

# Postpartum Kanamalarda Medikal Tedavi



Türkiye

Maternal Fetal Tıp ve  
Perinatoloji Derneği  
VIII. Ulusal Kongresi

11-14 Ekim 2012 Harbiye Asilhanesi **Dr.Yavuz Şimşek**

**İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi  
KHD Anabilim Dalı**

**TABLE 2. Etiologies of Maternal Mortality, Worldwide**

	<b>Developed Countries</b>	<b>Africa</b>	<b>Asia</b>	<b>Latin America and the Caribbean</b>
Number of datasets	5	8	11	10
Number of maternal deaths	2 823	4 508	16 089	11 777
<b>Haemorrhage</b>	<b>13.4%</b>	<b>33.9%</b>	<b>30.8%</b>	<b>20.8%</b>
Hypertensive disorders	16.1%	9.1%	9.1%	25.7%
Sepsis/infections	2.1%	9.7%	11.6%	7.7%
Abortion	8.2%	3.9%	5.7%	12.0%
Obstructed labour	0.0%	4.1%	9.4%	13.4%
Anaemia	0.0%	3.7%	12.8%	0.1%
HIV/AIDS	0.0%	6.2%	0.0%	0.0%
Ectopic pregnancy	4.9%	0.5%	0.1%	0.5%
Embolism	14.9%	2.0%	0.4%	0.6%
Other direct causes	21.3%	4.9%	1.6%	3.8%
Other indirect causes	14.4%	16.7%	12.5%	3.9%
Unclassified deaths	4.8%	5.4%	6.1%	11.7%

Modified from *Lancet*. 2006;367:1066–1074.

# TÜRKİYE ULUSAL ANNE ÖLÜMLERİ ÇALIŞMASI 2005



- PPK insidansı %8

**POSTPARTUM KANAMA TEDAVİSİNDE İNTERNAL İLİAK ARTER  
LİGASYONUNUN ETKİNLİĞİ VE OVER REZERVİNE ETKİSİ**

Yavuz ŞİMŞEK, Ercan YILMAZ, Ebru ÇELİK, Ilgın TÜRKÇÜOĞLU, Abdullah KARAER, Uğur TURHAN, Önder ÇELİK

