



Gebelikte vaginal kanamalar



Dr. Şevki Hakan Eren
Gaziantep



Vajinal kanama, erken gebelik döneminde sık görülen klinik bir sorundur. Tüm gebelerin yaklaşık %20'si bu klinik durumdan şikayetçi olmaktadır.



Erken dönemdeki vajinal kanamalar abortuslar, ektopik gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, servikal lezyonlar, servikal polipler nedeni ile olabilir.



Tanımlama

- * **Hafif kanama:** 5 dakikadan daha uzun sürede temiz ped veya giysinin ıslanmaması.
- ****Şiddetli kanama:** 5 dakikadan daha kısa sürede temiz ped veya giysinin ıslanması
 - Vital bulguları hızla değerlendiriniz.
 - Doğurganlık öyküsünü alınız.



Abortuslar

- Yirminci haftadan önce veya fetus ağırlığı 500 gramın altındayken gebeliğin sonlanmasına abortus denir.
- Tüm gebeliklerin %50-70'i, klinik olarak tanımlanan gebeliklerin %10-15'i düşükle (abortusla) sonlanır.



Abortuslar

- 1. Abortus imminens
- 2. Abortus incipiens
- 3. İnkomplet abortus
- 4. Komplet abortus
- 5. Missed abortus
- 6. Blighted ovum (boş gebelik)



- Abortusların %80 kadarı ilk 12 hafta içerisinde ortaya çıkar ve genellikle fetal nedenlere bağlıdır; bunlarında yaklaşık yarısında neden kromozomal anomalilerdir.
- 12. haftanın üzerindeki abortuslarda ise sıklıkla neden maternal faktörlerdir.



Abortus imminens

Klinik olarak abortus imminenste kanama hafiftir, ağrı eşlik edebilir, muayene bulgusu olarak ise serviks kapalıdır bu hastalarda yatak istirahati önerilir.



Abortus incipiens

Abortus incipienste vajinal kanama daha çoktur, ağrı artmıştır ve servikal açıklık ve silinme mevcuttur; düşük kaçınılmazdır ve küretaj ile gebelik sonlandırılmalıdır.



İnkomplet ve komplet abortus

İnkomplet ve komplet abortusta ağrılı vajinal kanama ve parça düşüme şikayeti vardır ve hastaya hemen revizyone küretaj uygulanır ve gebelik materyali temizlenerek hastanın kanaması durdurulur.



Missed abortus ve blighted ovum

Missed abortus ve blighted ovumda (boş gebelik) klinik olarak hastanın şikayeti yoktur veya minimal kanama mevcuttur, ultrasonografi ile tanı konur ve bu hastalarda da gecikmeden küretaj yapılmalıdır.



!!!

- Tüm bu hastalarda eğer hasta Rh negatif ve 6 haftanın üzerinde bir gebeliği var ise mutlaka anti-D immunglobulin yapılmalıdır.



1. Trimester Kanamaları

- Korpus luteumun yeterli progesteron üretmemesi sonucu implantasyon için uygun endometrium gelişimi olmaması.
- Luteal fazda endometriumun progesterona yetersiz yanıtı.
- Lh aşırı salınımı ,hiperandrojenemik durumlar veya foliküler fazda kalitesiz oosit gelişiminin estrogen sekresyonu ve progesteron korpus luteum fonksiyonuna kötü etkisi.



- Günümüzde 1. trimesterde subkoriyonik hematom ve vaginal kanama ile ilişkili komplikasyonların önlenmesi için bilimsel temelli tedaviler yoktur.
- Birçok hekim ilk trimester kanamalı gebelerde progesteronu yaygın olarak tedavide kullanmaktadır.



2. Trimester kanamaları

İkinci trimester kanamalarında da sıklıkla plasenta yerleşim anomalileri beklenir ancak bununla birlikte vajinal enfeksiyonla veya postkoital kanama ile ilişkili, ektopion veya servikal polip nedeni ile, servikal yetmezlik ve nadir de olsa kanseröz lezyonlar nedeni ile vajinal kanama gözlenebilir.



Geç Gebelik Kanamaları

Geç gebelik kanamaları gebeliğin özellikle üçüncü trimesterinde maternal ve/veya fetal morbidite ve mortaliteyi arttırabilen klinik durumlardır.

En sık sebepleri arasında plasenta previa, ablasyo plasenta ve vasa previa sayılabilir.



- Olguların %50'sinde kanamanın sebebi tüm değerlendirmelere rağmen saptanamayabilir.



