



Acil peripartum histerektomiler: 189 olgu deneyimimiz

Abdulkadir Turgut, Muhammed Erdal Sak, Ali Özler, Hatice Ender Soyduñç,
Neval Yaman Görük, Talip Karaçor, Ahmet Yalınkaya

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Özet

Amaç: Acil peripartum histerektominin insidansını, endikasyonlarını, risk faktörlerini, komplikasyonlarını, maternal morbidite ve mortalitesini değerlendirmek.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma Ocak-1993 ile Şubat-2012 tarihleri arasında, acil peripartum histerektomi uygulanmış 189 olgu ile yapılmıştır. Demografik ve klinik veriler, üçüncü basamak bir sağlık merkezinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde opere edilmiş hastalardan elde edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ortalama yaş ve doğum sayıları sırasıyla 34.3 ve 5.4 idi. Acil peripartum histerektomi öncesi doğumların %70.4'ü sezaryen ile gerçekleştirildi. Olguların %32.8'inde doğum induksiyonu uygulanmıştı. Plasenta previa perkreta, en sık rastlanan plasentasyon anomali idi (%20.1). En sık histerektomi endikasyonları, uterus atonisi (%31.7), uterus rüptürü (%25.4) ve anormal plasentasyon (%22.2) idi. Histerektomiler, subtotal (%63.5) veya total (%36.5) olarak gerçekleştirildi. Olguların %22.8'inde, kanama veya ureter ligasyonu nedeniyle, relaparotomi gerçekleştirildi. Hastaların %66.1'i yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Mortalite oranı %6.9 idi.

Sonuç: Acil peripartum histerektomi, maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile oldukça ilişkili, yüksek riskli ancak hayat kurtaran bir operasyondur. Erken müdahale ve uygun yönetim, optimal sonuç almamızı kolaylaştıracağı için kadın doğum hekimleri, risk altındaki hastaları belirlemeli, komplikasyonları ve yapılacak işlemi önceden tahmin etmelidir.

Anahtar sözcükler: Acil, hemoraji, histerektomi, peripartum, uterus atonisi.

Emergency peripartum hysterectomy: our experiences with 189 cases

Objective: To estimate the incidence, indications, risk factors, complications, and maternal morbidity and mortality associated with emergency peripartum hysterectomy.

Methods: A retrospective study was performed on 189 cases that had required emergency peripartum hysterectomy between January 1993 and February 2012. Demographic and clinical data were collected and interpreted on these patients operated at the obstetrics & gynecology department of a tertiary care center.

Results: The mean age and number of parities were 34.3 and 5.4, respectively. Caesarean section has been performed on 70.4% of births prior to emergency peripartum hysterectomy. Induction of labour had been performed on 32.8% of cases. The most common placental anomaly was placenta praevia percreata (20.1%). The leading indications for hysterectomy were uterine atony (31.7%), uterine rupture (25.4%) and abnormal placental (22.2%). Subtotal (63.5%) or total (36.5%) hysterectomies were performed. Relaparotomy due to hemorrhage or ureter ligation was required in 22.8% of cases. Intensive care unit follow-up was necessary in 66.1% of patients. Mortality rate was 6.9%.

Conclusion: Emergency peripartum hysterectomy is a high risk but a life saving operation which is associated with significant maternal and fetal morbidity and mortality. Obstetricians should identify patients at risk and anticipate the procedure and complications, as early intervention and proper management facilitate optimal outcome.

Key words: Emergency, haemorrhage, hysterectomy, peripartum, uterine atony.

Yazışma adresi: Dr. Abdulkadir Turgut, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır.
e-posta: abdulcadirturgut@gmail.com

Geliş tarihi: Temmuz 4, 2013; **Kabul tarihi:** Ağustos 17, 2013

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20130213003
doi:10.2399/prn.13.0213003
Karekod (Quick Response) Code:



Giriş

Acil peripartum histerektomi (APH), sezaryen sırasında veya vajinal doğumun hemen sonrasında uterusun acil bir şekilde çıkarıldığı, modern obstetride en riskli ve etkili operasyonlardan biri olarak kabul edilmektedir. Abdominal veya vajinal doğum sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkan, hayatı tehdit eden kanama varlığında gerçekleştirilir. Son zamanlarda, sezaryen ile doğum sayılarına paralel olarak önceki uterus insizyonuna bağlı skarlı uterusu olan gebe kadın sayısı artmaktadır.^[1,2] Skarlı uterusu olan hastalar, uterus rüptürü, plasenta previa ve morbid plasenta yapışma anomalisi gibi ciddi komplikasyonlara açıktır. Son raporlar, acil peripartum histerektomilerin büyük çoğunluğunun plasenta yapışma anomalisi veya uterus atonisi varlığında yapıldığını göstermektedir.^[3]