*J Turk Soc Obstet Gynecol 2012; 9: 153- 8*

**1952 doğum - %12**



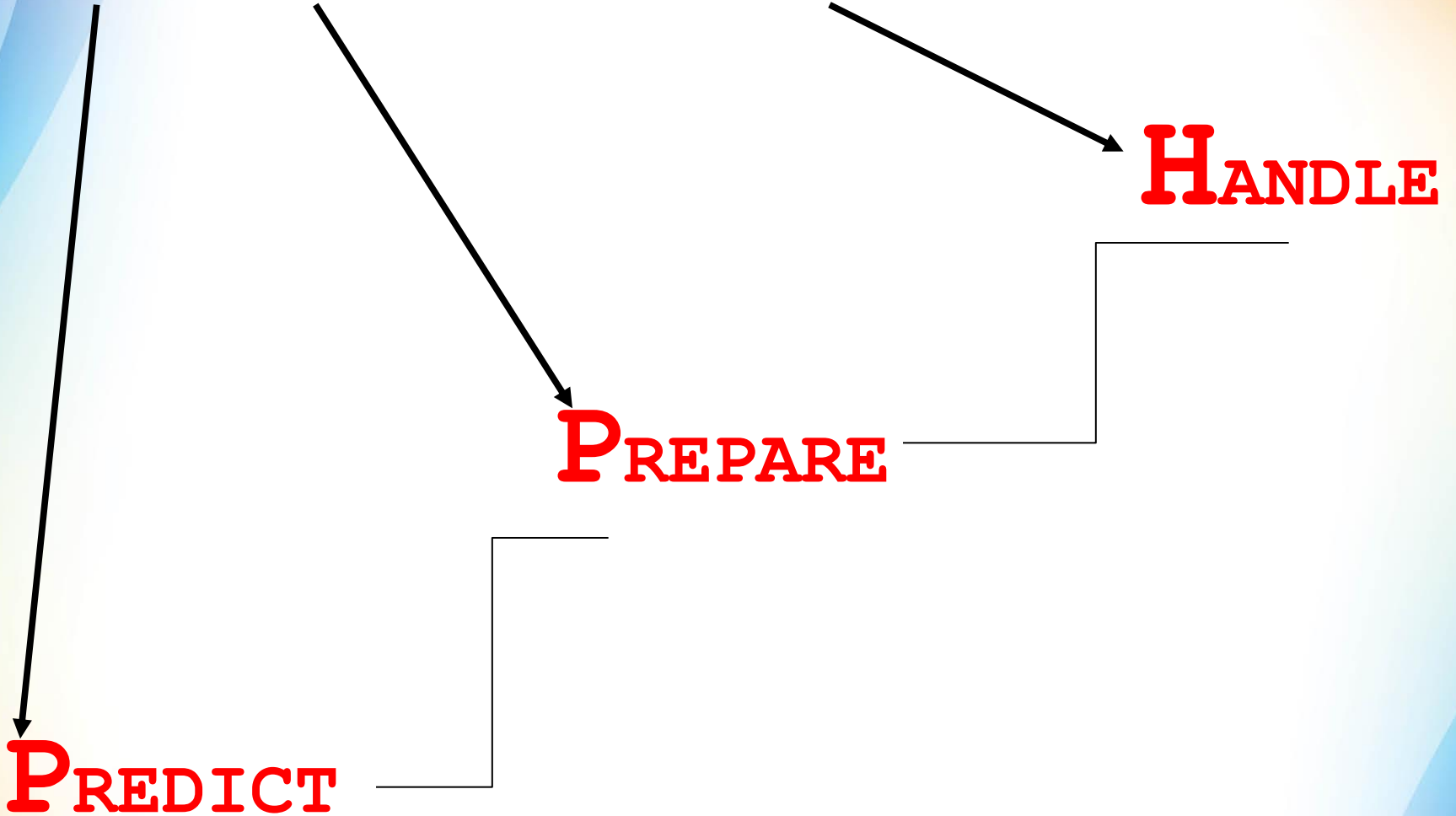


**HAREKET  
PLANIMIZ?**

# PPH YÖNETİMİ

**P**OST **P**ARTUM

**H**EMORRHAGE :



# PostPartum Hemorajisi:

**P**REDICT



Riskli  
hastayı  
ayır

**P**REPARE



Multidisipliner  
yönetim planı  
yap

**H**ANDLE



'Standart'  
Klinik  
yönetimi  
uygula

**PPH**

Postpartum kanamalarının **en**

**sık** nedeni

**atonidir**

# PPH risk faktörleri

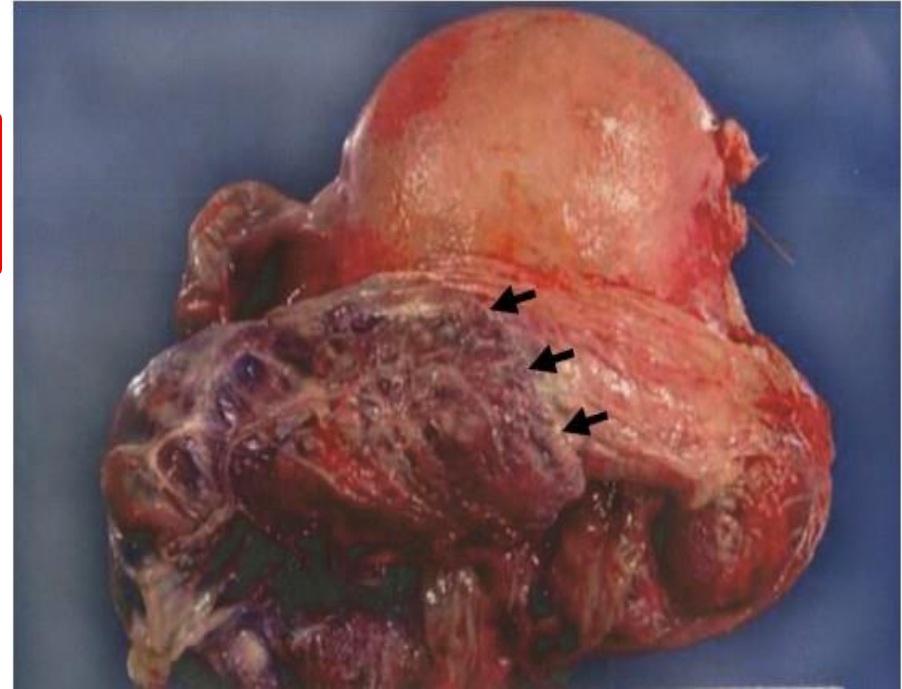
- **Grand Multiparite**
- Doğum indüksiyonu
- Uzamış travay
- Tokolitikler, halotan ve nitrogliserin
- Partum presipitatum
- Plasentanın elle çıkarılması
- Koryoamnionit
- Epidural anestezi
- Myoma uteri
- Daha önce PPH öyküsü
- Aşırı gergin uterus (polihidroamnioz, çoğul gebelik, iri bebek)
- Hipotansiyon (hemoraji ve epidural anesteziye bağlı)

# Plasental invazyon anomalileri

- Grandmultiparite

**Geçirilmiş C/S doğumlar**

- Küretajlar
- Plasenta previa
- Açıklanamayan yüksek AFP



## **Alarming rise of cesarean births: a single center experience**

Y. SIMSEK, S. CELEN, E. ERTAS, N. DANISMAN, L. MOLLAMAHMUTOGLU

