

GENİTAL TRAVMAYA BAĞLI POSTPARTUM KANAMAYA YAKLAŞIM

PROF. DR. ORHAN ÜNAL

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI



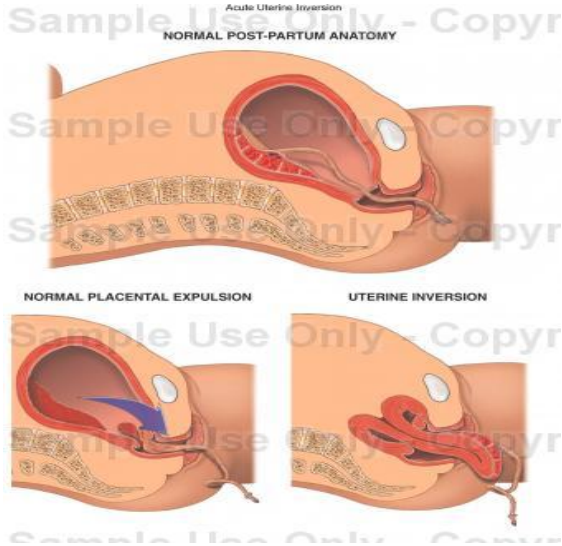
SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

POST PARTUM KANAMA

4T KURALI	NEDEN	SIKLIK (%)
TONUS	Uterus atonisi	70
TISSUE	Plasenta retansiyonu ve plasenta insersiyon anomalileri	10
TRAUMA	Lacerasyon,uterin rüptür, uterin eversiyon	20
TROMBOSIS	Trombositopeni, WWD	1

Dört “T” Kuralı

TRAVMA



Serviks/vajen/perine yaralanmaları

- Hızlı doğum, doğum manipulasyonları
- Cerrahi doğum
- Epizyotomi

C/S sırasında yaralanmalar

- Malpozisyon
- Fötal manipulasyonlar

Uterus Rüptürü

- Önceki cerrahi girişimler(myomektomi,önceki sezaryen)
- Yüksek parite

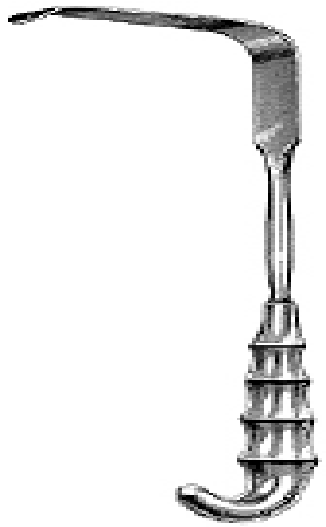
Uterus inversiyonu

- Yüksek parite
- Plasentanın fundusta olması
- Kordun aşırı çekilmesi

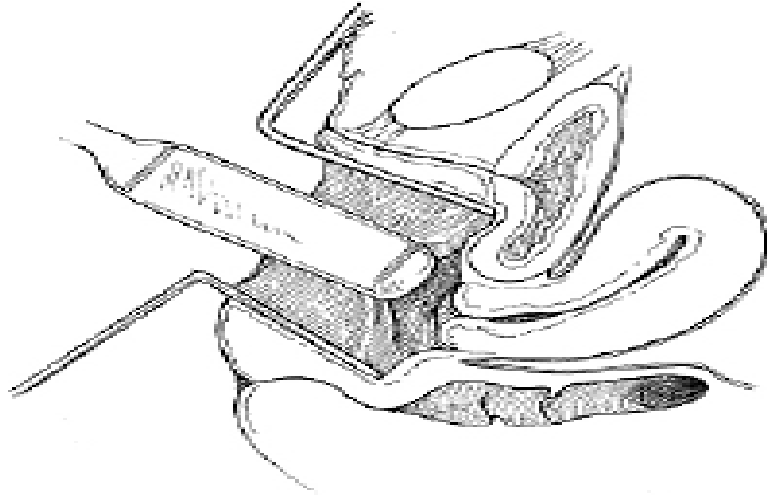
Genital trakt yaralanması

- ▶ Uterus sert, kontrakte fakat kanama devam ediyorsa hemorajinin kaynağının genital trakt laserasyonu olabileceği düşünülmelidir.
- ▶ Postpartum kanamanın ikinci en sık sebebidir.
- ▶ Kanamanın kaynağını belirlemek için vajen, serviks ve uterus dikkatle muayene edilmelidir.
- ▶ Risk faktörleri
- ▶ Nulliparite
- ▶ İri bebek
- ▶ Hızlı doğum
- ▶ Operatif doğum ve / veya epizyotomi

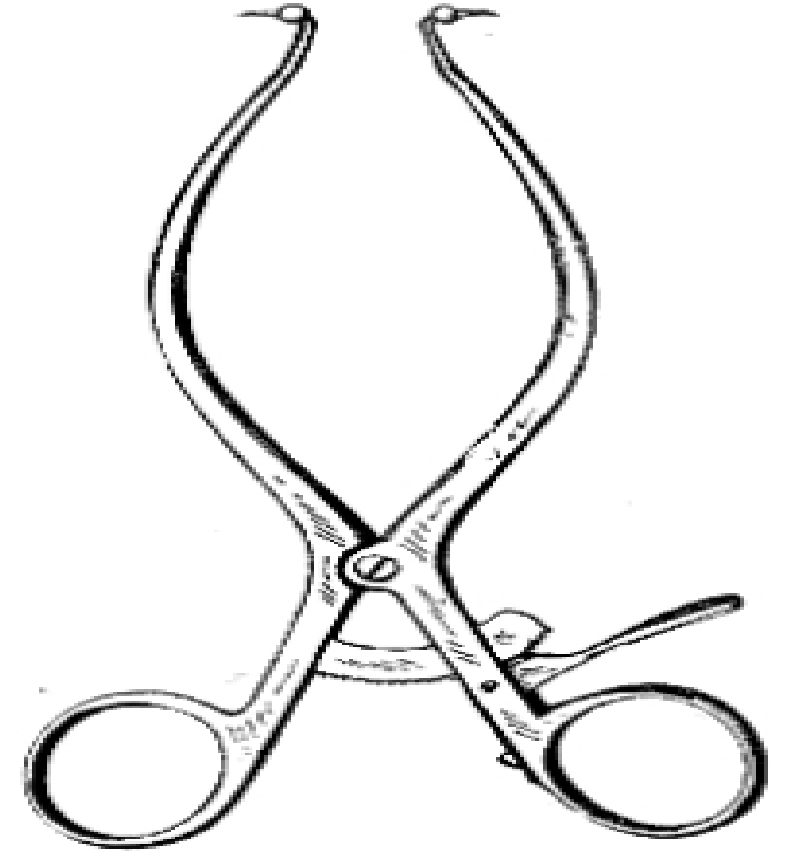
UYGUN DEĞERLENDİRME İÇİN UYGUN ALET SEÇİMİ VE ASİSTANS !!



Heaney retractor



Breisky-Navratil Vaginal Retractors



Gelpi retractor

Vulvovajinal Laserasyonlar

- ▶ Vajen anterior duvarda periüretral lokalizasyonlu laserasyonlar, genellikle ciddi kanama oluşturmaz ve cerrahi onarım gerektirmezler.
- ▶ Daha derin yerleşimli perineal laserasyonlar ise anal sfinkter ve vajen laserasyonlarıyla birlikte olabilir.
- ▶ Ciddi derecede vajinal veya servikal laserasyon varsa retroperitoneal hemoraji veya hemorajinin peritoneal perforasyonu yönünden dikkatli araştırma yapılmalıdır.

PERİNEAL YIRTIKLAR

► Perine yırtıklarının onarımı

Ana prensipler ilk sütürün epizyotomi insizyonu veya yırtıĥın tepesinin gerisine atılması, yuvarlak iĥneli poliglaktin/poliglikolik asit sütürün kullanımı,  l  boşlukların kapatılması ve sütürlerin  ok sıkı atıldığından emin olunmasıdır.  l  boşluklar güvenli biçimde kapatılamazsa vajinal tampon yerleştirilmelidir.

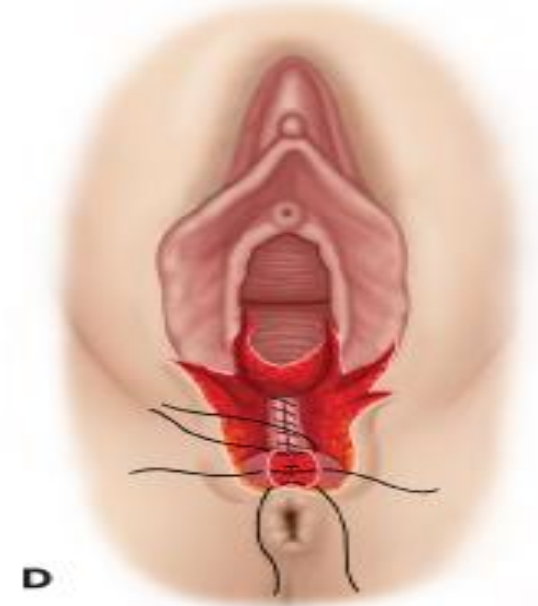
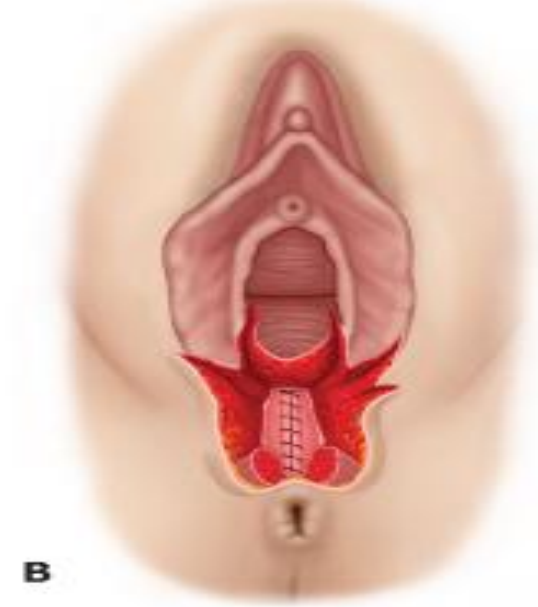
Perineal Yırtıklar

- ▶ **Birinci derece**
- ▶ Vajinal mukoza , forset ya da perineal deride minor yaralanmadır.
- ▶ **İkinci derece**
- ▶ Perineal kasları ve aponörozisi kapsar (anal sfinkter hariç).
- ▶ **Üçüncü derece**
- ▶ Anal sfinkter kompleksini kapsar (EAS and IAS) :
- ▶ **3a:** EAS in % 50 sinden azını kapsayan yırtıklar.
- ▶ **3b:** EAS in % 50 sinden fazlasını kapsayan yırtıklar.
- ▶ **3c:** Hem EAS hem IAS yırtılması.
- ▶ **Dördüncü derece**
- ▶ Anal sfinkter kompleksini ve anal epiteli kapsar.