Plasenta previa

Plasenta previa plasental dokunun servikal osun üzerinde veya komşuluğunda olmasıdır; servikal osun plasental doku ile çevrelediği plasenta previa ve plasentanın servikal osun 2-3 cm çevresi içine uzandığı ancak serviksi çevrelemediği plasenta marjinalis olmak üzere 2 varyasyonu vardır.



Plasenta previa

Plasenta previa insidansı 4/1000 doğumdur. Klinik olarak ağrısız vajinal kanama görülür kanamaya bazen uterus kontraksiyonları da eşlik edebilir.



Plasenta previa

Özellikle gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanama ile başvuran her hastada ultrasonografi ile tanı genellikle %98-100 oranında doğrulukla konabilmektedir. Plasenta previa şüphesinde vajinal muayene yapılmamalıdır.



Plasenta previa

- Tedavide fetus preterm ise ve kanama minimal ise doğum endikasyonu yoktur.
- Eğer gebelik haftası 34. haftadan daha küçükse antenatal kortikosteroid uygulanmalı, vaginal kanamaya uterin kontraksiyonlar eşlik ediyorsa tokoliz uygulanmalı bu arada ise anne her an acil şartlar için hazırlanmalıdır.



Plasenta previa

Maternal oksijen tedavisi, sol dekübit pozisyon ve sıvı replasmanına rağmen devam eden tatmin etmeyen fetal kalp atım trasesi, hayatı tehdit eden maternal kanama, belirgin vajinal kanama varlığında doğum endikasyonu vardır ve doğum şekli sezaryen olmalıdır.



Ablasyo plasenta

Ablasyo plasenta, normal yerleşimli bir plasentanın fetüsün doğumundan önce ayrılmasıdır. 1/75-1/226 doğumda bir görülür. Ablasyo plasenta klinik olarak vajinal kanama, abdominal ağrı, uterin hipertonsite, güven vermeyen fetal kalp hızı paterni, fetal ölüm ve DIC tablosu ile karşımıza çıkabilir. Tanısı öncelikle klinikdir, ultrasonografi, lab ile de desteklenebilir.



Ablasyo plasenta

Ablasyo plasenta tanısı konulduğu zaman Őoka karŐı önlem alınmalıdır. Eğer hipovolemik Őok varsa kan transfüzyonu ve kristaloidlerle replasmana başlanmalıdır. Tedavide doğum zamanlaması maternal ve fetal duruma, gestasyonel yaşa ve semptomların ciddiyetine göre karar verilir.



Vasa previa

- Vasa previa, fetal damarların servikal os üzerinden velamentoz insersiyonu olarak tanımlanır. İnsidansı 1/6000'dir.
- Klinik olarak akut vajinal kanama ile birlikte eğer hemen müdahale edilmezse ani fetal ölüm görülebilir.
- Tanı ultrasonografi ile konabilir. Tedavide acil sezaryen ile doğum yaptırılır.



Servikal yetmezlik

Serviksin prematür dilatasyonu fetal kayıp veya doğumların majör sebebidir.

Servikal yetmezlik genellikle ikinci trimester kanamalarına yol açmakla birlikte preterm doğumlara da neden olabilmektedir.