Zekai Tahir Burak Training and Research Hospital, Ankara (Turkey)

# Travay ile ilişkili faktörler

Odds ratio of PPH for the considered risk factors.

Risk factor	Odds ratio (95% CI)	P value
Mother's age (5 years increment)	1.15 (1.06 – 1.24)	0.001
Mother's weight (5 Kg increment) *	1.04 (1.01 – 1.08)	0.036
Ethnical race (non-Caucasian vs Caucasian)	1.65 (1.32 – 2.07)	<0.0001
Blood group (0 vs non-0)	0.93 (0.81 – 1.07)	0.310
Hemoglobin (1 g/dL increment) †	0.84 (0.78 – 0.90)	<0.0001
Platelets (30 × 10 <sup>3</sup> /μL increment) †	0.96 (0.93 – 0.99)	0.040
Placenta weight (100 g increment)	1.24 (1.13 – 1.36)	<0.0001
Induced labour (yes vs no)	1.11 (0.94 – 1.31)	0.237
Analgesia (yes vs no)	0.94 (0.81 – 1.10)	0.449
<i>Episiotomy</i>		
- no	1 (Reference)	
- midline	1.35 (1.01 – 1.81)	0.048
- midlateral	2.48 (1.95 – 3.17)	<0.0001
Use of vacuum extractor (yes vs no)	1.45 (1.13 – 1.87)	0.004
<i>Kristeller's maneuver (yes vs no)</i>		
- no	1 (Reference)	
- 1 or 2	1.38 (1.15 – 1.65)	0.001
- >2	1.34 (1.07 – 1.68)	0.012
Retained placenta (yes vs no)	9.21 (5.09 – 16.68)	<0.0001
Genital tract lacerations (yes vs no)	1.65 (1.32 – 2.07)	<0.0001

PPH'yi  
tahmin  
edebilir  
miyiz?

