

Acil peripartum histerektomi

Mehmet Sıddık Evsen¹, M. Erdal Sak², Özgür Özkul³, Yaşar Bozkurt⁴, Murat Kapan⁵

¹Diyarbakır Kadın Hast ve Doğumevi Hastanesi, ²Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ergani Devlet Hastanesi, ³Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kurtalan Devlet Hastanesi, ⁴Üroloji Kliniği. Güneydoğu Tıp Merkezi-D.Bakır ⁵ Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır Devlet Hastanesi.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, acil peripartum histerektomi (APH) insidansı, endikasyonları ve maternal özelliklerini saptamaktır.

Diyarbakır Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesinde Eylül 2005 ile Ağustos 2008 tarihleri arasında APH uygulanan 49 hasta retrospektif olarak incelendi.

Üç yıl süresince gerçekleşen 63463 doğum arasından 49 hastaya (0.77/1000) obstetrik kanama nedeniyle histerektomi uygulandı. Acil peripartum histerektomi endikasyonları sıklık sırasına göre; uterin atoni (%49), uterin rüptür (%42.9) ve plasenta akreata (%8.2) olarak saptandı. Hastalarımızın ortalama yaşı 34.6±5.7 yıl, ortalama gravidaları ise 5.5±2.4 idi. Tedavi olarak, 31 hastaya (%63.3) subtotal histerektomi, 18'ine (%36.7) ise total histerektomi uygulandı. Sekiz (%16.3) hastada bilateral hipogastrik arter ligasyonu, 7'sine (%14.3) unilateral ooferektomi uygulandı. İki hastamız kontrol edilemeyen kanama nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç olarak, uterin atoni ve uterin rüptür acil peripartum histerektominin en sık nedenleridir. Obstetrik kanamalarda acil ve uygun tedavi hasta hayatı için son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: Acil peripartum histerektomi, uterin atoni, nedenler, sıklık

ABSTRACT

Emergency peripartum hysterectomy

The aim of the present study was to determine the incidence, indications and maternal characteristics of emergency peripartum hysterectomy (EPH).

Medical records belong to 49 patients, that undergone EPH at Diyarbakır Gynecology and Obstetrics Hospital, between September 2005 and August 2008 were retrospectively reviewed. During three years, from 63463 deliveries, hysterectomy was performed to 49 patients (0.77/1000) due to obstetrical hemorrhage.

Indications for EPH were uterine atony (49.6%), uterine rupture (42.9%) and placenta accreata (8.2%). The mean age of patients was 34.6±5.7 years, and mean gravida was 5.5±2.4. Subtotal hysterectomy was performed to 31 (63.3%) patients and total hysterectomy to 18 (36.7%) of them. Bilateral hypogastric artery ligation was performed to 8 (16.3%) and unilateral ooferection to 7 (14.3%). Two of our patients died secondary to uncontrolled uterine bleeding.

In conclusion, uterine atony and uterine rupture were the most frequent causes of EPH. Emergent and appropriate management of these patients is the most important life saving procedure.

Key Words: Emergent peripartum hysterectomy, uterine atony, causes, frequency

Yazışma Adresi: Op Dr Mehmet Sıddık EVSEN, Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi, Diyarbakır
Tel: +90 505 357 43 63 E-mail: mevs26@yahoo.com

Geliş Tarihi : 28.10.2008

Yayına Kabul Tarihi : 07.11.2008

GİRİŞ

Obstetrik nedenli kanamalar, gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir¹. Normal doğum veya sezeryan sonrası gelişen medikal tedavi ile kontrol altına alınamayan, hayatı tehdit eden, obstetrik kanamalarda acil peripartum histerektomi (APH) yapılmaktadır. APH için ülkemizde 1000 doğumda 0.25 ile 5.09 arasında değişen oranlar bildirilmektedir.^{2,3}

Çalışmamızın amacı bölgemizde APH insidansı, nedenleri ve maternal sonuçlarını belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Diyarbakır Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesinde Eylül 2005 ile Ağustos 2008 tarihleri arasında APH uygulanan 49 hasta retrospektif olarak incelendi. Hasta bilgileri hastane kayıtları ve hasta dosyalarından elde edildi. Hastanemiz, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci basamak bölge hastanesi olarak hizmet vermektedir.