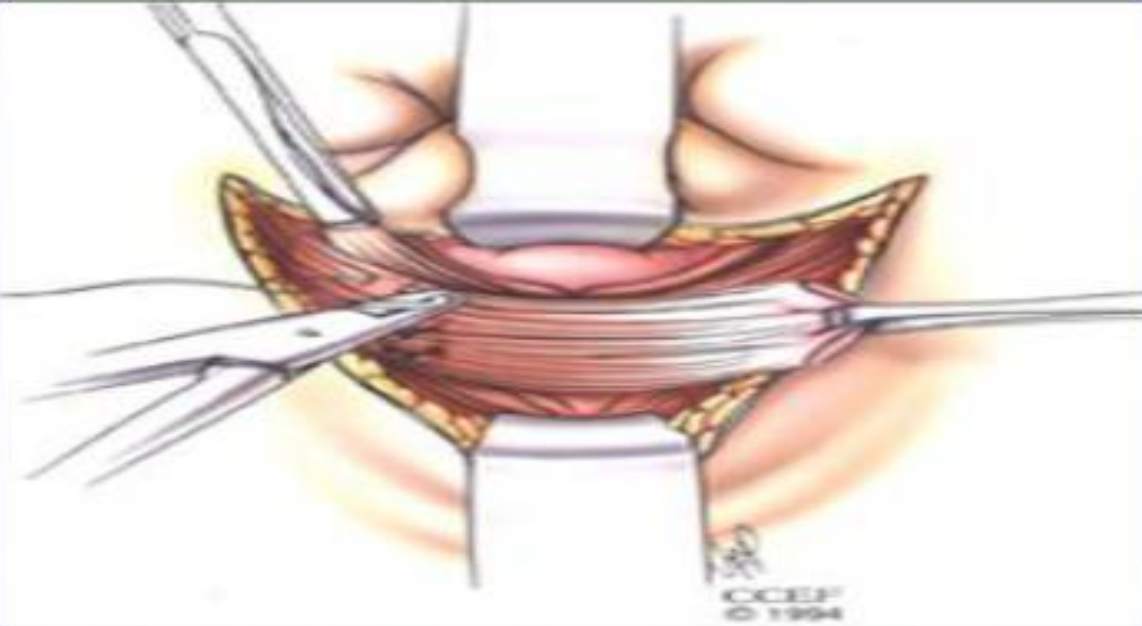
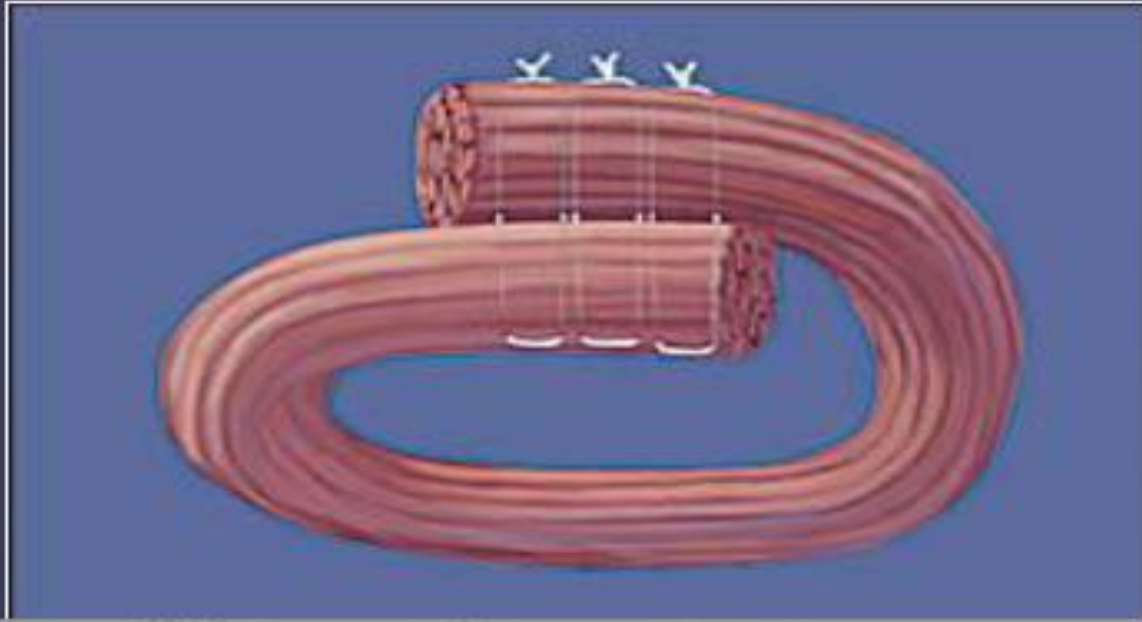
International Consultation on Incontinence and the RCOG.

Perineal Yırtıklar

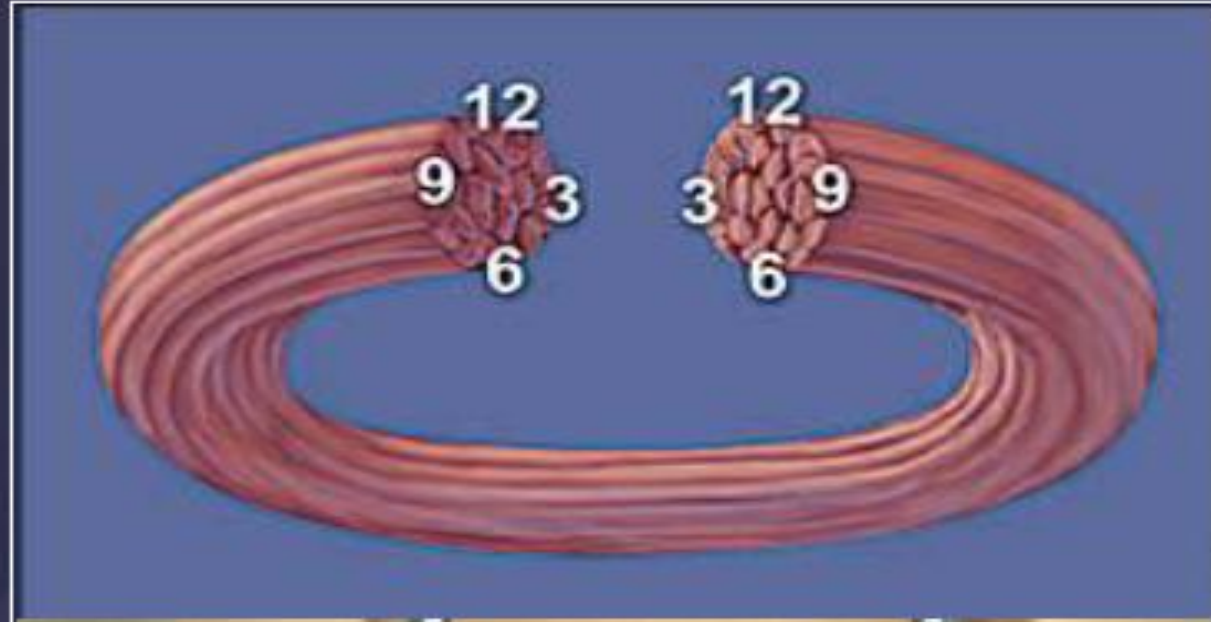
- ▶ Laserasyonlar genellikle Litotomi pozisyonunda ile doğum odasında tamir edilebilir; Ancak, üçüncü ve dördüncü dereceden laserasyon uygun ekipman ve aydınlatma, anestezi desteği hazır erişim için bir ameliyathane gerektirebilir.
- ▶ Üçüncü veya dördüncü dereceden obstetrik laserasyon tamirinde ikinci kuşak sefalosporin (sefotetan veya sefoksitin), (klindamisin, beta laktam alerjisi)



Overlap



End-to-end



Servikal Laserasyonlar

- ▶ Doğumların yarısından fazlasında gözlenebilir çoğu 0.5 cm den küçüktür ve nadiren onarım gerekir.
- ▶ Kanama izlenmeyen ve vajen üst bölüme uzamamış olanlar problem oluşturmaz.
- ▶ Nadiren özellikle forceps uygulamalarında serviks vajenden tamamen veya parsiyel olarak kopabilir servikal laserasyon alt uterin segment ve uterin artere ulaşabilir.

- ▶ **Servikal yırtıkların derecelendirilmesi:**

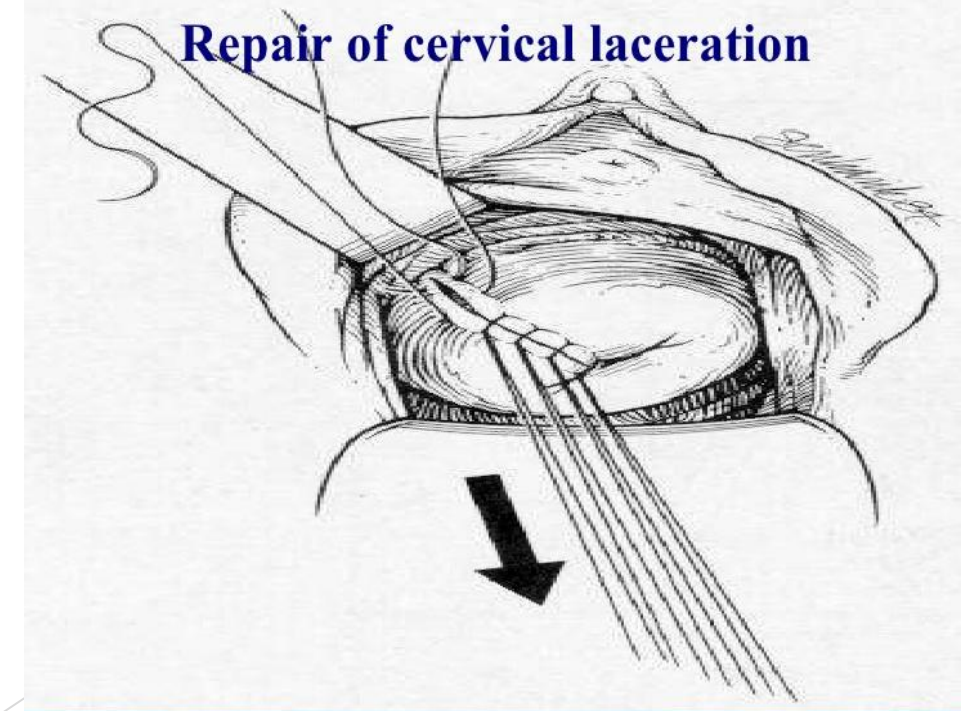
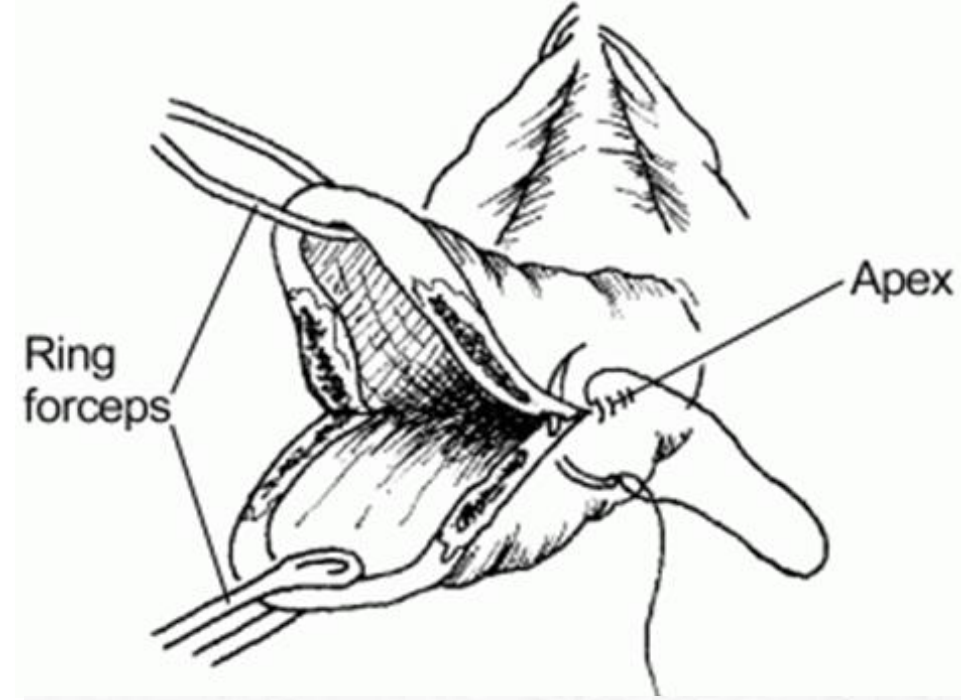
Birinci derece laserasyon - servikal rüptür uzunluğu 2cm üzerinde

İkinci derece laserasyon - kopma uzunluğu > 2 cm ancak vajinal forniks kapsamaz

Üçüncü derece laserasyon - rüptüre alan vajinal forniks kadar uzanır - vajinal fornikse kadar uzanır ise tehlikelidir.