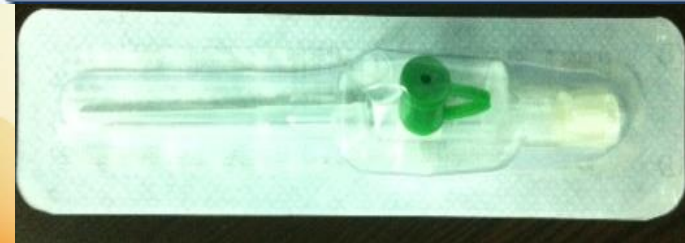
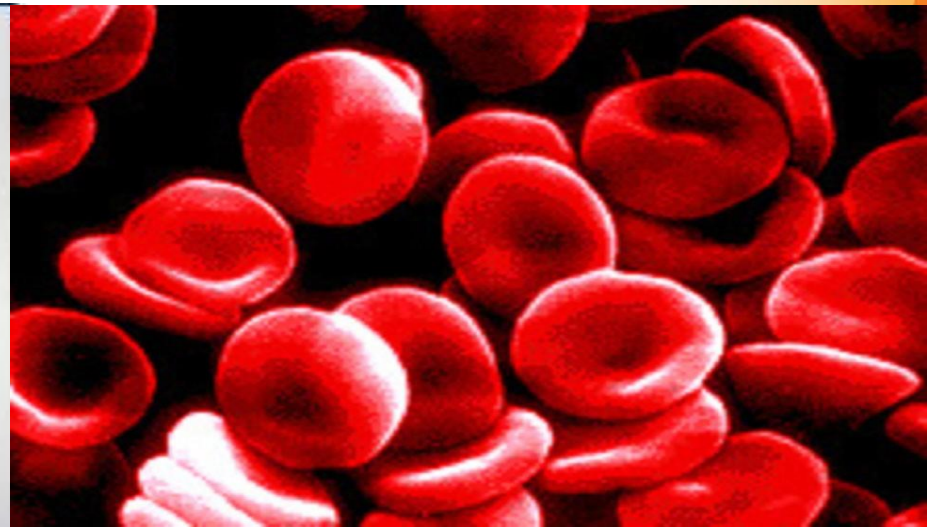
Kimler  
risk  
altında?



**PostPartum Hemoraji**

**2 . HAZIRLAN**

# *Postpartum kanamaya hazırlık*



# PPH'ya hazırlık

- Doğumun 3. evresini aktif yönet!!



# Active versus expectant management in the third stage of labour

Walter JP Prendiville<sup>1</sup>, Diana Elbourne<sup>2</sup>, Susan J McDonald<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Coombe Lying-In Hospital, Dublin 8, Ireland. <sup>2</sup>C/o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, The University of Liverpool, Liverpool, UK. <sup>3</sup>Midwifery Professorial Unit, La Trobe University/Mercy Hospital for Women, Heidelberg, Australia

- 3. evrenin süresi
- Ek doz uterotonik
- Transfüzyon ihtiyacı
- PPK insidansı



- 1000 ml > kanama





## Joint Statement Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage

*International Confederation of Midwives (ICM)*  
*International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO)*

ICM and FIGO are key partners in global Safe Motherhood efforts to reduce maternal death and disability in the world. Their mission statements share a common commitment in promoting the health, human rights and well-being of all women, most especially those at greatest risk for death and disability associated with childbearing. FIGO and ICM promote evidence-based, effective interventions that, when used properly with informed consent, can reduce the incidence of maternal mortality and morbidity in the world.

Severe bleeding is the single most important cause of maternal death worldwide. More than half of all maternal deaths occur within 24 hours of delivery, mostly from excessive bleeding. Every pregnant woman may face life-threatening blood loss at the time of delivery; women with anaemia are particularly vulnerable since they may not tolerate even moderate amounts of blood loss. Every woman needs to be closely observed and, if needed, stabilized during the immediate post-partum period.

Upon review of the available evidence, FIGO and ICM agree that active management of the third stage of labour is proven to reduce the incidence of post-partum haemorrhage, the quantity of blood loss, and the use of blood transfusion.