Gelişmekte olan ülkelerde, doğum sonrası masif kanama, maternal mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir. Gelişmiş ülkelerde 1000 doğumda 1-2 sıklıkta görülürken, gelişmekte olan ülkelerde çok daha yaygındır.^[1,2] Vajinal veya abdominal doğum sonrası kanama, medikal veya cerrahi tedavilere yanıt vermez. Peripartum histerektomi, konservatif tedaviye cevap vermeyen ciddi obstetrik kanama gibi durumlarda düşünülmelidir.^[1,4]

Acil peripartum histerektomilerin risk faktörleri ile ilgili çalışmalar birbirleriyle tutarsızdır.^[1-9] Yüksek komplikasyon, morbidite ve mortalite oranlarına sahip ve zahmetli bir cerrahi prosedür olan APH'nin risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, hastalar doğru bir şekilde değerlendirilebilir ve konsülte edilebilir ve daha etkili önleyici stratejiler geliştirilebilir.

Bu çalışmada üçüncü basamak bir sağlık merkezinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılmış olan APH'nin insidansının, endikasyonlarının, risk faktörlerinin ve komplikasyonlarının değerlendirilmesi ve bu prosedürün gerçekleşme ihtimali olan hastaların önceden öngörülebilmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem

Bu retrospektif çalışma, Ocak 1993 ile Şubat 2012 tarihleri arasında, üçüncü basamak bir sağlık merkezinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde APH uygulanmış olguların medikal kayıtları kullanılarak gerçekleştirildi. Yerel etik kurul onayı alındı. Hasta dosyaları,

patoloji raporları ve bölüm istatistik raporları, ilgili demografik ve klinik verileri (örneğin yaş, parite, doğum yöntemi, sezaryen endikasyonu, maternal ve fetal komplikasyonlar) toplamak amacıyla çıkarıldı ve değerlendirildi. Operasyonlar kliniğin deneyimli cerrahları tarafından gerçekleştirildi. Bu çalışmada, 19 yıllık bir süreyi içeren klinik sonuçlar karşılaştırıldı. Cerrahi endikasyonlar, operasyon ve histoloji kayıtları ile doğrulandı. Acil peripartum histerektomi, doğumu takip eden 24 saat içinde konservatif tedaviye yanıt vermeyen kanamalar için yapılan histerektomi olarak tanımlandı. Konservatif tedavi olarak intravenöz oksitosin, uterin tampon ve küretaj kullanıldı. Her olgunun hikâye, doğum ve operasyon detayları ve hastanede kalım süresi ile ilgili bilgileri hasta dosyalarından elde edildi.

İstatistik Analiz

İstatistik analiz SPSS 11.0 bilgisayar programı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı. Mann-Whitney testi, ki kare veya Fisher kesin olasılık testi, Spearman korelasyon analizi, ortalama± standart sapma, minimum ve maksimum değerler, tahmini rölatif risk analizi yöntemleri kullanıldı. P<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Doğum yapan kadın sayısı toplam 56.174 idi. Acil peripartum histerektomi insidansı 1000 doğumda 3.36 idi. Hastaların 90'ı (%47.6) kliniğimizde doğurmuş, 97'si (%51.3) dış merkezde ve 2'si (%1.1) ise evde doğurmuş ve hastanemize refere edilmiştir. Toplam 189 olgunun ortalama yaşı 34.3±5.5 (dağılım: 18-49), ortalama gebelik haftası 35.4±4.3 (dağılım: 20-40), ortalama gravidası 6.7±3.2 (dağılım: 1-18) ve ortalama paritesi 5.4±2.8 (dağılım: 0-15) idi. Yapılan operasyonlar, 133 vakada (%70.4) sezaryen sonrası ve 56 vakada (%29.6) ise vajinal doğum sonrası gerçekleştirildi.