Servikal Laserasyonlar

- Uterus kontrakte olduğu halde yoğun kanama şüphesi varsa daima derin servikal laserasyondan şüphe edilmelidir.
- Majör operatif doğumlardan sonra kanama olmasa dahi serviks rutin olarak inspeksiyon ile kontrol edilmelidir.



PUERPERAL HEMATOMLAR

- Postpartum vajinal hematomlar doğumun az rastlanan (1/1000) hayatı tehdit edici komplikasyonlarındanıdır.
- Puerperal hematoma tanımlanan vakalarda %85 ile %93 oranlarında epizyotomi rapor edilmiştir.

*Hasan Terzi, ve ark. Obstetrik Acillerden Puerperal Vajinal Hematom : Olgu Sunumu
Puerperal Vajinal Hematoma; Kocaeli Tıp Dergisi 2012;1:47-50 .*

Puerperal Hematom

- ▶ Çeşitli anatomik lokalizasyonlarda ortaya çıkabilir
- ▶ Laserasyon epizyotomi ve operatif doğumla ilgili olabileceği gibi laserasyon olmaksızın kan damarlarının rüptürüne de bağlı olabilir.
- ▶ Pıhtılaşma bozukluklarına eşlik edebilir.(DİK)
- ▶ Vulvar, vulvovajinal, paravaginal, retroperitoneal olabilir.

Vulvar Hematom

- ▶ Vestibuler bulbus ve pudental arter dalları (inferior rektal arter perineal arter klitoral arter) laserasyonlarında ortaya çıkar.
- ▶ Küçük bir kesi ile drenaj ve yara ağızlarınının 3/0 vicrly suture edilmesi.

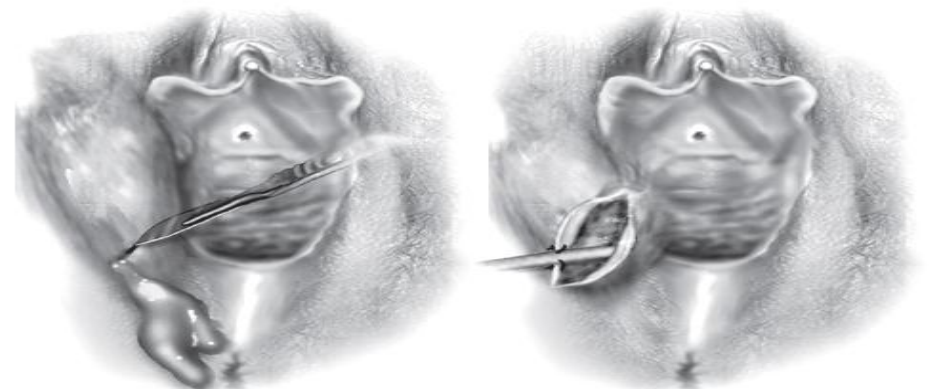
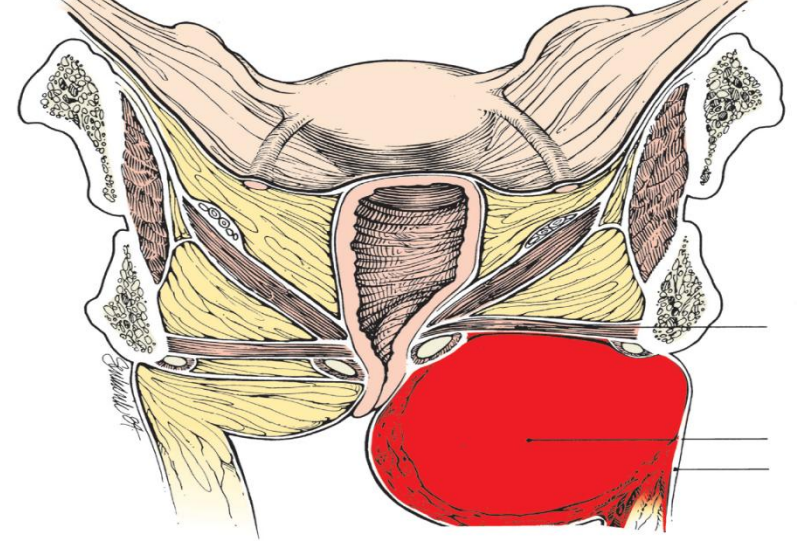
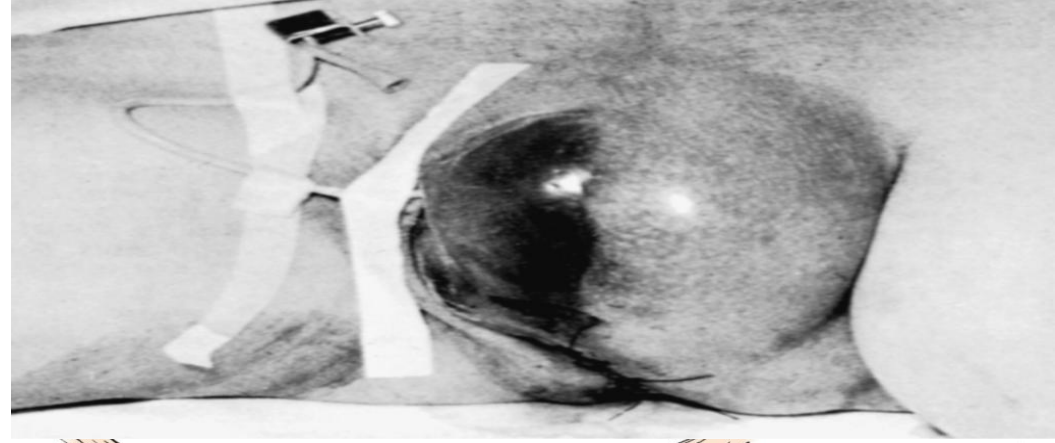


FIGURE 74-2 A The drawing illustrates a hematoma that is drained at its dependent portion. A 1.5- to 2-cm hole is placed through the skin into the hematoma.

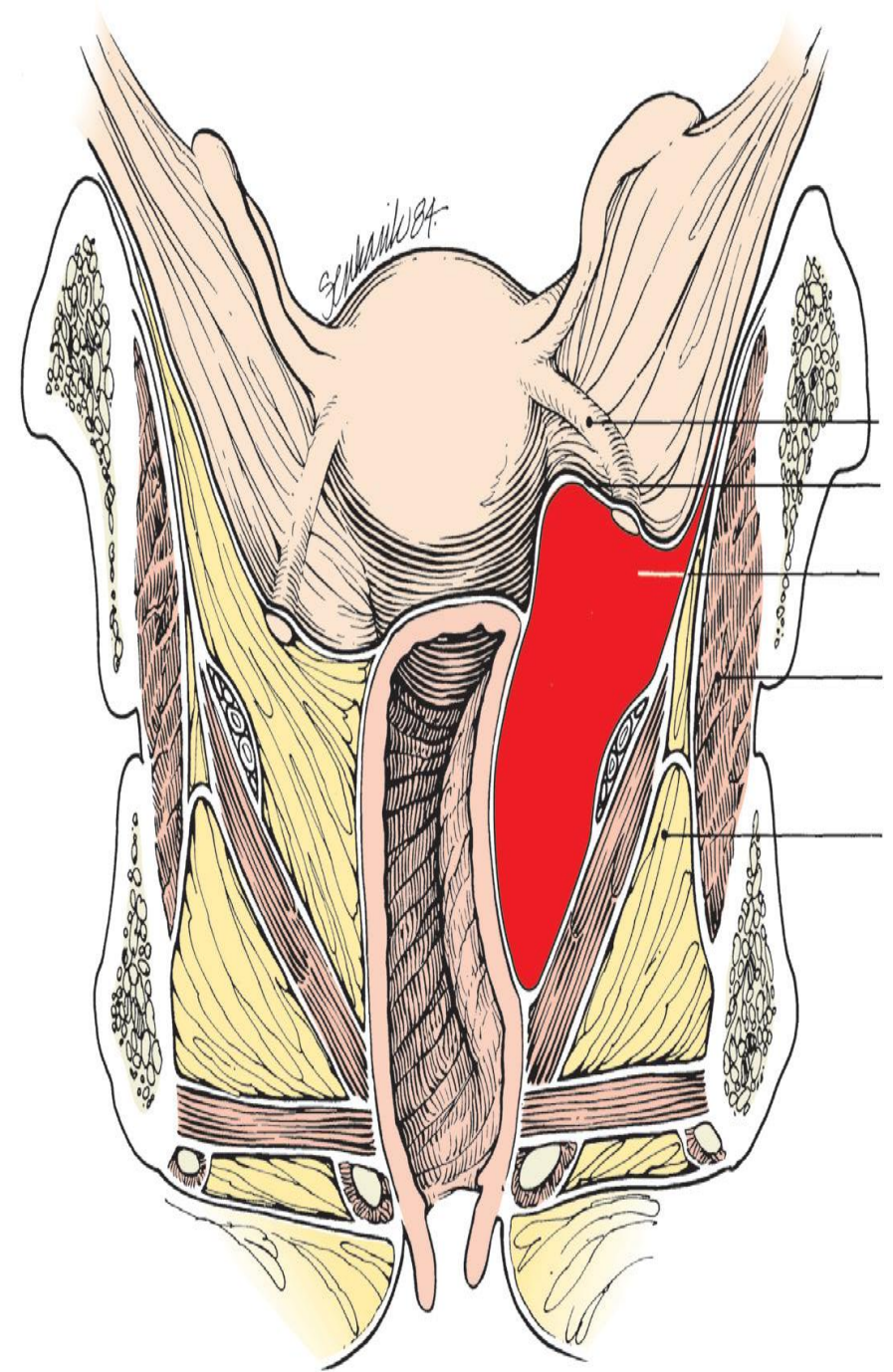
VAJİNAL HEMATOMLAR

- Pinborg ve arkadaşları normal doğum sonrası vajina hematomunun boşaltılmasını takiben vajinadan kaynaklanan ve durdurulamayan kanamayı kontrol altına almak için iki hastada Tansiyon aletinin manşonunu steril eldiven içerisine koymuş ve bu şekilde vajinaya yerleştirmiştir.
- Basınç yavaşça 120 mm Hg'ya kadar sistolik basıncın 10 mm Hg üzerinde olacak şekilde ayarlanmıştır. Sekiz saat sonra manşonun basıncı 10 mm Hg/saat kadar azaltılmış ve 32 saat sonra manşon çıkartılmıştır.
- Her iki hastada da sorunsuz iyileşme sağlanmıştır.

