



Obstetrik bir acil durum: Vulvovajinal hematoma – Dört yıllık sonuçlarımız

Özlem Yörük, Ayşegül Öksüzoğlu, Elif Gül Yapar Eyi, Burcu Kısa Karakaya, Necati Hançerlioğlu

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Özet

Amaç: Vajinal doğum sonrası vulvovajinal hematomlar az rastlanan ancak yaşamı tehdit edebilen komplikasyonlardır. Hematomlar sıklıkla episiotomi ya da operatif doğum ile ilişkilendirilir-se de insizyon ya da laserasyon olmaksızın da psödoanevrizma, travmatik arteriovenöz fistüle bağlı olarak da görülebilir.

Yöntem: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2010-2013 yılları arasında vulvovajinal hematoma nedeni ile müdahale edilen 52 olgunun demografik, obstetrik verileri, semptom ve muayene bulguları, hematolojik ve biokimyasal parametreleri, vajinal hematoma gelişmemiş 52 vajinal doğuma ait bulgular ile karşılaştırıldı. Doğum salonu çalışma dönemleri, personel ile uyum ve vardiyalar ile ilişkileri gözden geçirilerek maliyet analizleri çıkarıldı.

Bulgular: Toplam 31.163 vajinal doğumda, hepsi infraleveator olan 52 olgu ile, vulvovajinal hematoma insidansı %0.16 olarak bulundu. Vulvovajinal hematoma bütün hastaların farmakolojik indüksiyon aldığı, 37'sinin doğumunun episiotomi ile gerçekleştiği, hastaların %23'ünde eylem ve doğum sırasında personel ile uyum sorununun dosya kayıtlarında yer aldığı belirlendi. Hematom gelişen hastaların ilk bulgularının vulvada ve perinede ağrı olduğu ve 31 hastada (%59.6) doğumdan sonra ilk 6 saat içinde hematomun tespit edildiği görüldü. 37 hastada (%71.2) transfüzyon gerektiği ve bu hastaların 35'ine (%96.2) iki ve üzeri eritrosit süspanسیون transfüzyonu uygulandığı görüldü. Dosya bilgilerinin değerlendirilmesinden, olguların hepsinde genel anestezi altında, hematoma alanının açılarak kanama odağının belirlenmeye çalışıldığı, bir hastada laparotomiye geçildiği anlaşıldı. Maliyet ve hastanede kalış süresinin anlamlı olarak arttığı belirlendi.

Sonuç: Vulvovajinal hematomun erken tanısı, doğumda dikkatli doğum kanalı kontrolü yanında doğum sonrası vulvar ve perineal ağrı yakınmalarında hemen ve tekrar dikkatli muayene ile konur. Doğum eylemi indüksiyonu, mutlak endikasyonlarda uygulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Obstetrik acil, vulvovajinal hematoma.

Abstract: An obstetric emergency case: vulvovaginal hematoma – our four-year results

Objective: Vulvovaginal hematomas after vaginal delivery are rare but among the life-threatening complications. Though hematomas are related with episiotomy or operative delivery, those may occur in the absence of incision or laceration due to pseudoaneurysm or traumatic arteriovenous fistula.

Methods: Demographic and obstetric data, symptom and examination findings, hematologic and biochemical parameters and findings of 52 vaginal deliveries without vaginal hematoma were compared in 52 cases who were intervened due to vulvovaginal hematoma between 2010 and 2013 at Zekai Tahir Burak Maternal Health Training and Research Hospital. Cost analyses were calculated by reviewing delivery room work periods, compliance with personnel and relationship with shifts.

Results: In a total of 31,163 vaginal deliveries, incidence of vulvovaginal hematoma was found to be 0.16% with 52 cases that were all infraleveator. Moreover, all patients with vulvovaginal hematoma had pharmacological induction, 37 of the women were delivered with episiotomy and 13 women (23%) had compliance problem with personnel during labor and delivery. The initial symptoms of the developing hematoma were pain in vulva and perineal region. Hematoma was detected in 31 patients (59.6%) within the first 6 hours after delivery. Transfusion was needed in 37 patients (71.2%) and 35 of them (96.2%) were applied two and more erythrocyte suspension transfusion. It was understood from the medical records that it was tried to determine bleeding focus by opening hematoma area in all cases during general anesthesia, and laparotomy was performed afterwards in one patient. Hospital cost and duration of hospitalization were found to be increased significantly.