En sık histerektomi endikasyonları, 60 vaka ile uterus atonisi (%31.7), 48 vaka ile uterus rüptürü (%25.4) ve 42 vaka ile plasentasyon anomalisi (%22.2) idi (**Tablo 1**). Sezaryen histerektomi 89 vakada (%47.1) ve postpartum histerektomi 100 vakada (%52.9) gerçekleştirildi. Subtotal histerektomi 120 vakada (%63.5) ve total histerektomi 69 vakada (%36.5) gerçekleştirildi.

Daha önce sezaryen geçirmiş olanlarda plasentasyon anomalisi riski oldukça yüksekti (OR 19.8, %95 CI 2.7-148.9, p=0.000). Sezaryen sayısı açısından plasent-

Tablo 1. Histerektomi endikasyonları.

Endikasyon	n	%
Uterus atonisi	60	31.7
Uterus rüptürü	48	25.4
Plasentasyon anomalisi	42	22.2
Plasenta dekolmanı	16	8.5
Pelvik peritonite bağlı uterus kanaması	13	6.9
Vezikouterin rüptür	5	2.6
Diğerleri*	5	2.6

*Fibroide bağlı uterus kanaması, serviks kanseri veya koryokarsinom.

tasyon anomalisi riski değerlendirildiğinde, bir sezaryeni olanlarda risk 9 kat (OR 9.0, %95 CI 1.1-71.6, p=0.038), iki sezaryeni olanlarda risk 41 kat (OR 41.1, %95 CI 4.9-344.5, p=0.001) ve 3 ve üzeri sezaryen geçirmiş olanlarda risk 38 kat (OR 38.9, %95 CI 4.9-311.3, p=0.001) artmıştı.

Plasenta anomalileri içinde en sık izlenen formu 38 (%20.1) hastada görülen plasenta previa perkretaydı. Histerektominin ortalama süresi 137.8±37.1 dakikaydı. Doğum indüksiyonu 62 (%32.8) hastaya uygulandı. Mortalite 13 (%6.9) olguda izlendi ve başlıca nedeni 12 hastada masif kanamaydı (%92.3). Morbidite 97 (%51.3) olguda izlendi (Tablo 2). Morbidite ile hastanede kalış süresi (r=0.406, p=0.000), yoğun bakımda kalış süresi (r=0.293, p=0.000), transfüze edilen kan miktarı (r=0.328, p=0.000) ile pozitif korelasyon, yenidoğanın 1. dk Apgar skoru (r=-0.289, p=0.004) ve 5. dk Apgar skoru (r=-0.297, p=0.003) ile arasında negatif korelasyon izlendi.

En sık gelişen morbidite kırk üç olgu (%22.8) ile relaparatomiydi. Bu 43 olgunun 41'i batın içi kanama nedeniyle, 1'i batın içi kanama ve üreter ligasyonu, diğeri ise batın içi kompres retansiyonu nedeniyle relaparotomi

Tablo 2. Klinik ve işlem detayları.

	n	%
Önceki sezaryen	140	74.1
Relaparatomiydi	43	22.8
Mortalite	13	6.9
Morbidite	97	51.3
Doğum indüksiyonu	62	32.8
Yoğun bakımda kalma süresi	125	66.1
Total ve subtotal histerektomi	69 ve 120	36.5 ve 63.5

mi geçirdi. İkinci sıklıkta 23 (%12.2) olguda postoperatif febril reaksiyon ve üçüncü sıklıkta 17 (%9) olguda yara yeri ayrılması ve enfeksiyonu izlendi (Tablo 3). Hastalarımıza transfüze edilen kan ürünleri miktarı ortalama 6.1±4.1 (dağılım: 0-24) üniteydi. Hastalardan 125'i (%66.1) yoğun bakım ünitesi takibine ihtiyaç duydu. Hastaların yoğun bakımda yattığı gün ortalama 1.7±2.8 (dağılım:0-18) ve hastanede yattığı toplam gün ortalama 9.2±6.6 (dağılım:1-45) gündü. Subtotal histerektomi yapılmış olan grupta total histerektomi yapılmış olan gruba göre hipogastrik arter ligasyonu (p=0.044) ve relaparatomiydi (p=0.046) daha az sıklıkta izlendi.

Doğumdaki fetal ağırlık ortalama 2804.4±1126.7 (dağılım: 520-6700) gramdı. Fetusların 1. dk Apgarı ortalama 3.2±3.3 (dağılım: 0-10) ve 5. dk Apgarı 4.2±4.1 (dağılım: 0-10) idi.

Tablo 3. Postoperatif morbiditeler.