**Active management of the third stage of labour should be offered to women since it reduces the incidence of post-partum haemorrhage due to uterine atony.**

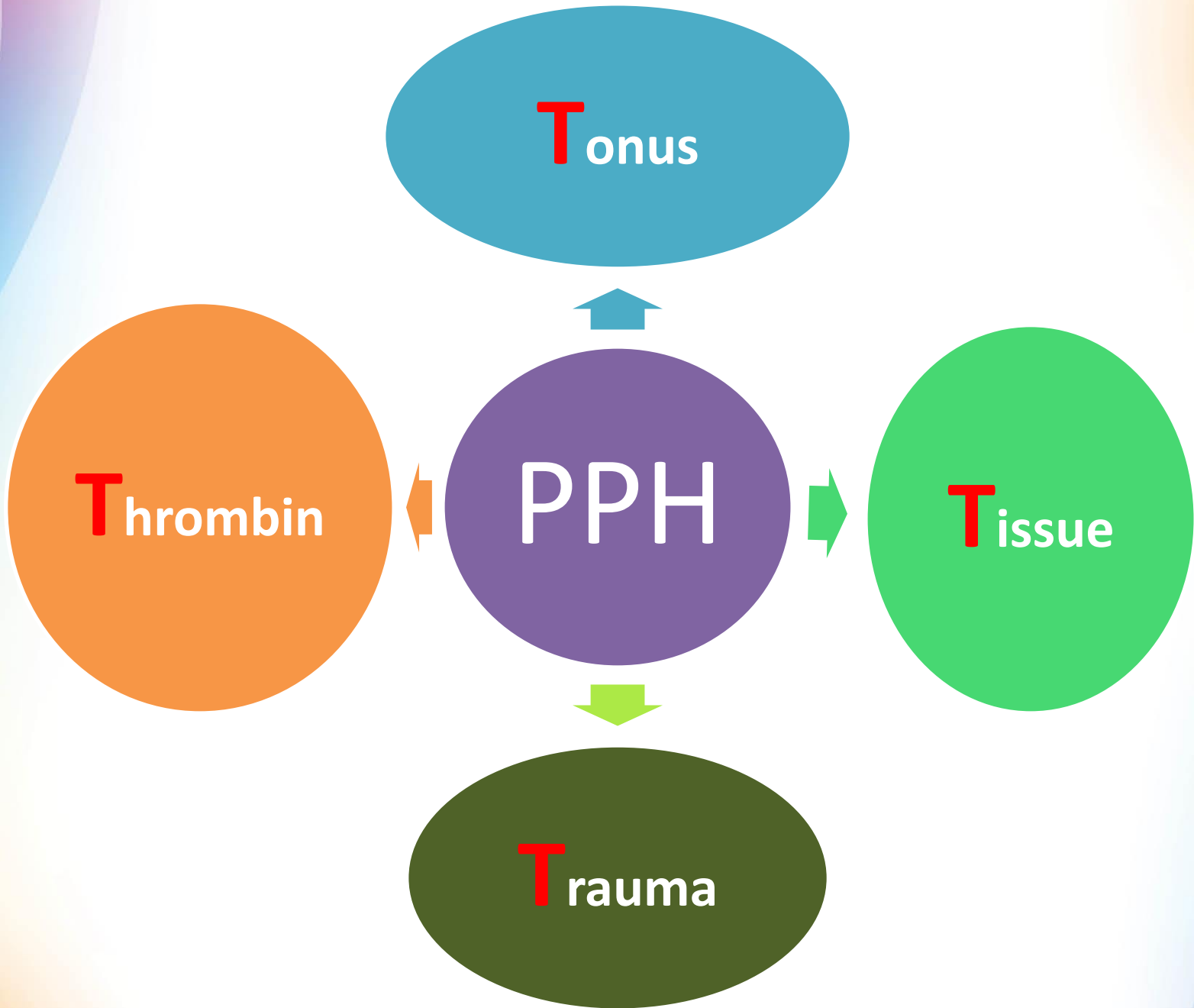
Active management of the third stage of labour consists of interventions designed to facilitate the delivery of the placenta by increasing uterine contractions and to prevent PPH by averting uterine atony. The usual components include:

- Administration of uterotonic agents
- Controlled cord traction
- Uterine massage after delivery of the placenta, as appropriate.