Pinborg A, Bodker B, Hogdall C. Postpartum haematoma and vaginal packing with a blood pressure cuff. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:887-9

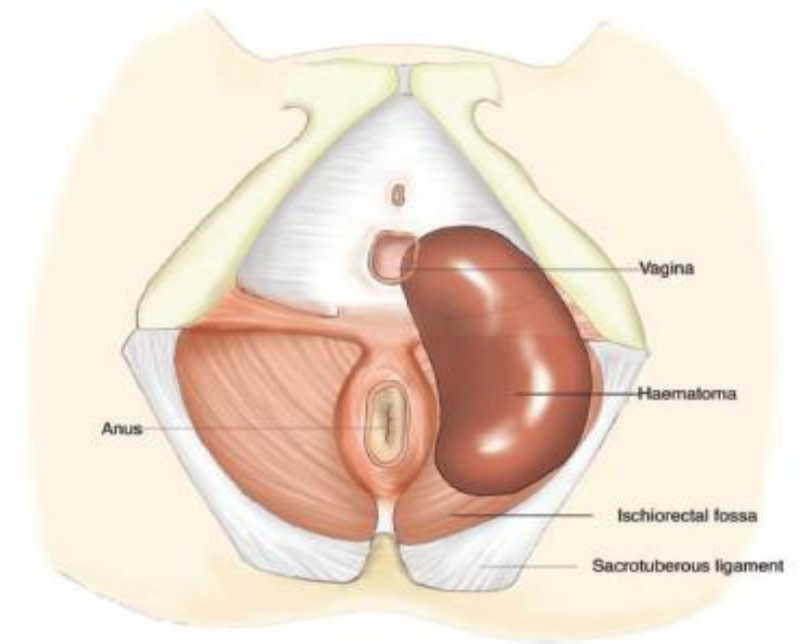
Paravajinal Hematom

- Uterin arter inen dallarının laserasyonlarına bağlı ortaya çıkar
- Pelvik fasya üzerindeki kan damarlarının zedelenmesi ile supralevator hematom gelişebilir supralevator hematom vajen üst 1/3 kısmına kadar uzanabilir ve lümende tıkanıklık oluşturabilir
- Kanama devam ederse retroperitoneal alana yayılır çıkan kolon hepatik fleksura ve diafragma alt sınırını diseke eder



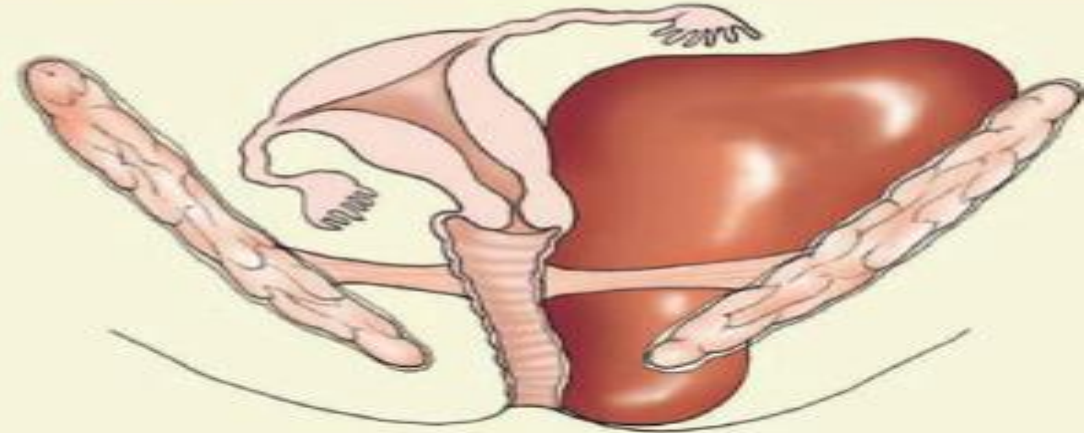
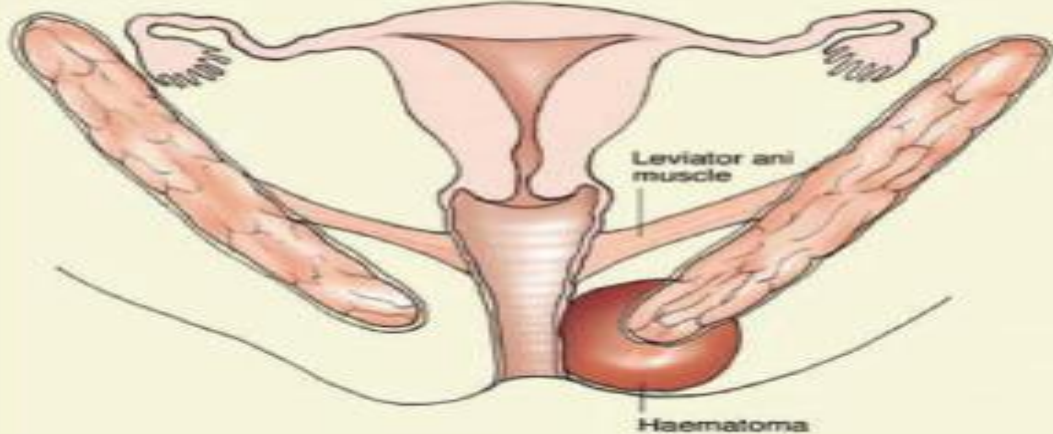
Vulvovajinal Hematomlar

- Hızlı ilerler ve dayanılmaz ağrı oluşturur
- Hafif orta derece hematomlar absorbe olabilir daha ciddi vakalarda hematom üzerindeki dokuda nekroz oluşabilir eski kan ve pıttıdan oluşan materyal rüptüre olabilir
- Levator tabakası üstüne paravajinal alana ve retroperitona uzanan kanamalar fatal olabilir



Vulvovajinal Hematomlar tanı

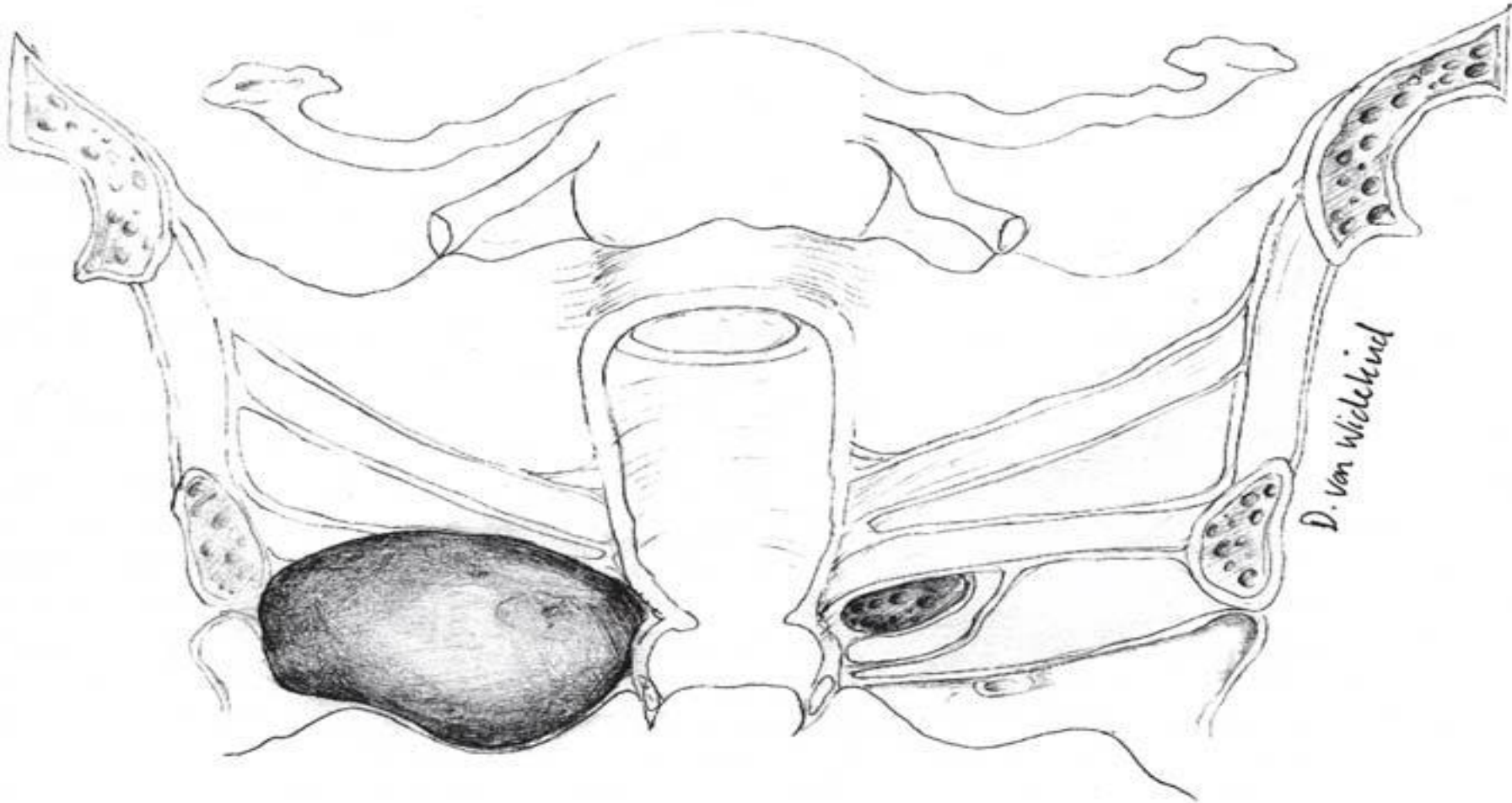
- Post partum hastada ağrı fazla ise vulvovajinal hematom akla gelmelidir
- Vulvar hematom perinede soluk cilt altında fluktuasyon veren gergin kitlenin görülmesi ile kolayca tanınır
- Paravajinal hematomun gözden kaçması daha kolaydır
- Pelvik bası hissi (makata vuran ağrı) idrar yapamamayla birlikte vaginal lümende oklüzyon varsa tanı paravajinal hematomdur.



Vulvovajinal Hematomlar yönetim

- ▶ *Infralevator hematomlar*
- ▶ 5 cm'den küçük olan ve büyümeyen hematomlar için buz torbaları, basınçlı giysiler ve analjezi ile konservatif yaklaşım önerilir. Genişleyen veya 5 cm'den büyük ebattaki hematomlar için cerrahi girişim önerilir.

Vulvovajinal Hematomlar yönetim



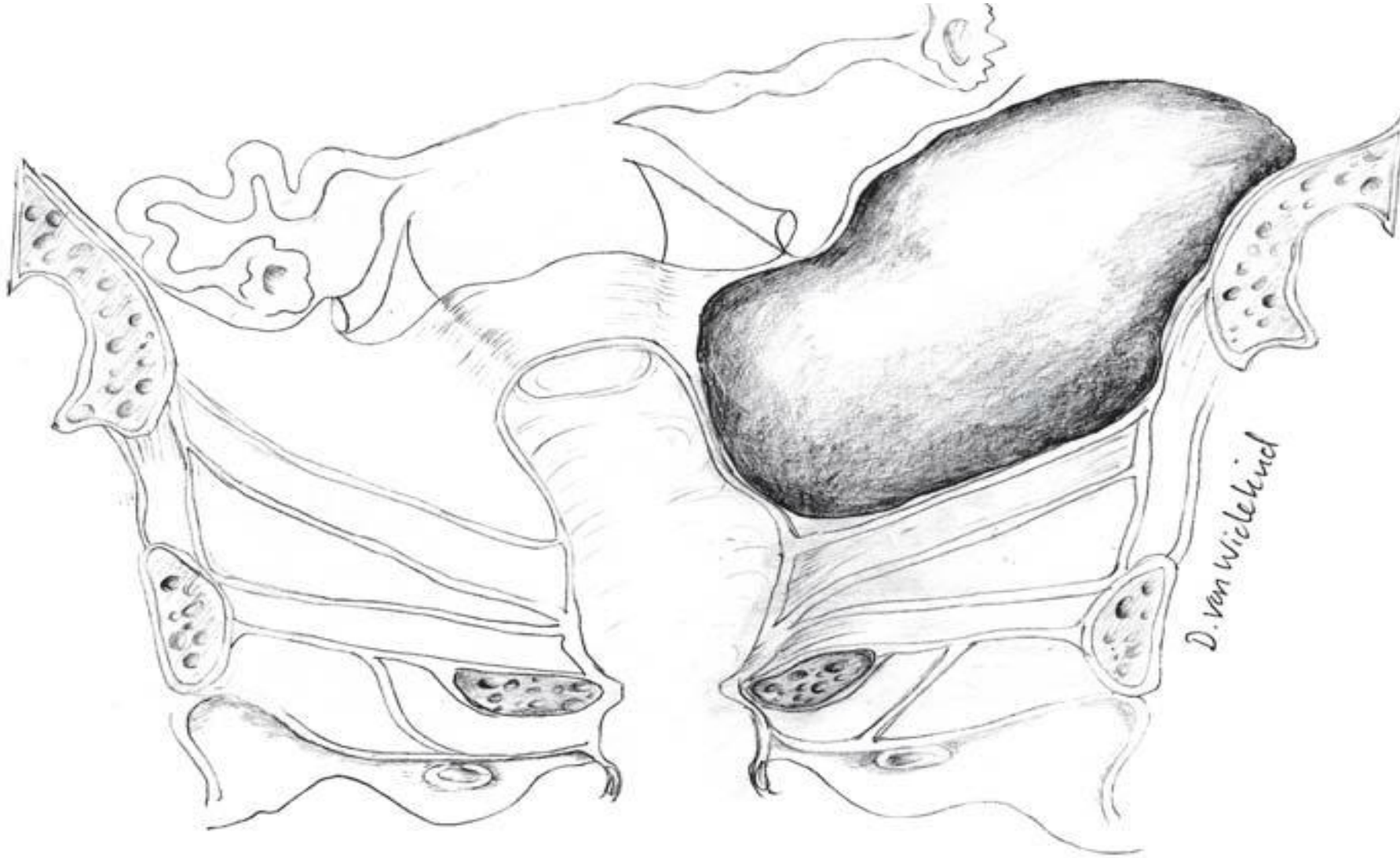
Vulvovajinal Hematomlar yönetim

- ▶ Mümkünse insizyon distansiyonun maksimum olduğu bölgeden görünen skar dokusunu azaltmak için vajina içerisinden açılmalıdır.
- ▶ Kanama ve pıhtılar boşaltılır
- ▶ Kanayan damar bağlanır. Ayrı kanama odakları sekiz şekilli emilebilir sütürler ile onarılır oblitere edilir
- ▶ Kanayan alan sıklıkla net olarak belirlenemez bu durumda hematoma boşaltılır. Hematom boşluğu için en az 24 saat kalacak olan dren yerleştirilmesi, vajinaya tampon konulması ve bir Foley kateter takılması gerekebilir.
- ▶ 12-24 saat süresince vajinal tampon uygulanır.

