.
19. Lau WC, Fung HYM, Rogers MS. Ten-year experience of cesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74: 133–7.
20. Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M. Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;120:57–62.
21. Chawla J, Arora D, Paul M, Ajmani SN. Emergency obstetric hysterectomy: a retrospective study from a teaching hospital in North India over eight years. *Oman Med J* 2015;30: 181–6.
22. Sherman SJ, Greenspoon JS, Nelson JM, Paul RH. Obstetrics hemorrhage and blood utilization. *J Reprod Med* 1993;38:929–34.