**Every attendant at birth needs to have the knowledge, skills and critical judgment needed to carry out active management of the third stage of labour and access to needed supplies and equipment.**

# Postpartum Hemoraji

- **Tanı koy**
- **Prepartum Hematokrit değerine göre %10'dan fazla azalma\***
- **Eşlik eden klinik bulgular**



**“PPK yönetiminin en önemli unsuru belki de sorumlu hekimin olay anındaki tutumudur.**

**Doğumhanede kaotik ve stresli ortamın oluşmasını önlemek hasta için kritik önem arz eder”**

Yinka Oyelese, Obstet Gynecol Clin N Am 34  
(2007) 421-441

# Atonik PPH'de medikal tedavi

Uterotonikleri kullan

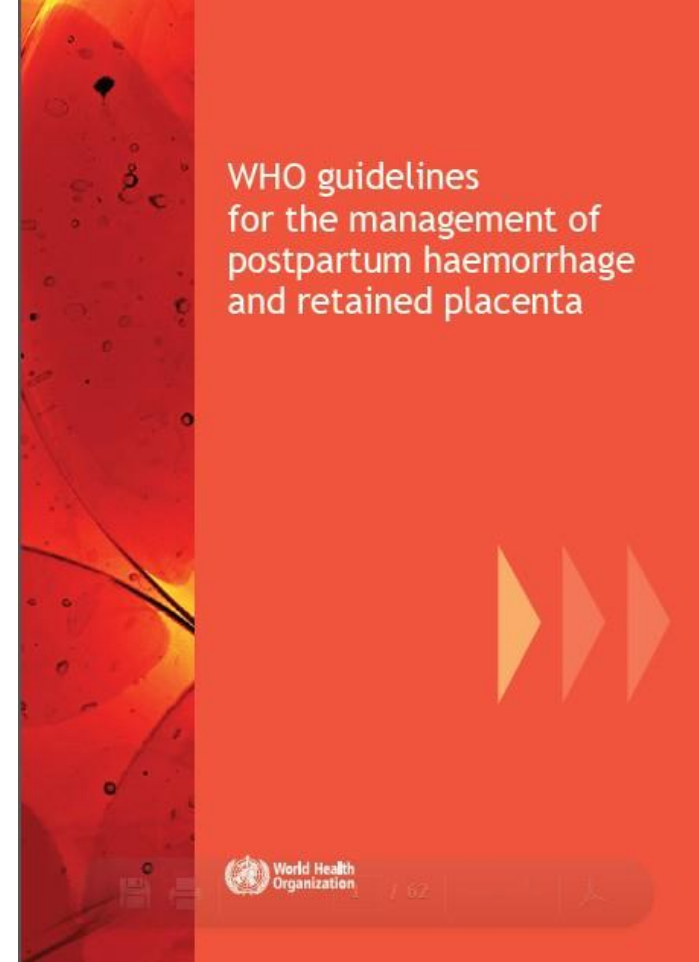
Hemodinamik  
instabilite ve  
koagulasyon  
bozukluđunu düzelt

# PPH'de medikal tedavi standartları

Uterotonik	Doz	Riskler
Oksitosin	20-40 IU/500 ml – 250 ml/s	Hipotansiyon, su intoksikasyonu
Metilergobazin	0.2 mg I.M	Hipertansiyon, aritmi
Misoprostol	600-1000 Mg – s.l-rektal	Ateş, üşüme-titreme, kusma
PGF2alfa (Karboprost)	0.25 mg I.M.	Bronkospazm
Dinoproston	2mg	Hipotansiyon
Tranexamik asit	1g IV infüzyon	Tromboemboli
Cabertocin	100 Mg IV infüzyon	Kullanımı kısıtlı, maliyet
RVIIa	60-120 Mg/kg	Ateş, hipotansiyon, maliyet