Vulvovajinal Hematomlar tanı

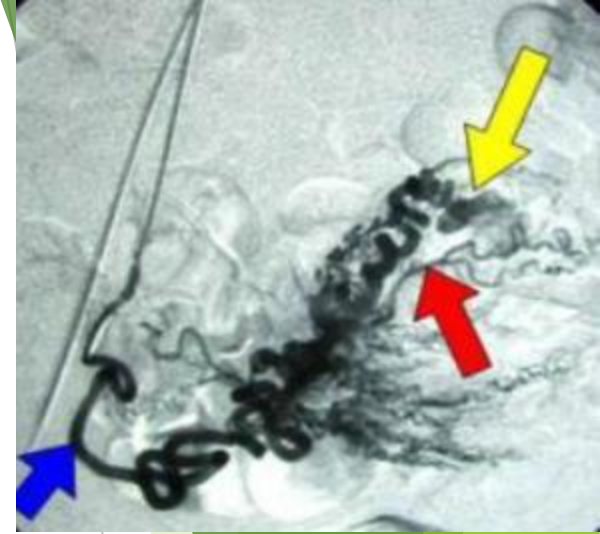
- ▶ Suprlevator yayılım varsa hematoma paravajinal alanın yukarısına broad ligament yaprakları arasına yayılmış ise hipovolemi gelişene kadar veya abdominal palpasyonla hissedilene kadar farkedilmeyebilir
- ▶ USG ve CT hematomun lokasyonu ve yayılımının belirlenmesinde kullanılabilir
- ▶ Suprlevator hematomlar hipovolemik şok gelişmesine yol açabilirler mortalite riski taşırlar.
- ▶ Kanama alanında dallanmalardan oluşan kanamanın orijini belirlenemeyebilir durdurmak için Mikulicz tamponu ile packing hayat kurtarıcı olabilir.

Vulvovajinal Hematomlar



Anjiyografik Embolizasyon

- ▶ 500 den fazla vakada %90 etkin
(Bodner, 2006; Lee, 2012; Poujade, 2012; Sentilhes, 2009)
- ▶ Etkinliği net değil
American College of Obstetricians and Gynecologists (2012b)
- ▶ Komplikasyon nadir



Anjiyografik Embolizasyon

- Üst vajinadaki kan akımı, zengin damar anastomozlarından oluşan bir ağıdır ve bu ağ başlıca internal iliyak arterin ön dalından çıkan arterler (vajina, uterus, orta rektal arterler) ve internal iliyak arterin arka dalının en alt dalı olan internal pudental arterden beslenir.

Anjiyografik Embolizasyon

- Selektif arter embolizasyonu tekniğinde bu damarlar başlangıçta transfemoral arteriyografi ile incelenir. Daha sonra Gelfoam (jelatin) pledgletler kullanılarak embolizasyon uygulanır.

Pelage ve arkadaşları beklenmeyen doğum sonu kanama nedeniyle bu işlemin uygulandığı 35 vakalık bir seri rapor etmişlerdir.

- Kanama biri hariç tüm vakalarda kontrol altına alınmıştır. Kanamanın kontrol altına alınamadığı tek vakada embolizasyondan 5 gün sonra tekrar kanama olması nedeniyle histerektomi uygulanmıştır.

Pelage J, Le Dref O, Jacob D, et al. Selective arterial embolisation of the uterine arteries in the management of intractable postpartum haemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78:698-703

Anjiyografik Embolizasyon

Embolizasyonu başarılı olan tüm kadınlarda adetler eski halinde dönmüştür. Diğer yandan bu işlem risksiz değildir. Sepsis ve çoklu organ yetmezliği nedeni ile ölümler bildirilmiştir.

Ledee N, Ville Y, Musset D, et al. Management in intractable obstetric haemorrhage: an audit study on 61 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;94:189-96

Uterin Rüptür

- ▶ **Primer uterin rüptür**

(intakt skarsız uterusda)

- ▶ **Sekonder uterin rüptür**

(myometrial insizyon, injury, anomali olan uterusda)

- ▶ Uterin rüptür insidansı 1/480

Uterin Rüptür

- **Komplet Rüptür**
(tüm katlar açılmış)
- **1- Travmatik**
- **2- Spontan**
- **İnkomplet Rüptür**
(viseral periton intakt)



Uterin Rüptür Risk Faktörleri

► A. Gebelik öncesi dönemde Uterus bütünlüğünü bozan durumlar

I. Myomektomi

II. C / S ya da histerotomi

III. İnterstisyel Ovidukt metroplasti Derin koronal rezeksiyonu

IV. Enstrümantasyon, küretaj

V. Konjenital anomali (miyometriyum gibi, çünkü bir konjenital bozukluk doğal zayıf olabilir Ehlers-Danlos tip IV)

Pepin M, Schwarze U, Superti-Furga A, Byers P.N Engl J Med. 2000;342(10):673

Uterin Rüptür Risk Faktörleri

- ▶ B. Şu anki gebelikte meydana gelen uterin yaralanma
- ▶ A. Doğum Öncesi
 - I. Persisten yoğun spontan kontraksiyon
 - II. Doğum İndüksiyonu (Oxytocin yada prostaglandin)
 - III. External travma
 - IV. External versiyon

Uterin Rüptür Risk Faktörleri

► B. Doğum Sırasında

- I. İnternal versiyon
- II. Zor doğum müdahaleleli doğum (forceps kullanımı)
- III. Makat doğum, makrosomi, fetal anomali

► III. Edinilmiş

- I. Placenta increta veya percreta
- II. GTD
- III. Adenomyosis

► IV. Diğer

Uterus kapama teknikleri



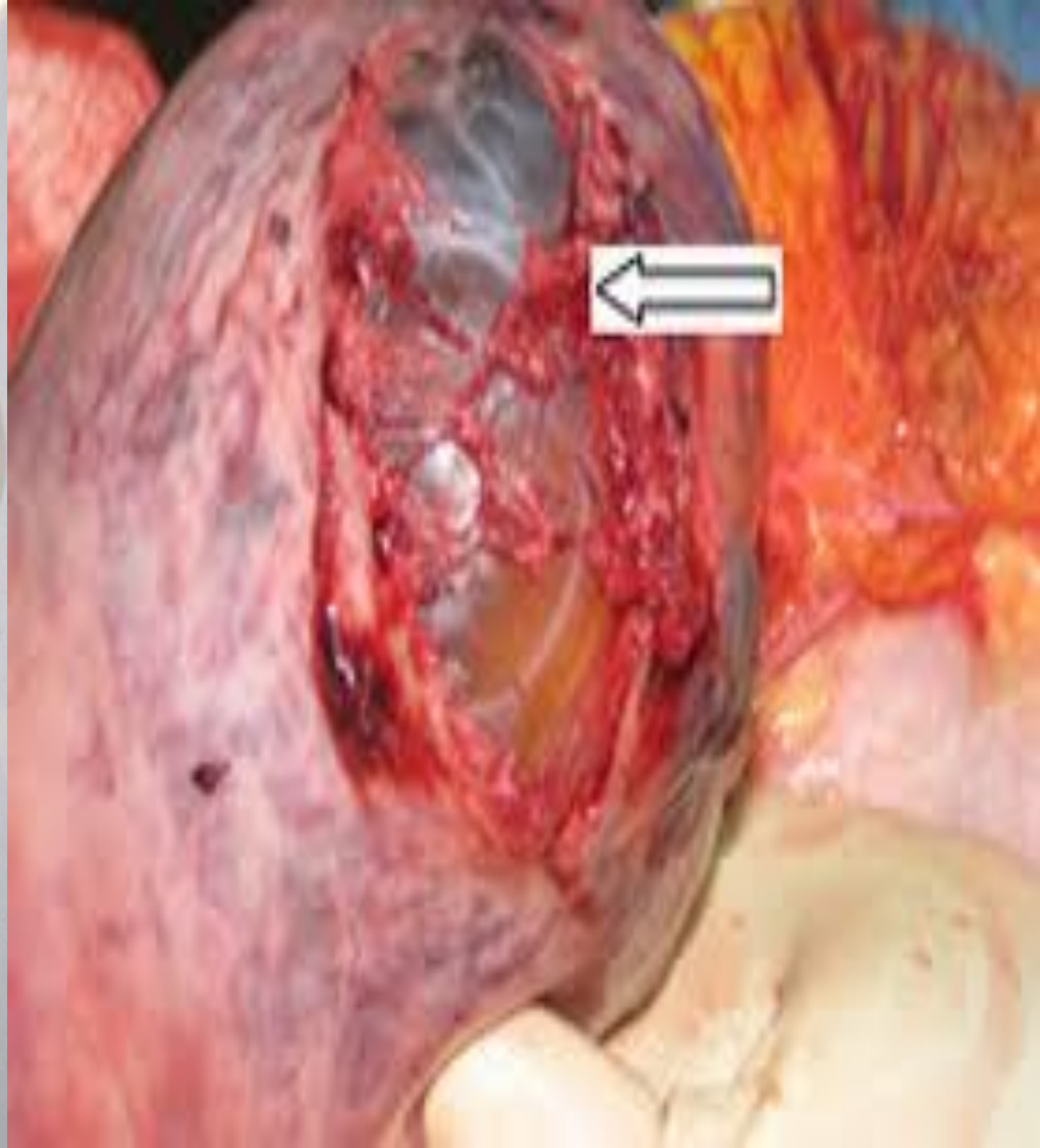
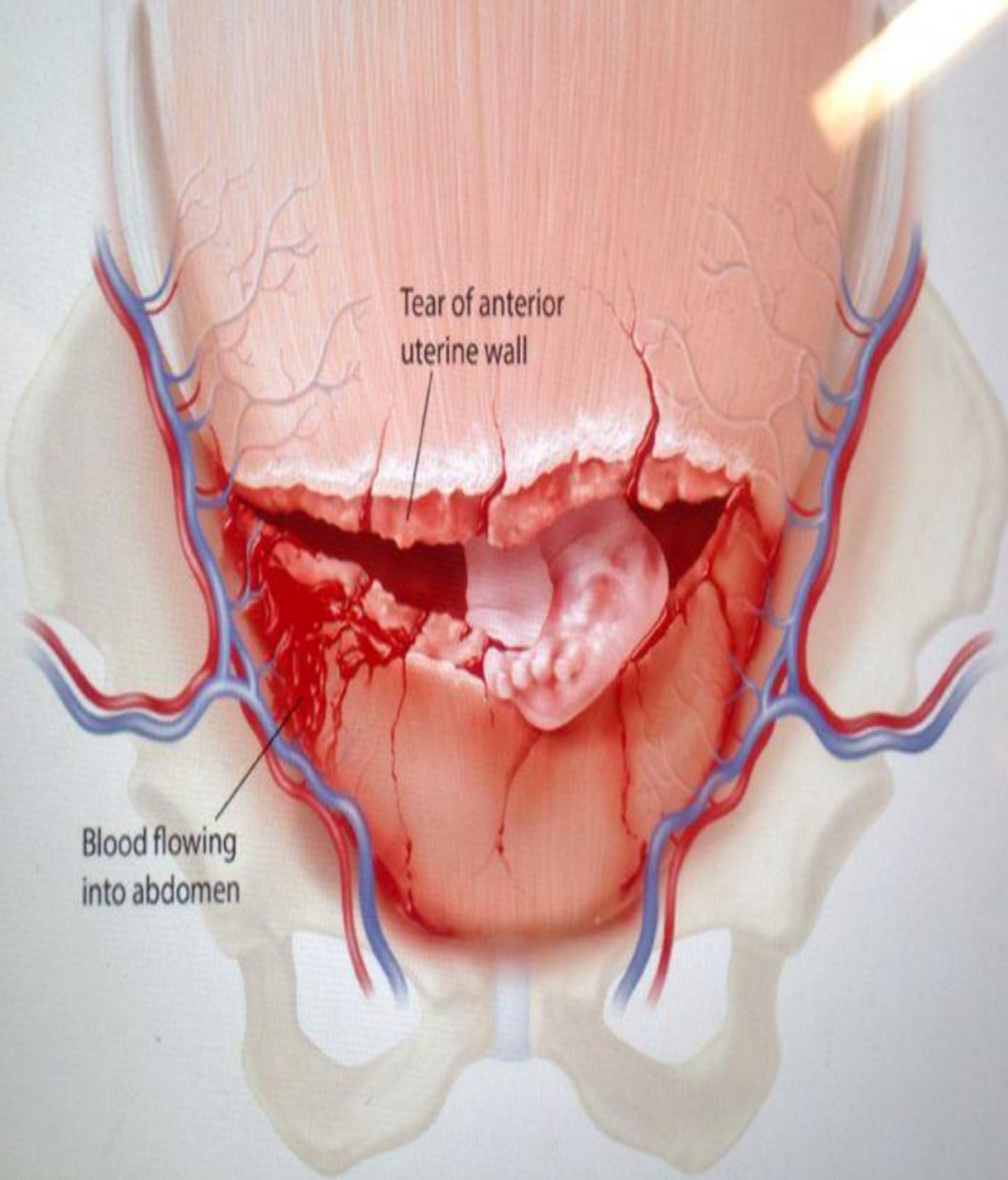
PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