Conclusion: Early diagnosis of vulvovaginal hematoma is established by meticulous check of birth canal during delivery and by a meticulous examination again immediately in vulvar and perineal pain complains after delivery. Labor induction should be practiced in absolute indications.

Keywords: Obstetric emergency, vulvovaginal hematoma.

Yazışma adresi: Dr. Özlem Yörük, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara. e-posta: ozlemese@gmail.com

Geliş tarihi: 17 Mart 2016; **Kabul tarihi:** 30 Mayıs 2016

Bu yazının atf künyesi: Yörük Ö, Öksüzoğlu A, Yapar Eyi EG, Kısa Karakaya B, Hançerlioğlu N. An obstetric emergency case: vulvovaginal hematoma – our four-year results. Perinatal Journal 2016;24(2):72-76.

©2016 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20160242003
doi:10.2399/prn.16.0242003
Karekod (Quick Response) Code:



deomed®

Giriş

Puerperal vulvovajinal hematomlar, insidansı 1/300 ile 1/1500 arasında değişen ve yaşamı tehdit edebilen obstetrik acillerdendir.^[1,2] Gebelikte uterus, vajina ve vulvada vaskülarite artmıştır. Dolayısıyla doğum sırasında oluşacak travmalar kolaylıkla hematoma oluşmasına yol açabilir. Postpartum vulvovajinal hematomların gelişmesindeki risk faktörleri; nulliparite, epizyotomi, vakum forseps uygulamaları, makat doğumlar, 4000 gramın üstünde bebek doğumu, preeklampsi, doğumun II. evresinin uzaması, belirgin vulvar variköz damarlar ve koagülopatilerdir.^[3-5] Postpartum vulvovajinal hematomlar insizyon ya da laserasyon olmaksızın da psödoanevrizma, travmatik arteriovenöz fistül nedeni ile de görülebilir.^[6] Anne ölümleri ve ölümün kıyasından dönen anneler ile de ilişkilendirilen ağır morbidite/mortalite nedeni olarak da literatürde yer almaktadır.^[7]

Yöntem

2010–2013 yılları arasında retrospektif, kesitsel olgu kontrollü çalışma planlanarak kayıtlı 52 postpartum vulvovajinal hematoma vakasının dosyalarına ulaşılarak, aynı dönem içinde bilgisayardan randomize seçilen 52 vajinal doğum karşılaştırıldı. Bu çalışma için Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul 7'den çalışma onayı alındı.

Hastaların demografik özellikleri belirlendi. Doğum eylemi için 4 cm servikal açıklık ve %70 silinmeden tam açıklık olan süreye kadar olan dönem, evre I; tam açıklıktan doğumun gerçekleştiği döneme kadar geçen süre evre II olarak kabul edildi. Doğumda epizyotomi, forseps, vakum uygulamalarının olup olmadığı, eylem ve doğum sırasında gebenin personel ile uyum zorluğunun bulunup bulunmadığı kayıt edildi. Hastanemizde doğum eylemi sırasında kooperasyon ve uyum sıkıntısı yaşanan her hasta psikolog tarafından görülmekte ve dosyasına not konulmaktadır. Yenidoğan ağırlığı kayıt edildi. Hastanemizde doğum hizmeti 365 gün, 24 saat ve kesintisiz, sekizer saatlik vardiyalar halinde düzenlendiğinden doğumların gerçekleştiği saatler 08:00–16:00, 16:00–00:00 ve 00:00–08:00 saatleri arasında olmak üzere üç gruba ayrılarak değerlendirildi. Ayrıca doğumların hafta içi ya da hafta sonu gerçekleşme durumu kayıt edildi. Hematomun ilk fark edilme bulgusu, doğumdan tespit edilinceye kadar geçen zaman ile ortalama büyüklüğü kayıtlara geçirildi. Hematom gelişen hastalarda ilk kabul hemoglobini değeri ile hematomun saptandığı andaki he-

moglobini değeri arasındaki fark kayıt edildi. Yapılan kan tranfüzyonu miktarı ile toplam hastanede kalış süresi ve gelişen komplikasyonlarla hasta başına maliyeti hesaplandı.