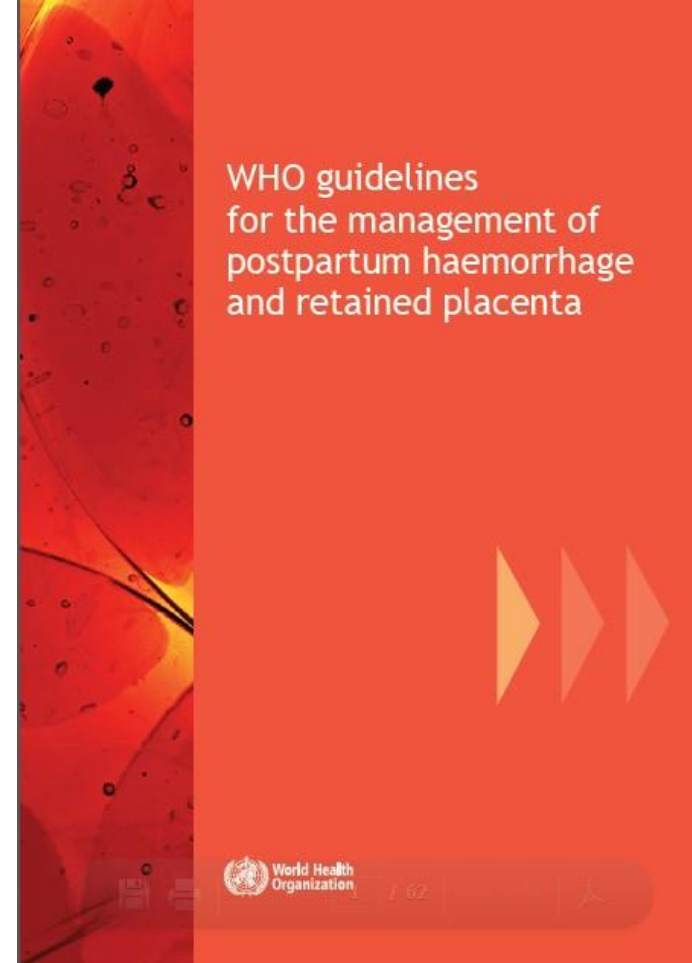
# Hangi ajan 1. basamakta tercih edilmeli

PPH'nın medikal tedavisinde ilk basamakta oksitosin, diğer ajanlara ya da kombinasyon tedavisine tercih edilmelidir



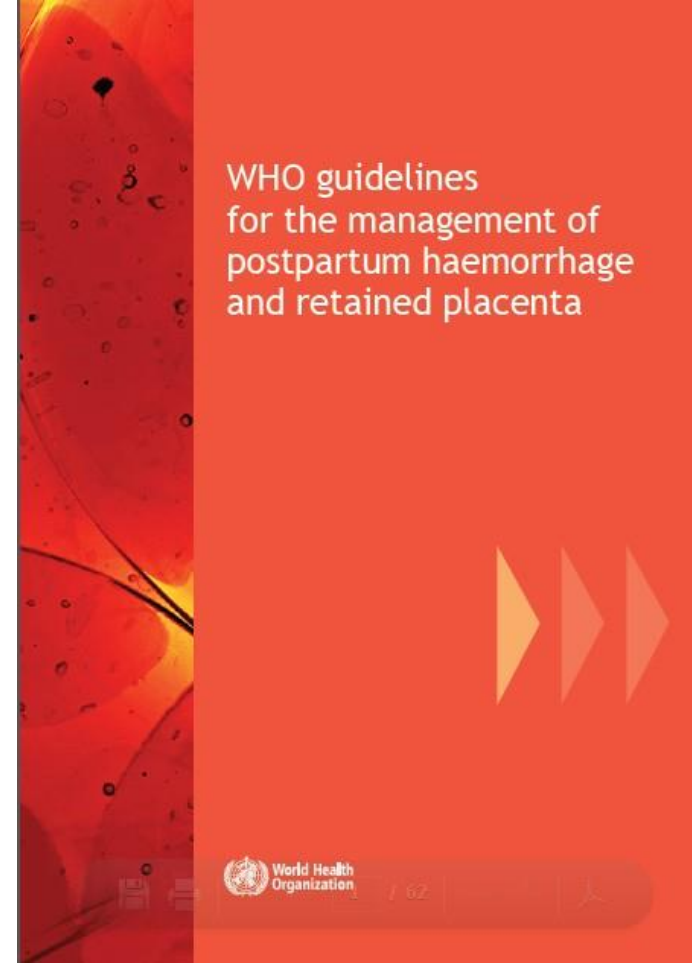
# Oksitosine yanıt alınamazsa?