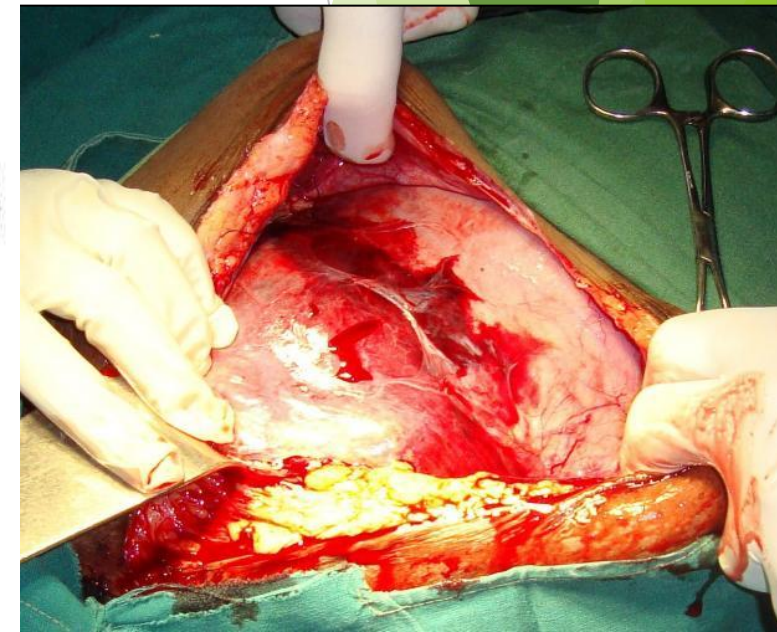
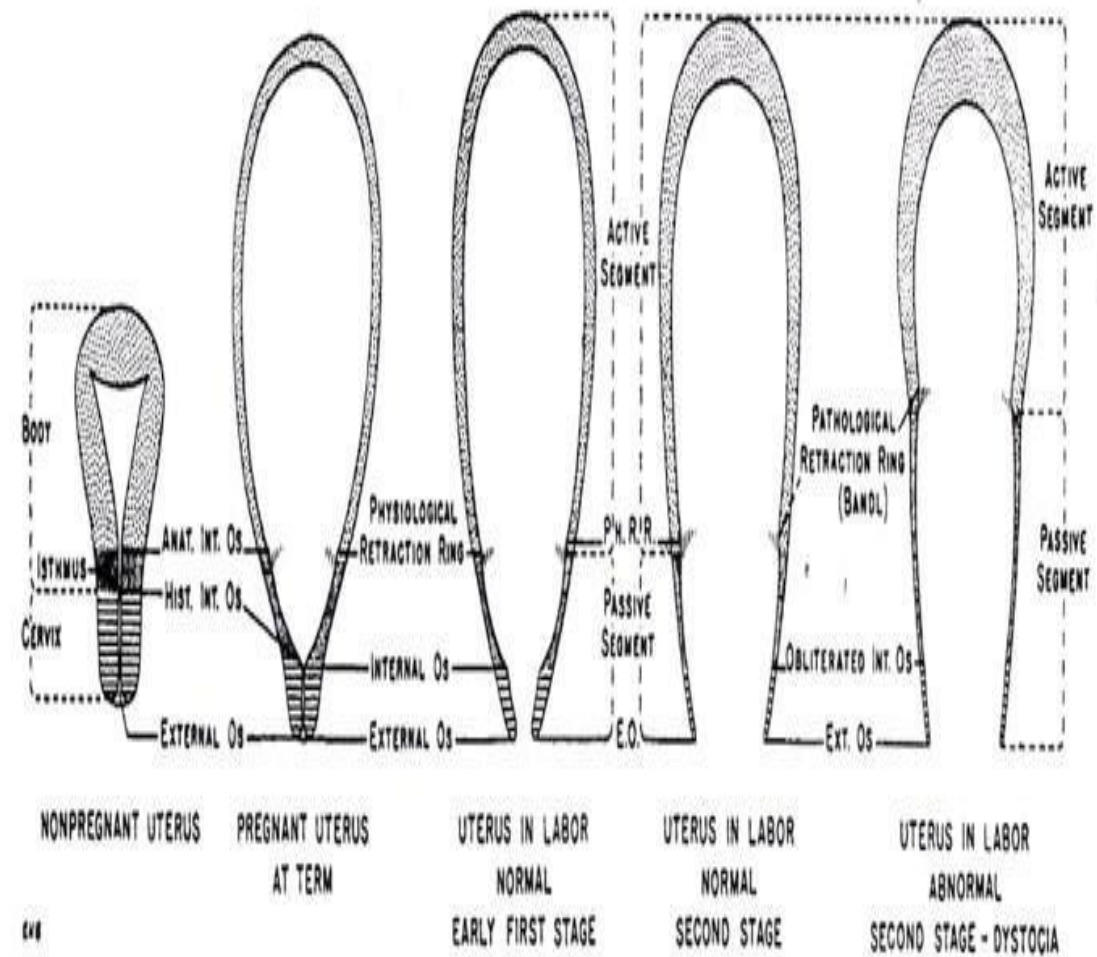
Table 1. Composite Maternal Risks from Elective Repeat Cesarean Delivery and Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery

Number 115, August 2010

Maternal Risks	ERCD (%)	TOLAC (%)	
		One CD	Two or more CDs
Endometritis	1.5–2.1	2.9	3.1
Operative injury	0.42–.6	0.4	0.4
Blood transfusion	1–1.4	0.7–1.7	3.2
Hysterectomy	0–0.4	0.2–0.5	0.6
Uterine rupture	0.4–0.5	0.7–0.9	0.9–1.8
Maternal death	0.02–0.04	0.02	0

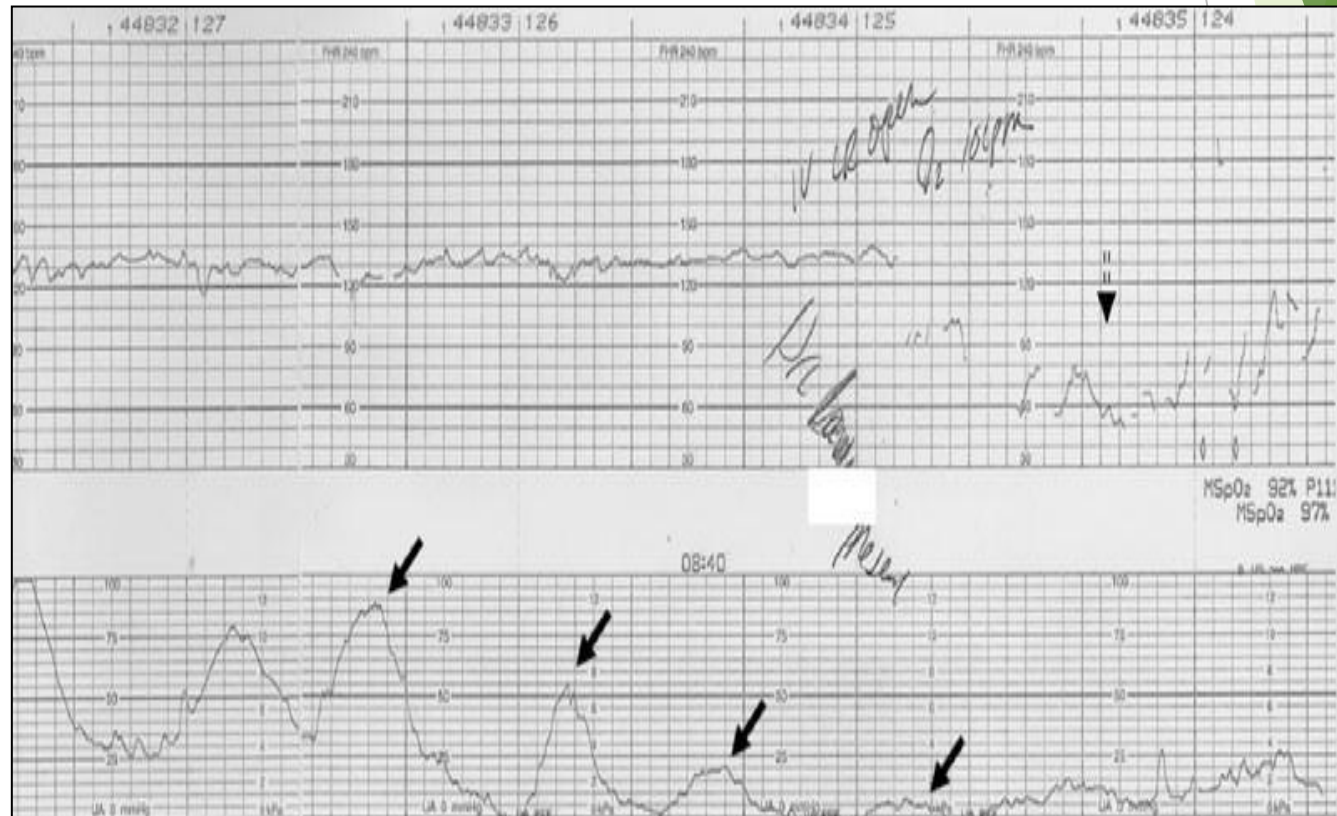
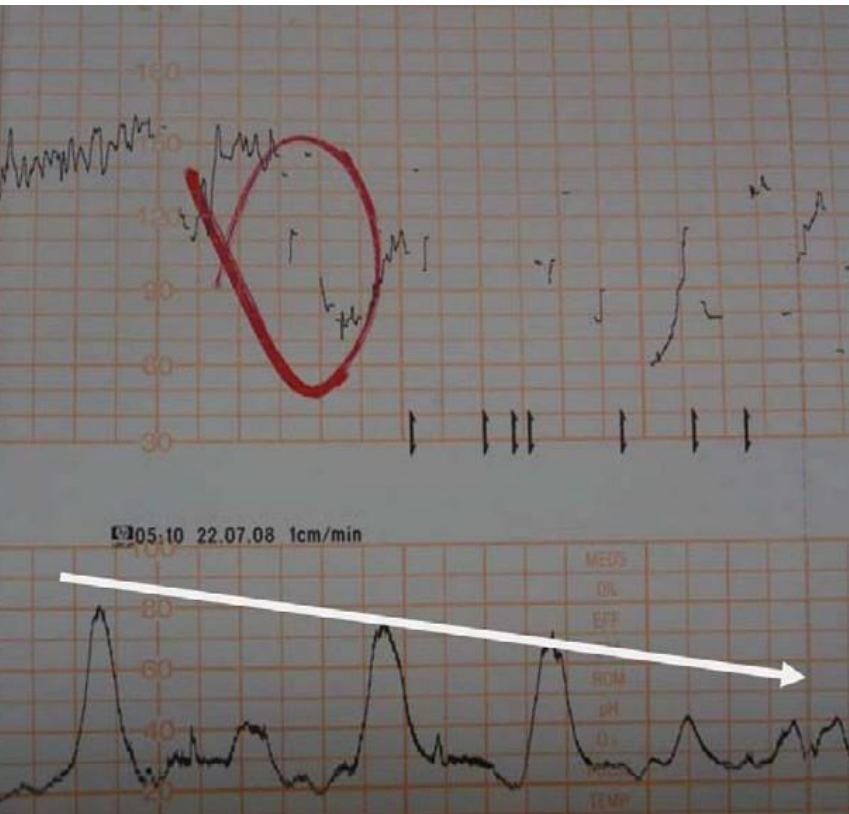