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS for Windows 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) paket programında yapıldı. Değerlendirmelerde; ölçümle belirtilen değişkenler için normal dağılan iki kategorili durumlarda karşılaştırmalarda bağımsız örneklerde t testi, ikiden fazla kategorili durumlarda tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni testi, normal dağılmayan değişkenler için iki kategorili durumlarda Mann-Whitney U testi, ikiden çok kategorili durumlarda Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi, nitel değişkenler için karşılaştırmalarda ki-kare testi, ölçümle belirtilen değişkenler arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla Pearson ve Spearman rank korelasyon analizleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı değer olarak, kategorik veriler için frekans ve yüzdeler, normal dağılan ölçümle belirtilen değişkenler için aritmetik ortalama±standart sapma, normal dağılmayanlar için medyan (minimum–maksimum) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

2010–2013 yılları arasında 31.163 vajinal doğumda 52 vulvovajinal hematoma olgusu ile insidans %0.16 olarak bulundu. Her iki grubun yaş gravida parite, evre I ve evre II'de süre, epizyotomi varlığı, bebek doğum ağırlığı ve hastanede kalış süreleri **Tablo 1**'de özetlenmiştir. Hiçbir gebede vakum ve forseps uygulanmadığı görüldü. Hematom gelişen grupta 12 hastanın (%23) dosyasında doğum eylem süresince uyum sorunu yaşadığına dair not konulduğu anlaşıldı.

İki grup doğumun gerçekleştiği gün ve vardiya dönemleri açısından değerlendirildiğinde hematoma gelişen grupta 38 hastanın (%73.1), kontrol grubunda ise 41 hastanın (%78.8) hafta içi çalışma şartlarında doğum yaptığı ve aralarında istatistiksel fark olmadığı görüldü (p=0.6).

Doğumun gerçekleştiği vardiya dönemleri açısından karşılaştırıldığında hematoma gelişen grupta 21 hastanın (%40.4) 08:00–16:00 vardiya döneminde, 12 hastanın (%23.1) 16:00–00:00 vardiya döneminde, 19 hastanın da (%36.5) 00:00–08:00 vardiya döneminde doğum yaptığı görüldü. Kontrol grubunda ise 17 hastanın (%32.7) 08:00–16:00 vardiya döneminde, 14 has-

tanın (%26.9) 16:00–00:00 vardiya döneminde, 21 hastanın da (%40.4) 00:00–08:00 vardiya döneminde doğum yaptığı görüldü. İki grup doğumun gerçekleştiği vardiya dönemleri açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel fark olmadığı saptandı ($p=0.7$).

Hematomların klinik olarak tanısında en önemli bulgu lokalizasyonuna göre değişmekle birlikte kitle, ağrı ve rektal basınç hissi olmaktadır ve ilk 24 saat içerisinde tespit edilebilmektedir.^[2] Çalışmamızda da hematomların ortalama 6 saat içerisinde çoğunlukla ağrı nedeni ile tespit edildiğini bulduk.

Hematomlar büyük ise, hemodinami kan ürünü transfüzyonu gerektirecek kadar bozulabilir. Çalışmamızda ortalama hemoglobin düşüşünün 2.8 g/dl olduğu, 37 (%71.2) hastada transfüzyon gerektiği anlaşılmıştır.

Vulvovajinal hematomların tedavisinde 5 cm'den küçük olan ve büyümeyen hematomlar için buz torbaları, basınç sağlayacak yöntemler ve analjezi ile konservatif yaklaşım önerilir,^[8] ancak genişleyen veya 5 cm'den büyük hematomlar için cerrahi girişim düşünülmelidir. Mümkünse insizyon vajina içerisinden açılmalı, kanama odakları sekiz şekilli emilebilir sütürler ile onarılmalıdır. Hematom boşluğuna en az 24 saat kalacak olan dren yerleştirilmesi, vajinaya tampon konulması ve Foley kateter takılması gerekebilir.^[9] Çalışmamızda 52 hematom vakasına genel anestezi altında drenaj uygulanmış, kanama odağı tespit edilmeye çalışılmıştır. Hiçbir hastada dren yerleştirilmemiştir.

Hematom gelişen grupta 48 hastanın (%92) öncelikle vulvada ve perinede ağrı ve kanama nedeni ile değerlendirildiği, 31 hastada (%59.6) doğumdan sonra ilk 6 saat içinde hematomun tespit edildiği ve ortalama he-

matom büyüklüğünün yaklaşık 65 mm (40–150 mm aralığında) olduğu görüldü. Hemoglobin düşüşünün tanı konan dönemde ortalama 2.8 ± 1.5 g/dl olduğu, 37 (%71.2) hastada transfüzyon gerektiği ve bu hastaların 35'ine (%96.2) iki ve üzeri miktarda eritrosit süspansiyon transfüzyonu uygulandığı görülürken, iki hastada hemen doğum sonrası dönemde koagülopati belirlendiği anlaşıldı. Olguların hepsinde, genel anestezi altında, hematom alanının açılarak kanama odağını bulunmaya çalışıldığı ve hemostaz sağlandığı görüldü. Bir hastada supraleveator hematom ön tanısı ile düşünülerek laparotomiye geçildiği belirlendi.