Servikal yetmezlik

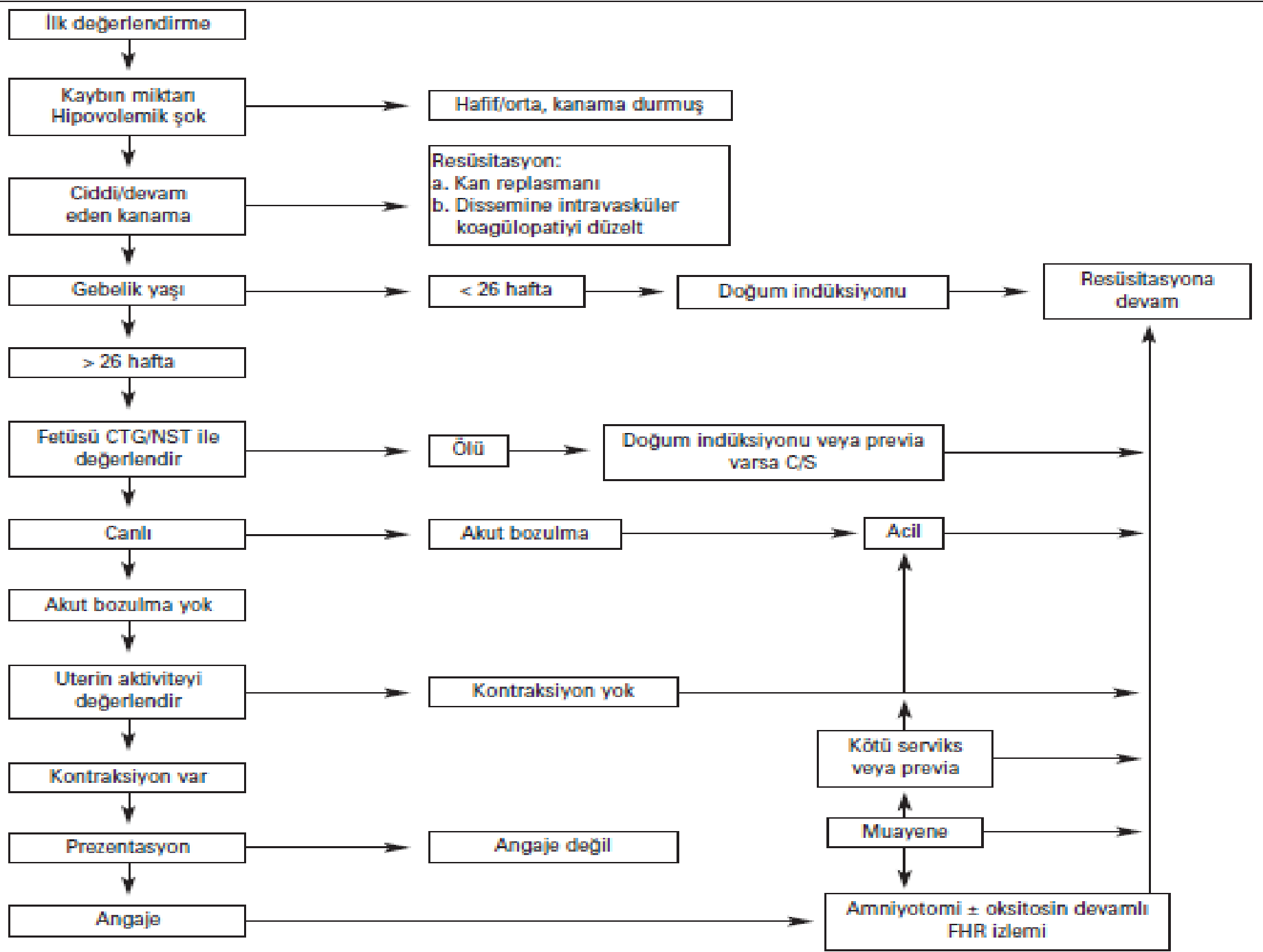
12 ile 15. gestasyonel haftalarda fetal viabilite gösterilmesini takiben profilaktik servikal sütürler konabilir (serklaj). Serklajın preterm doğumu engellediği veya fetal kaybı önlediği yönünde yeterli kanıt yoktur.

Postpartum Kanama

- Postpartum kanama vajinal doğum sonrası 500 ml'den fazla, sezaryen ile doğum sonrası 1000 ml'den fazla veya hemotokritte %10'dan daha fazla düşme olmasıdır.
- Erken başlayan kanama ilk 24 saat içerisinde, geç kanama ise postpartum 24 saat ile 6. hafta arası olan kanamalardır.

Postpartum Kanama

Doğum sonrası kanamaların klinik yönetimini etyolojisi belirler. Masif hemoraji protokolündeki esaslara uyulur ve etyolojiye göre tedavi yapılır.



Gebelik ve Trombositopeni

| | Gebeliğe Spesifik | Gebeliğe Spesifik Olmayan |
|--|--|---|
| İzole Trombositopeni | <ul style="list-style-type: none">• Gestasyonel trombositopeni (%70-80) | <ul style="list-style-type: none">• Primer İTP (%1-4)• Sekonder İTP (HIV, HCV, H.pilori.) (<%1)• İlaça bağlı trombs.• Konjenital trombs.• Tip 2B VWD |
| Sistemik hastalıklarla ilişkili Trombositopeni (Mikroanjiopati) | <ul style="list-style-type: none">• Pre-eklampsi (%15-20)• Hellp send. (<% 1)• Gebeliğin akut KC yağlanması (<% 1) | <ul style="list-style-type: none">• TTP/ HUS (<% 1)• SLE• Antifosfolipid send.• Viral enf• Ki hast.• Beslenme hast• Tiroid hast• Splenik alan spesifik sorunlar |

Kaynakça

1. Velipařaođlu M. "Ücnc trimerter kanamaları." Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40:133-144
2. Gezginç K, Dalkiliç EU. "Jinekolojik Acillere Yaklaşım/Management of Gynecologic Emergencies." Journal of Academic Emergency Medicine 10.4 (2011): 171.
3. http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/10/uzem_023.pdf
4. <http://www.tmftp.org/webkontrol/uploads/files/sermetsa%C4%9Fol25eyl%C3%BCI.pdf>