TANI



NST

Merdiven Bulgusu



Önceki uterin insizyon tipine göre uterin rüptür riski

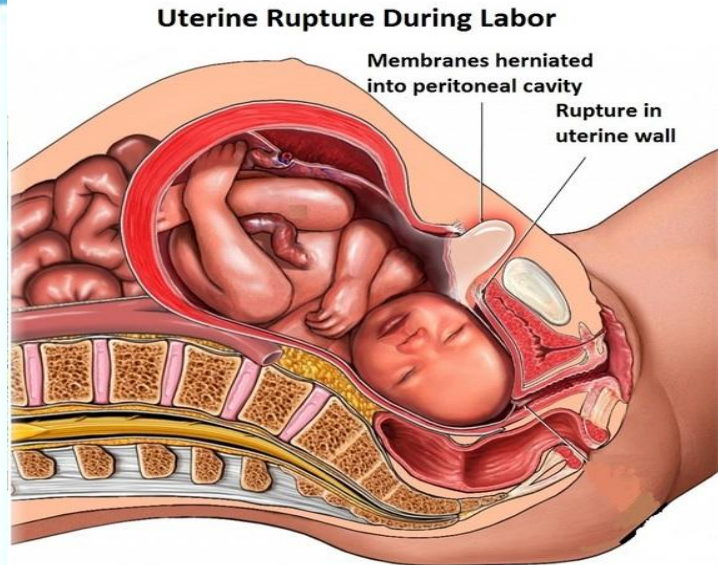
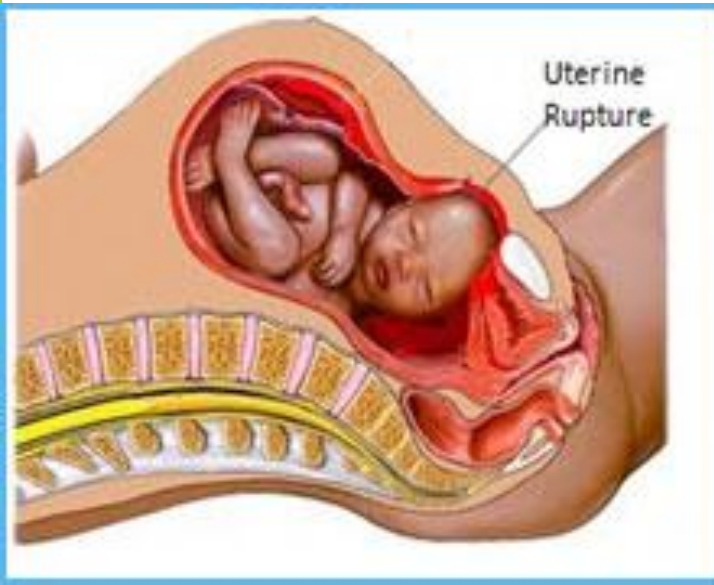
Önceki İnsizyon Tipi	Rüptüre Oranı (%)
Low transverse	0.5-1.0
Low vertikal	0.8-1.1
Klassik veya T İnsizyon	4-9.0

Uterin Rüptür

- ▶ Primer rüptür genellikle uterus alt segmentte transvers veya oblik şekilde oluşur uterus üst kısım, serviks ve vajene uzanabilir mesane laserasyonu eşlik edebilir
- ▶ Broad ligamente yakın alanda oluşan rüptür ise genellikle longitudinal olarak oluşur
- ▶ Prognoz büyük ölçüde plasental seperasyonun derecesine ve maternal hemorajiye bağlıdır
- ▶ Peritonun intakt kaldığı vakalarda kanama broad ligament yaprakları arasından retroperitona ilerleyebilir büyük retroperitoneal kanama ve yoğun hemoraji ile birlikte olabilir

Uterin R  pt  rde Fetal Durum

- Fetal distress maternal hipovolemi ile birlikte ise abdominal ve vajinal muayene tanımı koymada yardımcı olabilir
- Acil doğum gerçekleştirilmezse fetal hipoksi kaçınılmazdır
- R  pt  rle birlikte fetüsün intraperitoneal kaviteye ekspulsiyonu da gerçekleşmiş ise fetal mortalite %50-75



Karar ve Doğum Arasındaki Süre

- ▶ Doğum eyleminde uterin rüptür ortaya çıkan 35 hastanın değerlendirilmesinde
- ▶ 18 dakikadan kısa sürede doğurtulan 17 hastanın hiçbirinde kötü gebelik sonuçları izlenmedi
- ▶ 18 dakikadan uzun doğum süresi olan hastalar içinde 31, 40 ve 42. dakikada doğurtulan 3 ünde uzun dönemde kötü nörolojik sonuçlar ortaya çıktı.

(Holmgren, 2012)

Uterin Rüptürde Histerektomi veya Cerrahi Onarım

- ▶ Komplet rüptürde kanama kontrolünü sağlamak için histerektomi gerekli olabilir
- ▶ Seçilmiş vakalarda cerrahi onarım düşünülebilir
- ▶ Cerrahi onarım yapılanlarda tekrarlayan gebelik durumunda rüptür yaklaşık %25 Sheth (1968) ,%33.3 (Usta and associates (2007)
- ▶ Uterin dehiscens olan hastalarda takip eden gebelikte rüptür olma riski önemli ölçüde artmaz (Baron, 2013)

Uterin Rüptür

- ▶ Multidisipliner yaklaşım, deneyimli ekip,
- ▶ Ameliyathanede acil resusitasyon,
- ▶ Hipotansiyon, taşikardi, filiform nabız,
- ▶ 2 damar yolu, 4-6 ünite kan temini,
- ▶ Kan ve sıvı giderken süratle batına girilir,
- ▶ Göbek altı median insizyon önerilir, bebeği 10-37 dakikada (ort. 15 dk) çıkarmak gerekmektedir.

- ▶ **Cerrahi sınırları belirlerken;**
- ▶ Annenin genel durumuna
- ▶ Kanamanın boyutuna
- ▶ R  pt  r  n uzanımına
- ▶ İleride   ocuk istemine dikkat edilir.
- ▶ **Histerektomi (total veya subtotal)**
- ▶ rüptür longitudinal ve multiple kanama odakları varsa veya uterus enfekte ise
- ▶ **Primer uterin onarım (+Bl. Tubal ligasyon)** rüptür transvers olup serviks ve parametriumu uzanmıyorsa (Onarımı takip eden gebelikte rüptür olasılığı klasik C/S oranlarına benzer, ortalama % 9'dur)
- ▶ **İpsilateral hipogastrik arter lig.**
- ▶ alt segment ve uterin arteri içine alan lateral rüptürlerde

UTERUS İNVERSİYONU

- Uterus iç duvarının dışarı doğru eldiven parmağı gibi dönmesidir
- **İnsidans** : 1 / 2000 - 1 / 35000 doğum