Altı hastada (%11.5) puerperal dönemde enfeksiyon geliştiği, 39 hastada (%75) antibiyotik kullanıldığı görüldü. Hematom gelişen hastalarda hasta başına ortalama maliyetin, Sosyal Güvenlik Kurumu Tebliği fiyatları üzerinden hesaplandığında 1.167 TL olduğu tespit edildi.

Tartışma

Puerperal vulvovajinal hematomlar yaşamı tehdit edebilen ciddi obstetrik komplikasyonlardandır. Eksternal genital bölge, internal ve eksternal pudental arterlerden zengin bir vasküler yapı ile beslenir. Bu damar ağında meydana gelen hasarlar kolayca hematom gelişmesine neden olabilir.^[10] Nadiren obstetrik bir travma olmadan da kendiliğinden gelişen hematom vakaları bildirilmiştir.^[11] Puerperal hematomlar vulvar, vajinal, paravajinal ve retroperitoneal lokalizasyonlarda görülebilir. Puerperal vulvovajinal hematomların tanısında ve uygun tedavinin uygulanmasının geciktiği durumlarda hemorajik şok, enfeksiyon gelişebilir ve nadiren de olsa maternal ölüme yol açabilir.^[12]

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri.

	Hematom var n=52	Hematom yok n=52	p
Yaş*	25.48±5.04	24.36±4.65	0.4
Gravida†	1 (1–4)	1 (1–5)	0.2
Parite†	0 (0–2)	0 (0–4)	0.3
Evre I (dakika)*	427.50±196.47	283.88±189.87	0.001
Evre II (dakika)*	22.23±2.58	19.46±1.88	0.4
Epizyotomi varlığı n (%)	37 (%71.15)	40 (%76.92)	0.2
Doğum ağırlığı (gram)*	3396.78±392.14	3281.15±376.15	0.9
Hastanede kalış süresi (gün)†	3 (1–17)	1 (1–3)	0.000

*Ortalama±standart sapma, †Medyan (minimum–maksimum)

Hematomun gelişmesi açısından risk faktörleri incelendiğinde çalışmamızda iki grup arasında, gravida, parite, doğumun II. evre sürelerinde, yenidoğanın doğum ağırlığı, epizyotomi varlığı açısından anlamlı fark bulunamadı. Ancak iki grup arasında doğum eyleminin I. evre süresinin hematom gelişen grupta anlamlı olarak daha uzun olduğunu bulduk (p=0.001).

Hematomun geliştiği gün ve vardiya dönemlerini incelediğimizde iki grup arasında anlamlı fark bulamadık. Bu sonuç sağlık personelinin dikkat ve uygulamalarından çok, vulvovajinal hematom gelişiminde kişisel faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hematomların klinik olarak tanısında en önemli bulgu lokalizasyonuna göre değişmekle birlikte kitle, ağrı ve rektal basınç hissi olmakta ve ilk 24 saat içerisinde tespit edilebilmektedir.^[2] Çalışmamızda da hematomların ortalama 6 saat içerisinde çoğunlukla ağrı nedeni ile saptandığını bulduk.

Hematomlar büyük ise hemodinami kan ürünü transfüzyonu gerektirecek kadar bozulabilir. Çalışmamızda ortalama hemoglobin düşüşününün 2.8 g/dl olduğu, 37 hastada (%71.2) transfüzyon gerektiği görülmüştür.

Beş ünite veya daha fazla kan veya eritrosit transfüzyon gerektiren hastalar near-miss vakaları olarak tanımlanmaktadır.^[7] Bizim çalışmamızda 13 hastada (%25) 5 üniteden daha fazla kan ürünü transfüzyonu yapıldığından vulvovajinal hematomların morbiditesi yüksek olan hastalar olduğu göz ardı edilmemelidir.

Vulvovajinal hematomların tedavisinde hemodinami stabil hastalarda, 5 cm'den küçük olan ve büyüyen hematomlar için, buz torbaları, basınç sağlayacak tamponad yöntemleri (Bakri balonu, Sengstaken-Blakemore tüpü) ve analjezi ile konservatif yaklaşım önerilirken,^[8,13,14] genişleyen veya 5 cm'den büyük hematomlar için cerrahi girişim düşünülmelidir.