Oksitosin elde edilemiyor, ya da kanamaya yanıt alınamıyorsa **oksitosin+ergo alkaloidleri ya da ergo alkaloidleri 2. basamakta** kullanılmalıdır.



## 2. Basamak Tedaviye yanıt yoksa

Yanıtız kalınan durumlarda  
**prostaglandinlerden herhangi  
biri 3. basamak olarak verilir**



# Plasental rest

- Vajinal doğumların < %3
- Umbilikal venden 20 U Oksitosin + İzotonik salin 20-30 ml enjeksiyonu  
(Pipingas tekniği)
- 30 dk beklenmesi

# **Sıvı, elektrolit ve transfüzyon tedavisi**

# Kan kaybı ne kadar?

Sınıf	Kan kaybı	Volüm kaybı (%)	Fizyolojik yanıt
1	900 ml	15	Asemptomatik
2	1200-1500 ml	20-25	90-110 arası taşikardi, takipne, ortostatik hipotansiyon
3	1800-2000 ml	30-35	Taşikardide artış, hipotansiyon, soğuk ekstremiteler
4	>2400 ml	40	Şok, oligüri, bilinç kaybı

# Sıvı tedavisi

- Kanama miktarına göre replasman **kristaloidle 3:1** ya da kolloidle 1:1 sağlanmalı

- **Hedef değerler**

- **Sistolik kan basıncı >90 mm Hg**
  - **Nabız < 110/dk**
- **Saatlik idrar çıkışı > 30 ml**

# Sıvı tedavisi

- 30 dk içinde **2 lt kristaloid infüzyonu**



- Hastayı değerlendir

- Dirençli hipotansiyon- taşikardi varlığında



- 500 ml kolloid (isohes, gelafusin)

- Yanıt varsa 250ml/saat hızda infüzyona devam

# Transfüzyon

- Semptomatik hastalarda **transfüzyon yap**
- **ES / TDP: 2:1 ya da 1:1 olmalı**

- **Hedef değerler**

**Hb > 9-10 g/dl,**

**Trombosit > 50.000/mm<sup>3</sup>,**

**Fibrinojen >100 mg/dl,**

**PT-aPTT < 1.5 x N**

# Sonuçlar

- Her kadın doğum kliniği PPH için **multidisipliner yönetim planı** oluşturmmalıdır
- PPH açısından riskli hasta **takibi özeldir**
- **3. evre aktif** yönetilmelidir
- Oksitosin infüzyonu **seçilmiş uterotonik** tedavidir
- Sıvı replasmanı **agresif** yapılmalıdır
- Transfüzyonda **TDP gözden kaçırılmamalıdır**
- **Cerrahiye geçiş kararı** zamanında verilmelidir

# Teşekkürler

'Anneler tedavi edemediğimiz hastalıklardan ölmüyor, toplumlar hala kadın hayatını kurtarılmaya değer görmedikleri için ölüyor.'

*Mahmoud Fathalla  
President of the International  
Federation of Gynecology and  
Obstetrics (FIGO),*

*World Congress, Copenhagen 1997*