Morbidite	n	%
Relaparatomiydi (kanama ve diğerleri)	43	22.8
Postoperatif febril reaksiyon	23	12.2
Yara yeri ayrılması ve enfeksiyonu	17	9
Mesane yaralanması	11	5.8
DİK	10	5.3
Akut böbrek yetmezliği	8	4.2
Üreter yaralanması	6	3.2
ARDS	5	2.6
Kardiyak arrest	5	2.6
Ileus	3	1.6
Diğerleri*	11	5.8

*ARDS= Akut respiratuar stres sendromu; DİK= Disemine intravasküler koagülasyon; Diğerleri= yabancı cisim, intrakranial kanama, diabetes insipidus, plevral efüzyon, iskemik hepatit, Sheehan sendromu, pulmoner tromboemboli, barsak yaralanması, servikal kaf yaralanması, iliak ven yaralanması ve sepsis.

Tartışma

Peripartum histerektomi, abdominal veya vajinal doğum sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkan ve konvansiyonel yöntemlerle kontrol altına alınamayan, hayatı tehdit eden obstetrik kanamanın tedavisinde uygulanmaktadır. Literatür taramasında insidansı 1000 doğumda 0.2 ile 1.3 arasında değişmektedir.^[1-5] Bizim serimizde, APH insidansı 1000 doğumda 3.36 idi. İnsidansımızın yüksek olmasının nedeni hastanemizin yedi ilin hastalarına bakan tek tersiyer merkez olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Acil peripartum histerektomi endikasyonları başlıca morbid plasenta yapışma anomalisi, uterus rüptürü ve uterus atonisidir.^[1-5] Son literatürlere göre, morbid plasenta yapışma anomalisi nedeniyle yapılan histerektomiler artmakta ve uterus atonisi nedeniyle yapılan histerektomiler ise giderek azalmaktadır ki bu durum uterus atonisinin, özellikle de prostaglandinlerle, daha iyi tedavi edilmesi ile ilişkilendirilebilir.^[3,4,6] Bir diğer neden de son 10 yılda sezaryen doğum sayılarındaki artış olabilir ki sezaryen doğum plasenta previa ve akreta gelişimi için iyi bilinen bir risk faktörüdür.^[5,7,8] Çalışmamızda, en sık histerektomi endikasyonları uterus atonisi ve ikinci olarak uterus rüptürüydü ve bu durum literatürde gelişmekte olan ülke verileri ile uyumluluk göstermektedir.^[6,7,10] Yüksek sezaryen oranları, uterus atonisinin uterotonik ajanlarla (özellikle prostaglandin analogları) konservatif tedavisinin ve operatif girişimlerin daha başarılı olması, değişik serilerdeki farklılıkları açıklamaktadır. Bununla birlikte, artan sezaryen oranları ve modern antenatal ve intrapartum bakıma bağlı olarak belirgin bir biçimde azalan uterus rüptürü ve atoni oranları nedeniyle, plasenta akreta, gelişmiş ülkelerde acil peripartum histerektominin en sık endikasyonu olarak uterus rüptürü ve atonisinin yerini almıştır.^[9,11-13] Plasenta dekolmanın da histerektomi için risk oluşturduğunu tespit ettik. Bu konuyla ilgili olarak literatürde yalnızca bir yayına rastladık.^[9] Bu konu dikkat çekicidir ve daha ileri çalışmalarda detaylı olarak incelenmelidir.

Önceki sezaryen ve plasenta previa, özellikle ikisi bir aradaysa, plasenta akreta gelişimi için başlıca risk faktörüdürler. Plasentasyon anomalisi yüzdesi %22.2 idi ve en sık formu plasenta previa perkretaydı. Çalışmamızda, plasentasyon anomalisi üçüncü en sık APH nedeni gibi görünmektedir. Literatürde ise, önceki sezaryeni olan hastalarda, obstetrik histerektominin en sık ikinci nedeni olduğu belirtilmektedir.^[2-4] Literatüre uyumlu olarak, çalışmamızda sezaryen hikâyesi olan hastalarda plasentasyon anomalisi riski yaklaşık 19 kat artmıştır ve bu oranın geçirilmiş sezaryen sayısı arttıkça 41 kata çıktığı izlenmiştir.