Mümkünse insizyon vajina içerisinden açılmalı, kanama odakları sekiz şekilli emilebilir sütürler ile onarılmalıdır. Hematom boşluğuna en az 24 saat kalacak olan dren yerleştirilmesi, vajinaya tampon konulması ve bir Foley kateteri takılması gerekebilir.^[10] Hematomlarda cerrahi genellikle genel anestezi altında uygulanmakta ise de bölgesel ya da lokal anestezi de uygulanabilir. Bizim çalışmamızda 52 hematom vakasına genel anestezi altında drenaj uygulanmış, kanama odağı tespit edilmeye çalışılmıştır. Hiçbir hastada dren yerleştirilmesine gerek kalmamıştır. Vulvovajinal hematomların retroperitoneal yayılımından şüphelenildiğinde laparotomi

yapılması gerekebilir. Bizim çalışmamızda sadece bir hastada hemodinami stabilitesi sağlanamamasından dolayı laparotomi yapılmıştır.

Altı hastada (%11.5) puerperal dönemde enfeksiyon geliştiği, 39 hastada (%75) antibiyotik kullanıldığı görüldü. Hematom gelişen hastalarda hasta başına ortalama maliyetin 1.167 TL olduğu tespit edildi. Bu maliyet komplikasyonsuz bir doğum maliyetinin yaklaşık 2 katına karşılık gelmektedir.

Sonuç

Postpartum vulvovajinal hematomlar, ciddi morbidite, nadiren de mortalite ile sonuçlanabileceğinden, doğum yapan tüm hastaların 24 saat hemodinamik bulguları ve perineal ve vulvar bölgede ağrı yakınmaları dikkatli takip edilmelidir; hematom saptandığında hemodinami göz önünde tutularak erken aktif cerrahi drenaj uygulanması, morbidite ve hastane maliyetlerini azaltacaktır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. Clin Obstet Gynecol 1990;33:422-31.
2. Villella J, Garry D, Levine G, Glanz S, Figueroa R, Maulik D. Postpartum angiographic embolization for vulvovaginal hematoma: a report of two cases. J Reprod Med 2001;46:65-7.
3. Saleem Z, Rydhström H. Vaginal hematoma during parturition: a population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:560-2.
4. Gilstrap LC, Cunningham FG, Van Dorsten JP. Operative obstetrics. 2nd ed. New York, NY: Mc Graw-Hill Co.; 2002. Chapter 12, Genital tract lacerations and puerperal hematomas. p. 223-39.
5. Joy SD, Huddleston JF, McCarthy R. Explosion of a vulvar hematoma during spontaneous vaginal delivery. A case report. J Reprod Med 2001;46:856-8.
6. Nagayama C, Gibo M, Nitta H, Uezato T, Hirakawa M, Masamoto H, et al. Rupture of pseudoaneurysm after vaginal delivery successfully treated by selective arterial embolization. Arch Gynecol Obstet 2011;283:37-40.
7. Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. Bull World Health Organ 2009;87:734.
8. You WB, Zahn CM. Postpartum hemorrhage: abnormally adherent placenta, uterine inversion, and puerperal hematomas. Clin Obstet Gynecol 2006;49:184-97.

9. Zahn CM, Hankins GD, Yeomans ER. Vulvovaginal hematomas complicating delivery. Rationale for drainage of the hematoma cavity. *J Reprod Med* 1996;41:569-74.
10. Anderson JR, Genadry R. Anatomy and embryology. In: Berek JS, editor. *Novak's gynecology*. 13th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams &Wilkins; 2002. p. 69-121.
11. Nelson EL, Parker AN, Dudley DJ. Spontaneous vulvar hematoma during pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2012;57:74-6 .
12. Lee NK, Kim S, Lee JW, Sol YL, Kim CW, Hyun Sung K, et al. Postpartum hemorrhage: clinical and radiologic aspects. *Eur J Radiol* 2010;74:50-9.
13. Tattersall M, Braithwaite W. Balloon tamponade for vaginal lacerations causing severe postpartum haemorrhage. *BJOG* 2007;114:647-8.
14. Saccardi C, Patrelli TS, Di Gangi S, D'Antona D, Battista Nardelli G. Bakri balloon in vaginal-perineal hematomas complicating vaginal delivery: a new therapeutic approach. *J Low Genit Trac Dis* 2013;17:125-8.