Doğum sonrası 24 saat içinde konservatif medikal ve cerrahi tedavi (uterin fundal masaj, oksitosin, meterjin, misoprostol, postpartum uterin küretaj gibi) ile durdurulamayan, gebenin hayatını tehdit eden obstetrik kanamalı gebelere APH uygulandı.

Tablo1. Peripartum histerektomi yapılan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Ortalama±Standart sapma	Minimum-maksimum
Yaş, yıl	34.6±5.7	22-47
Gravida	5.5±2.4	1-13
Parite	4.9±2.1	1-12
Gestasyon haftası	38.3±3.1	28-42
Verilen kan, unite	4.9±2.9	0-13
Operasyon süresi, dakika	101±48	40-240
Yatış süresi, gün	5.7±3.3	1-18

Belirtilen sürede hastanemizde gerçekleştirilen, doğum sayısı ve APH insidansı hesaplandı.

Maternal özellikler olarak yaş, gravida, parite, gestasyonel yaş irdelendi. Histerektomi endikasyonları, transfüze edilen kan miktarı, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, maternal mortalite oranları incelendi.

İstatistiksel analiz

İstatistik analiz için SPSS 10.0 programı kullanıldı. Veriler ortalama±standart sapma (minimum – maksimum değerleri) olarak sunuldu. Subgruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi uygulandı. P değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastanemizde 3 yıllık süre içerisinde 63463 doğum gerçekleştirildi. Sezeryan oranımız %15.4 idi. Çeşitli obstetrik nedenlerle 49 (0.77/1000) hastaya histerektomi uygulandı: 6 (%12.2) hastamız daha önce sezeryan operasyonu geçirmişti; hastalarımızın 47'si multipar, 2'si ise primipar idi.

Hastalarımızın yaş ortalaması 34.6±5.7 yıl, ortalama gravidaları ise 5.5±2.4 olarak bulundu. Hastalarımızdan 26'sı (%53.1) 35 yaş ve altında, 23'ü (%46.9) ise 35 yaş üzerinde idi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 gösterilmiştir.

Histerektomi uygulanan 32 (%65.3) hastada normal doğum gerçekleştirilirken, 17'sinde (%34.7) sezeryan ile doğum gerçekleştirilmişti. Uterin atoni nedeniyle kanama saptanan 24 (%49) hastada, cerrahi öncesi medikal tedavi (oksitosin, meterjin ve misoprostol) ile kanama kontrol edilemeyince APH uygulandı. Çalışmamızda ikinci en sık neden olarak 21 (%42.9) hastada uterin rüptür nedeniyle histerektomi uygulandığı saptandı. Plasenta akreata ise 4 (%8.2) hastamızda mevcuttu. Hastalarımızın 47'sine (%95.9) kan transfüzyonu yapıldı. Hastaların ortalama operasyon ve hastanede yatış süreleri sırasıyla 101±48 dk ve 5.7±3.3 gün idi (Tablo 1).

Total histerektomi 18 (%36.7) hastaya uygulanırken; 31(%63.3) hastaya subtotal histerektomi uygulandı. Yedi (%14.3) hastamızda unilateral ooforektomi, 8 (%16.3) hastamızda ise bilateral hipogastrik arter ligasyonu uygulandı. Hastalarımızda uygulanan cerrahi tedavi şekilleri Tablo 2’de verilmiştir. İki hastamızda kontrol altına alınmayan kanama nedeniyle eksitus gerçekleşti.

Toplam olarak 12 (%24.5) hastada fetal eksitus gerçekleşti. Fetal eksitus gelişen ve gelişmeyen subgruplar arasında gravida sayısı, gestasyon yaşı, hastanede yatış süresi ve operasyon süresi bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadı (P>0.05). Ancak fetal eksitus saptanan grupta anne yaşı, fetal eksitus gelişmeyen gruba göre anlamlı yüksek (sırasıyla, 38.8±4.7 yıl ve 33.3±5.4 yıl, P=0.004) bulundu.

Tablo 2. Acil peripartum histerektomi yapılan hastaların uygulanan cerrahi girişimler.