Önceki sezaryen sayısının yüksek olmasının acil peripartum histerektomi için kuvvetli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir.^[2,8,9,11,12] Sezaryen doğumun acil sezaryen histerektomiyle çeşitli mekanizmalar yoluyla güçlü bir ilişkisi mevcuttur. İlk olarak, sezaryenin kendi başına histerektomi riskini arttırdığı görülmektedir. İkinci olarak, sezaryen ileriki gebeliklerde anormal plasentasyona (plasenta previa, plasenta akreta/perkreta)

yatkınlığı arttırmaktadır. Üçüncü olarak, primer sezaryeni takiben sonraki gebelikte sezaryen riski artmaktadır. Ultrasonografi gibi radyolojik görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler, Doppler ve manyetik rezonans görüntüleme ile birleşince, plasenta akreta / perkretanın antenatal tanımlanması daha az problem teşkil etmektedir.^[2,5,7-9] Bu nedenle, plasenta previa ve önceki sezaryeni olan veya herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş olan kadınlara dikkatli ve ayrıntılı ultrasonografik ve Doppler inceleme yapılmalıdır. Bu arada, APH için gerekli konsültasyon ve hazırlıklar yapılabilir.

Acil peripartum histerektomi genellikle yüksek maternal morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Morbidite oranları genellikle %30-40 aralığında bildirilmiştir.^[2,3,5,7] Çalışmamızda, mortalite oranı %6.9 idi. Masif kanamaya bağlı relaparotomi, febril reaksiyon, yara yeri enfeksiyonu veya üriner sistem problemleri gibi morbiditeler olgularımızın %51.3'ünde izlendi. Çalışmamızda morbidite ile hastanede kalış süresi, yoğun bakımda kalış süresi, transfüze edilen kan miktarı ile pozitif korelasyon, yenidoğanın 1. dk Apgar skoru ve 5. dk Apgar skoru ile arasında negatif korelasyon izlendi. Bu verilerin yanında, mortalite gelişen 13 hastanın da 10'unda morbidite izlenmiş dolayısıyla, morbiditenin maternal konforu azaltıp hayati riski artırdığı ve ayrıca yenidoğana da olumsuz etkilerinin olduğu söylenebilir.

Hemorajik şok, maternal mortalitenin en sık nedenidir. Emboli, streptokoksik septik şok ve kardiyopulmoner arrest ölümün diğer başlıca nedenleridir.^[1,2,6, 11] Yüksek mortalite oranımız, diğer bazı konservatif işlemler için zamanı sınırlayan, yeterli sayıda çapraz karşılaştırma uyumlu kan ürünlerinin anlık eksikliği ile kısmen açıklanabilir. Yüksek mortalite oranları aynı zamanda, düşük antenatal takip oranı, hastaların düşük sosyoekonomik düzeyi, ve diğer hastanelerden sevk edilen kritik durumdaki hastalar ile ilgili olabilir. Bazı konservatif cerrahi prosedürler acil peripartum histerektomiye başvurmadan önce uygulanabilirdi. Etkili konservatif cerrahi tekniklerin kullanımının artması, önemli bir kanamadan muzdarip kadınlarda histerektomi gereksinimini azaltabilir. Yüksek mortalite oranları, yoğun bakım koşulları ve kan transfüzyonu olanaklarının iyileştirilmesi ile düşürülebilir. Peripartum histerektomi adaylarında hemen hemen her zaman ortaya çıkan aşırı kan kaybı nedeniyle gerekli önlemler alınmalıdır. Bizim hastalarımıza kullanılan ortalama kan ürünü miktarı 6.1±4.1 ünite idi.

Peripartum histerektomi sonrası yüksek komplikasyon oranları sadece masif kan transfüzyonu ihtiyacı, koagülopati ve üriner sistem yaralanmasından değil, aynı zamanda febril morbidite ve persiste kanama nedeniyle yapılan reeksplorasyon ihtiyacından da kaynaklanmaktadır.^[1,4,12] Çalışmamızda %22.8 hastada masif kanama nedeniyle relaparotomi yapılmış ve bunu ikinci sıklıkta da %12.2 ile febril reaksiyon izlemiştir.

Acil peripartum histerektomi intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve yüksek maternal mortalite oranları ile ilişkili olduğu için bu işlemin gerçekleştirilmesinden önce bazı konservatif tedavi yöntemleri gerçekleştirilmelidir. Medikal konservatif tedavi bakımından oksitosin ve prostaglandin ilk olarak denenebilir. Konservatif cerrahi seçenekleri ise plasental yatağa sütür konulması, uterus balonu yerleştirilmesi ve kuşak sütür kullanımını içerir. Placenta previa nedeniyle olan kanama yönetiminde yeni “amaca uygun dizayn edilmiş” uterus balon tamponadı özellikle etkili olabilir.^[1,4,5,8] Konservatif yönetim ile kanaması başarılı bir şekilde kontrol altına alınan ve histerektomiden korunmuş kadınların oranı bilinmemektedir.

