

ASLA PES ETME! ACİL SEZARYEN SIRASINDA İNTRAOPERATİF İKİ KEZ KARDİYAK ARRESTLE SONUÇLANAN BEKLENMEYEN PLASENTA PERKREATA OLGUSU

NEVER GIVE UP! TWO INTRAOPERATIVE CARDIAC ARRESTS IN A PATIENT WITH UNEXPECTED PLACENTA PERCRETA DURING EMERGENCY CESAREAN SECTION

Elif Bengi ŞENER, Burhan DOST, Emine ÖZDEMİR, Gökçenur ERAYDIN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine*, Samsun, Türkiye

Yazarların ORCID Kimlikleri *ORCID IDs of the authors*

E.B.Ş. : [0000-0001-9803-2323](https://orcid.org/0000-0001-9803-2323); B.D. : [0000-0002-4562-1172](https://orcid.org/0000-0002-4562-1172); E.Ö. : [0000-0003-3246-3897](https://orcid.org/0000-0003-3246-3897); G.E. : [0000-0002-6811-224X](https://orcid.org/0000-0002-6811-224X)

GİRİŞ

Anormal invazif plasentasyon, masif obstetrik kanamanın majör nedenlerinden biridir⁽¹⁾. Olgumuzda; beklenmeyen plasenta perkreatası olan ve intraoperatif iki kez kardiyak arrest (KA) geçiren masif kanamalı bir kadında resüsitasyon girişimlerini sunmak istedik.

OLGU

37 yaşında, 38±4 haftalık gebe hastaya ağrılarının başlaması nedeniyle acil sezaryen planlandı. Sistemik bir hastalığı olmayan hastaya spinal anestezi uygulandı.

Doğum sonrası, plasenta perkreat ve abondan kanama olduğu görüldü. Kan hazırlığı bile olmayan hastaya, ES hazırlanana kadar bolus kolloid infüzyonuna başlandı. Hipotansif ve bradikardik olan hastaya 0.5 mg atropin ve 5 mcg iv epinefrin uygulandı. Cerrahi hemostaz zorlaşırken, hastada aniden bilinç kaybı ve nabızsız elektriksel aktivite (NEA) gelişti. Vakaya kıdemli kadın doğum uzmanı ve obstetrik anestezi uzmanı/ERC ileri yaşam desteği eğitici eşlik etti. İki dakika göğüs kompresyonu ve iv 1 mg epinefrin ile kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sonrası spontan dolaşım geri döndü. Hasta entübe edildi ve masif transfüzyon protokolü aktive edildi. Histerektomi tamamlandıktan sonra hastanın batin içinde çoklu odaklardan kanaması devam etti ve hastada ikinci kez NEA gelişti, 10 dakikalık KPR ve çoklu epinefrin bolusları sonrası spontan dolaşım döndü. Hipotansif seyreden hastada batin, cerrahi kompreslerle doldurularak kapatıldı ve hemodinamik stabilizasyon sonrası sekonder kapatma kararı alındı. Tahmini kan kaybı 7500 cc olan hastaya, operasyon sırasında kristaloid, kolloid, ES, aferez ve random trombosit, TDP, traneksamik asit, kriyopresipitat ve fibrinojen konsantresi verildi. Hasta entübe ve inotrop desteğiyle YBÜ'ne alındı.

Postoperatif 1. günde, eksploratif laparotomi, kanama kontrolü ve cerrahi kapatma işlemi gerçekleştirildi. YBÜ'de herhangi bir nörolojik komplikasyon ve DIC gelişmeden postoperatif 10. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Anormal invazif plasentasyonu olan hastaların anestezi yönetimi

multidisipliner planlama gerektirir. Bu vakalarda kan kaybının hızı, organize bir yaklaşıma vakit bırakmadan hızla katastrofik hale dönüşebilir^(2,3). Bu olgudaki gibi beklenmedik kardiyak arrestlerde, deneyimli ileri yaşam desteği uygulayıcılarıyla ekip çalışması şarttır. KA'in kanama gibi geri döndürülebilir bir nedeni varsa, asla pes etmeyin!

Anahtar Kelimeler: Plasenta perkreta, kardiyak arrest, maternal hemoraji

INTRODUCTION

Abnormal placentation is one of the important causes of massive obstetric haemorrhage⁽¹⁾. Here we present the cardiopulmonary resuscitation attempts of a woman with an unexpected placenta percreta who bled massively and suffered two intraoperative cardiac arrests (CA).

CASE

A 37-year-old, woman was scheduled for emergency caesarean section at 38±4 weeks gestation for uterine contractions. She had no systemic illness. Spinal anesthesia was performed.

After delivery, uterine exploration revealed that placenta percreta and profuse haemorrhage. The patient had no blood samples. Bolus colloid infusion was started immediately until erythrocyte concentrate was prepared. The patient became hypotensive and bradycardic; 0.5 mg atropine and 5 mcg epinephrine were administered. While surgical haemostasis remained a challenge, the patient suddenly developed unconsciousness and pulseless electrical activity (PEA). A senior obstetrician and obstetric anaesthetist/ERC advanced life support instructor attended the case. Spontaneous circulation returned after 2 minutes of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and iv 1 mg epinephrine. The patient was intubated and a massive transfusion protocol was activated. After completion of the hysterectomy, the patient continued to bleed from multiple intraabdominal sites. Intraoperatively, patient received RBCs, FFPs, platelets, apheresis, cryo units, fibrinogen, tranexamic acid, crystalloids and colloids with an estimated blood loss of 7.5 L. Despite appropriate treatment, the patient developed second PEA. Normal sinus rhythm was restored after 10 min of CPR and multiple

epinephrine boluses, hypotension and bleeding persisted. The abdomen was packed with the decision to close secondarily after hemodynamic stabilisation.

On postoperative day 1, explorative laparotomy was performed to control the bleeding and surgical closure of the abdomen. She was discharged uneventfully on the postoperative day 10 without neurological complications or DIC.

DISCUSSION AND CONCLUSION

Anaesthetic management of patients with abnormal invasive placentation requires multidisciplinary planning. The rapidity of blood loss in these cases can quickly become catastrophic, leaving no time for an organised approach^(2, 3).

In cases of unexpected cardiac arrest, teamwork with expert ALS providers is essential. If CA has a reversible cause, such as bleeding, never give up!

Keywords: Placenta percreta, cardiac arrest, maternal hemorrhage

KAYNAKLAR REFERENCES

1. Karacaer F, Biricik E, Ilginel M, Tunay D, Sucu M, Ünlügenç H. Retrospective Analysis of Eighty-Nine Caesarean Section Cases with Abnormal Placental Invasion. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2019; 47(2): 112-9.
2. Enomoto N, Yamashita T, Furuta M. et al. Effect of maternal positioning during cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 2022, 159.
3. Eller A, Porter T, Soisson P, Silver R. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG*. 2009; 116: 648–54.