	Total histerektomi	Subtotal histerektomi	Ooforektomi	BHAL	Maternal Eksitus
Atoni	2	22	-	3	-
Rüptür	13	8	7	5	1
Plasenta acreata	3	1	-	-	1

BHAL:Bilateral hipogastrik arter ligasyonu

TARTIŞMA

Obstetrik nedenli kanamalarda son tedavi basamağı olarak histerektomi yapılması anne hayatını kurtarmada son derece önemli bir cerrahi tedavi yöntemidir¹.

Acil peripartum histerektomi oranları, ülkemizde yapılan çalışmalarda, Özden ve ark. tarafından 0.25/1000 ve Zeteroğlu ve ark. tarafından 5.09/1000 olarak rapor edilmiştir^{2,3}. Engelson ve ark. APH oranını 0.2/1000 olarak

vermektedir⁴. Nijerya’da⁵ yapılan bir çalışmada ise APH oranı 4.34/1000 olarak hesaplanmıştır. Biz çalışmamızda APH insidansını 0.77/1000 olarak saptadık. İnsidanslar arasındaki farklılıklar, popülasyonların değişik sezeryan oranlarına, ülke ve bölgelerin sağlık düzeyi ve sosyoekonomik durumlarıyla ilgili olabilir. Tablo 3’de bazı çalışmalarda APH insidans ve nedenleri verilmiştir.

	İnsidans (%)	Bölge	Uterin atoni (%)	Pl acreata ve Pl previa (%)	Uterin rüptür (%)
Özden ve ark. ²	0.25	Marmara	62.7	20.4	16.9
Kayabasoğlu ve ark. ¹⁰	0.37	Marmara	39	46	11
Zeteroğlu ve ark. ³	5.09	Doğu	45.8	25	
Yalınkaya ve ark. ¹⁶	4.12	Güneydoğu	51.4	11.4	14.3
Yücel ve ark. ¹⁷	0.29	Marmara	20.5	29.4	35.3
Güney ve ark. ¹⁵	0.8	Akdeniz	64	14	21
Erdemoğlu ve ark. ¹⁸	4.68	Güneydoğu	55.8	15.4	15.4
Bizim çalışmamız	0.77	Güneydoğu	49	8.2	42.9

Tablo 3. Ülkemizde daha önce yapılan histerektomi çalışmalarının karşılaştırmalı sonuçları

APH de subtotal histerektomi veya total histerektomi uygulanması, alt segmentin kanama bölgesi olup, olmaması ve cerrahın tecrübesine bağlıdır. Total histerektomi sonrası servikal kanser taramasının gerekli olmaması,

servikal enfeksiyon ve akıntının az olması avantaj gibi görünmekte ise de, ikincil organ yaralanması, operasyon süresinin uzaması total histerektominin dezavantajlarıdır^{6,7}.

Çalışmamızda APH'nın en sık uterin atoni nedeniyle uygulanmış olduğunu gördük, oysa Kastner ve ark. (%48.9), Kwee ve ark (%50) ve Kayabaşoğlu ve ark. (%46) yaptıkları çalışmalarda plasenta akreatayı en sık neden olarak bildirmişlerdi⁸⁻¹⁰. Bu farklılık gelişmiş ülkelerde veya bölgelerde sezeryan oranının yüksek olması ile açıklanabilir. Zorlu ve ark. yaptıkları bir çalışmada; 10 yıllık sürede, uterin atoni nedeniyle APH oranında azalma saptarken, plasenta akreataya oranının arttığını belirtmişler ve bunun nedenini obstetrik bakımın kalitesinin artması ve artmış sezeryan oranına bağlamışlardı¹¹.

Uterin rüptür nedeniyle APH oranının çalışmamızda diğer çalışmalara göre yüksek saptanması, çalışmamızda ortalama yaşın yüksek olması ve yüksek parite ile ilgilidir. Ayrıca fetal eksitus görülen grupta da benzer şekilde anne yaşı, fetal eksitus görülmeyen gruptan daha yüksekti. Bu olumsuz sonuç da ileri yaşlardaki yüksek paritenin fetal mortalite üzerindeki etkisini yansıtmaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, daha önce sezeryan olmuş hastalarda plasenta previa gelişmesinin, plasenta akreaata ve peripartum histerektomi riskini arttırdığını saptamışlardı^{9,12,13}. Bizim çalışmamızda da 3 hastada sezeryan öyküsü ile birlikte plasenta previa ve plasenta akreaata olduğu görüldü. Bir hastamızda ise plasenta akreataya mevcut olmakla birlikte önceden geçirilmiş sezeryan öyküsü yoktu.