Total histerektominin subtotal histerektomiye, özellikle de plasenta akreta uterus alt segmentte lokalize ise, uterin arterin servikal dalı olduğu gibi kalacağından tercih edilmesi önerilmektedir.^[3,5,7-9] Subtotal histerektomi, umutsuz hastalar ve uterus alt segmentte masif yapışıklık olanlarda daha hızlı ve teknik olarak daha güvenli bir işlemdir. Bunun yanı sıra, total histerektomi ile karşılaştırıldığında, subtotal histerektomide belirgin olarak daha az kan kaybı vardır.^[1,4,7] Total abdominal histerektomi daha uygun gibi görünmekle birlikte operasyonun mümkün olan en kısa sürede tamamlanması gereken durumlarda subtotal histerektomi düşünülmelidir.^[3,6,8] Serimizde subtotal histerektomi oranının yüksek olmasının nedeni, daha kötü klinik tablodaki hastalarla uğraştığımız gerçeği ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda, subtotal histerektomi yapılmış olan grupta total histerektomi yapılmış olan gruba göre hipogastrik arter ligasyonu ve relaparotomi daha az sıklıkta izlendi. Subtotal histerektominin bu avantajları da morbiditenin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

RANZCOG’un önerilerine uygun olarak, multidisipliner bir yaklaşım tüm kadınlar için kullanılmalıdır. Postpartum kanama açısından yüksek risk altında olan vakalarda, jinekolojik onkologlar ile önceden görüşmeler yapılmalıdır. Bu konu, özellikle de kan kaybının kontrolü zorlaştığında, önem kazanmaktadır.^[5]

Çalışmada bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Örneklem sayısı rölatif olarak küçük olabilir ve konu birçok faktörden etkilenme eğilimindedir ve çok açık olmayan ilişkilerin klinik anlamı şüphe doğurabilir.

Sonuç

Sezaryen hikâyesi olan her hasta, plasenta previası mevcutsa veya özellikle de her iki durumda doğum sırasında acil peripartum histerektomi olasılığı açısından hazırlanmalıdır. Riskli bir işlem olduğu halde, acil peripartum histerektominin potansiyel hayat kurtarıcı bir işlem olarak alternatifi yoktur. Hastaların yalnızca zamanında tespiti değil, aynı zamanda mortalite ve morbiditenin en aza indirgenmesi için operasyonlar zamanında ve deneyimli cerrahlar tarafından yapılmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Umezurike CC, Feyi-Waboso PA, Adisa CA. Peripartum hysterectomy in Aba southeastern Nigeria. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:580-2.
2. El-Jallad MF, Zayed F, Al-Rimawi HS. Emergency peripartum hysterectomy in Northern Jordan: indications and obstetric outcome (an 8-year review). *Arch Gynecol Obstet* 2004;270:271-3.
3. Demirci O, Tuğrul AS, Yılmaz E, Tosun Ö, Demirci E, Eren YS. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:1054-60.
4. Awan N, Bennett MJ, Walters WA. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review at the Royal Hospital for Women, Sydney. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;51:210-5.
5. Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:409-12.
6. Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268:131-5.
7. Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:84-7.
8. Ozden S, Yildirim G, Basaran T, Gurbuz B, Dayicioglu V. Analysis of 59 cases of emergent peripartum hysterectomies during a 13-year period. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:363-7.
9. Kayabasoglu F, Guzin K, Aydogdu S, Sezginsoy S, Turkgeldi L, Gunduz G. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary Istanbul hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:251-6.

10. Ossola MW, Somigliana E, Mauro M, Acaia B, Benaglia L, Fedele L. Risk factors for emergency postpartum hysterectomy: the neglected role of previous surgically induced abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1450-3.
11. 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.
12. Zorlu CG, Turan C, Işık AZ, Danişman N, Mungan T, Gökmen O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Changing clinical perspective in time. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:186-90.
13. Katchy KC, Ziad F, Al Nashmi N, Diejomaoh MF. Emergency obstetric hysterectomy in Kuwait: a clinico pathological analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273:360-5.