APH de kan transfüzyonu ihtiyacı, aşırı kan kaybı ile yakından ilgilidir. Çalışmamızda kan transfüzyon oranı diğer çalışmalarla benzerdir^{2,10}. Yedi (%14.3) hastamızda ooforektomi uygulandı. Bu yüksek oranın, uterin rüptürün adnekslere uzanımı ve maternal yaşın çalışmamızda ileri olması ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

APH yapılan 8(%16.3) olgumuzda, birlikte bilateral hipogastrik arter ligasyonu da yapıldı. Hipogastrik arter ligasyonu kanamanın kontrol altına alınması için, histerektomi öncesinde veya histerektomi ile beraber yapılabilir.

Literatürde APH ile birlikte maternal mortalite, %0 ile %17 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir^{3,14}. Çalışmamızda maternal mortalite 2 (%4.1) hastada,

intraoperatif kontrol altına alınamayan kanama nedeniyle gerçekleşti. Bu hastalarımızdan birinde uterin rüptür mevcutken, diğer hastamızda plasenta akreataya mevcuttu. Bizim maternal mortalite oranımız bazı çalışmalarla benzerdir^{10,11,15,16}.

Ülkemizde yapılan konuyla ilgili çalışma sonuçlarını özetleyen Tablo 3'te görüleceği gibi, Batı bölgelerinde plasenta previa ve akkreataya ön plana çıkarken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da olasılıkla Grand multiparitenin sık olması nedeniyle uterin rüptür ilk sırayı almaktadır^{3,16,18}. Ancak bizim çalışmamızda, daha önce Bölgemiz Üniversite Hastanesinde yapılan iki çalışmaya^{16,18} kıyasla uterin rüptür oranının daha yüksek olması; hastanemizin ikinci basamak sağlık kurumu olması nedeniyledir. Bu hastalara hemen müdahale edilmesi gerekirken, ilk sevk edildiği sağlık merkezlerinde müdahale edilmeyip, gönderilmesi sonucu oluşan gecikme nedeniyle uterus rüptür oranlarımız yüksek olabilir.

Sonuç olarak uterin atoni ve uterin rüptürün, acil peripartum histerektominin en sık nedeni olduğunu söyleyebiliriz. Daha önce sezeryan operasyonu geçirmiş gebelerde, plasenta previa saptandığında, plasenta akreataya yönünden hasta değerlendirilmeli ve sezeryan esnasında histerektomi gerekliliği için hasta ve cerrahi ekip hazırlıklı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Drife J. Management of primary postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:275-277.
2. 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;271:363-367.
3. 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.
4. Engelson BE, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidents and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:409-412.
5. Kwame-Aryee RA, Kwakye AK, Seffah JD. Peripartum hysterectomies at the Korle-Bu Teaching Hospital: A review of 182 consecutive cases. Ghana Med J 2007;41:133-138.

6. Thonet RGN. Obstetric hysterectomy- an 11-year experience. *Br J Obstet Gynecol* 1986;93:794-798.
7. Lau WC, Fung HYM, Rogers MS. Ten years experience of caesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:133-137.
8. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99:971-975.
9. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:187-192.
10. Kayabasoglu F, Guzin K, Aydogdu S, Sezginsoy S, Turkgeldi L, Gunduz G. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary Istanbul hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:251-256.
11. Zorlu CG, Turan C, Ioik AZ, Danioman N, Mungan T, Gökmen O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Changing clinical perspective in time. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:186-190.
12. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum: a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1440-1444.
13. Bakshi S, Meyer A. Indications for and outcomes of emergent peripartum hysterectomy: a five year review. *J Reprod Med* 2000;45:733-737.
14. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1443-1448.
15. Güney M, Oral B, Mungan T, Özbaşar D. Emergency peripartum hysterectomy in the lakes region of turkey: incidence and maternal morbidity. *Türk Jin Obst Dern Derg* 2006;3:93-98.
16. Yalınkaya A, Hakverdi AU, Ölmez G, Yalınkaya Ö, Yayla M. Acil peripartum histerektomi. *Perinataloji Dergisi* 2004;12:155-159.
17. Yücel O, Özdemir İ, Yücel N, Somunkıran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:84-87.
18. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi* 2006;33:227-230.