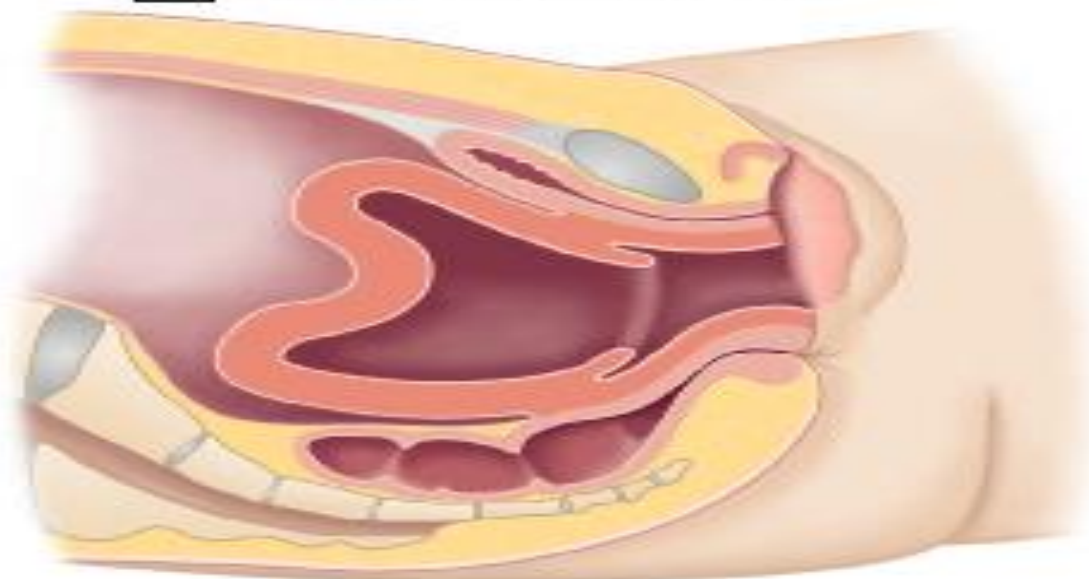


UTERUS İNVERSİYONU

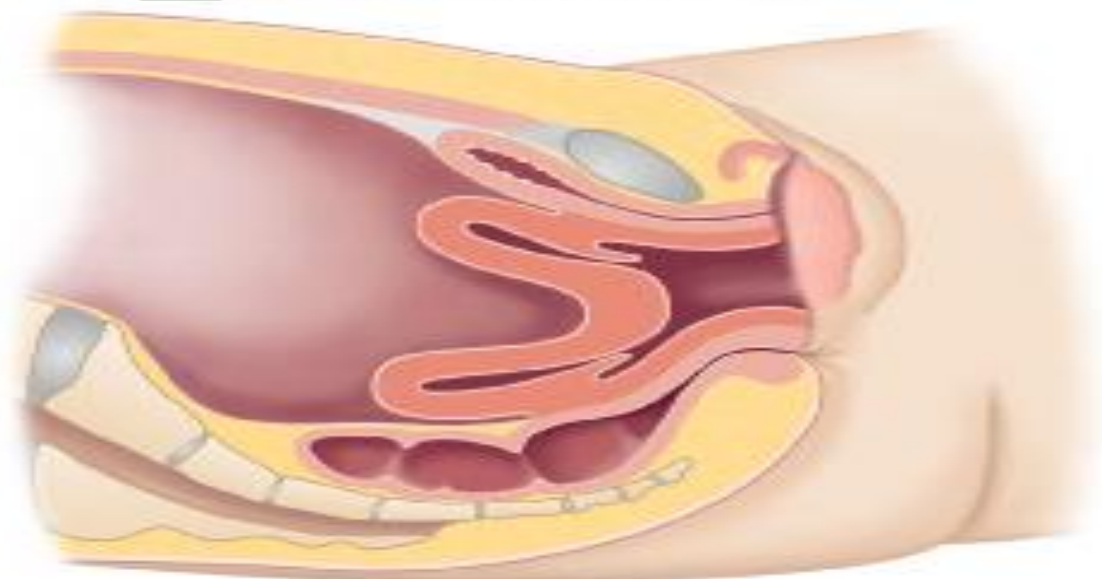
► Etiyoloji

- 1- Doğumun üçüncü evresinin uygun olmayan yönetimi
- 2- Plasentanın Crede metodu ve kontrolsüz kordon traksiyon ile doğurtulması
- 3- Uterus atonide iken fundustan güçlü basınç uygulayarak plasentayı çıkartmaya çalışmak ve uterus gevşekken fundusa yerleşmiş plasentanın göbek kordonundan traksiyonunu
- 4- Makrozomi
- 5- Polihidramnios
- 6- Çoğul gebelik
- 7- Primiparite ve oksitosin uygulanması

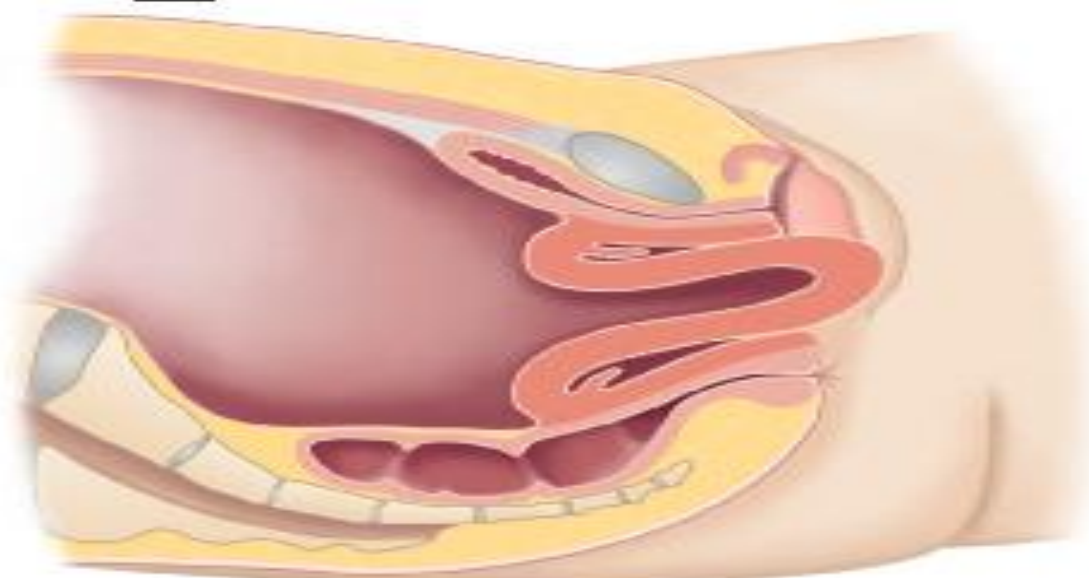
A 1st. degree inversion



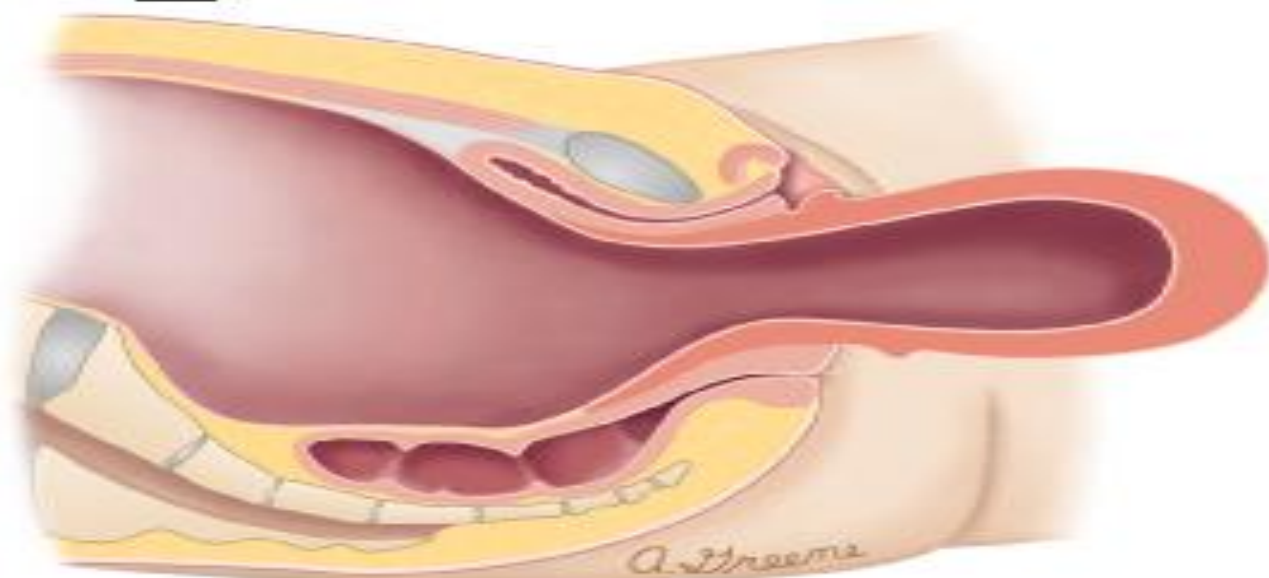
B 2nd. degree inversion



C 3rd. degree inversion



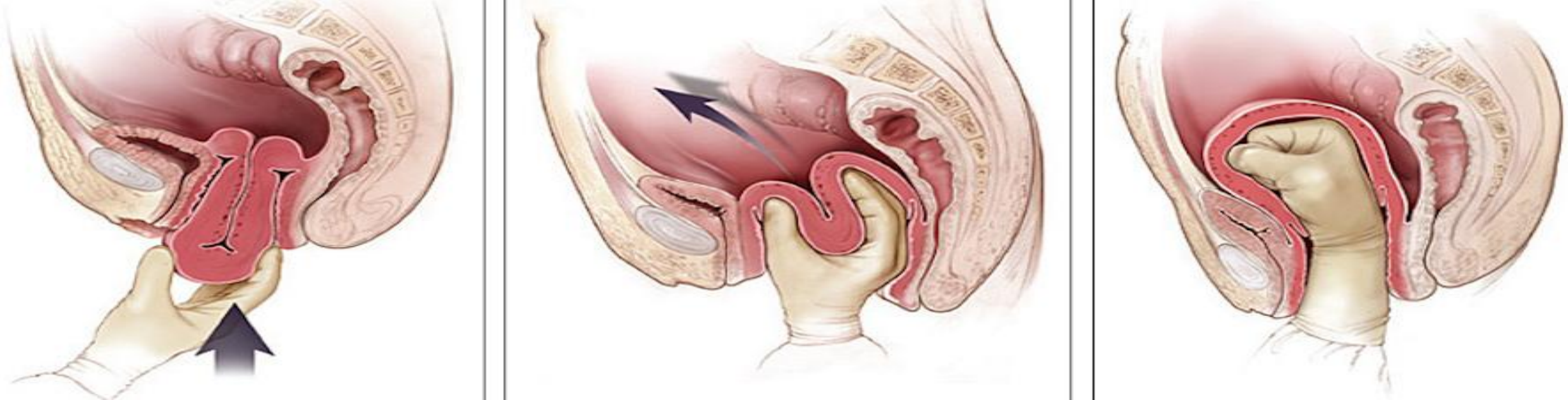
D 4th. degree inversion



Her gecikme uterusun yerine yerleştirilmesini zorlaştırdığından,
bir an önce yerleştirme girişiminin yapılması sağlanmalıdır.

Yerine itme başarısız olursa tedavinin ikinci basamağı olan servikal retraksiyon halkasının gevşetilmesi yöntemlerine geçilmelidir.

Uterusun yerine yerleştirilmesi ile ilgili daha ileri girişimler ameliyathanede genel anestezi altında, laparotomi yapabilecek şartlar ve malzemeler varken denenmelidir.



SONUÇ

- İyi kasılmış uterus varlığında kanama devam ediyorsa doğum sonu kanamanın muhtemel nedeni olarak travmatik alt genital sistem kanamaları her zaman akla gelmelidir.

SONUÇ

- ▶ Vajina veya serviks yırtıkları yuvarlak iğneli, emilebilir bir malzemeyle tam kat onarılmalıdır. Onarımı takiben, en az 24 saat uygulanacak vajina tamponu ve kateter yerleştirilmesi çoğu kanamayı durdurur.
- ▶ Servikse kadar uzanan yüksek vajina yırtıkları uterusu da uzanabilir ya da ligamentum latum veya retroperitonda hematomlara neden olabilir.

SONUÇ

- Üreterlerin yan fornikslere ve mesane boynunun ön fornikse yakınlığı bu bölgelerde herhangi ileri bir girişim uygulanacağında akılda tutulmalıdır. Hatalı atılmış dikişler genitoüriner fistüllere neden olabilir.

SONUÇ

Selektif arter embolizasyonu

- ▶ Devamlı genişleyen, ama serviks veya uterusu kapsamayan bir supravalevator hematom varsa internal iliyak arter bağlanmasıdan ziyade selektif arter embolizasyonu tedavide tercih edilebilir.
- ▶ Ancak bu tedavinin hem başarı şansı belirsizdir, hem de zaten dolaşımı kararlı olmayan bir hastada laparotomiye geçilebilir.

SONUÇ

- ▶ *Suprlevator hematomlar*
- ▶ Ligamentum latum hematomlarının yaklaşık % 50'si erken dönemde alt batında ağrı, kanama ve ciddi vakalarda şok semptomları ile karşımıza gelir. Diğer % 50'de semptomlar 24 saatten sonra ortaya çıkar.

SONUÇ

Hastanın dolaşım ve solunumu dengedeyse ve hematom genişlemiyorsa ligamentum latum ve retroperitondaki hematomlar ilk etapta gözlemsel yaklaşım uygundur.

Lingam K, Hood V, Carty M. Angiographic embolisation in the management of pelvic haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 2000;107:1176-8

SONUÇ

Ultrasonografi, tomografi ve magnetik rezonans hematomun boyutunu ve bundaki değişiklikleri belirlemede kullanılabilir.

Yakın gözlem, parenteral sıvı tedavisi, kan transfüzyonu, vajinaya tampon veya balon/tansiyon aleti manşonu tamponadı ve antibiyotikler uygun seçenekler olarak önerilmektedir.

Ancak hemodinamik dengenin sağlanamadığı durumlarda aktif girişim gereklidir

SONUÇ

- ▶ *(1) Laparotomi +/- total abdominal Histerektomi*
Suprlevator/latum hematomunun nedeninin uterus rüptürü olması olasılığı varsa veya servikal yırtık uterusu kadar yükseliyorsa bu girişim yapılır.
- ▶ Laparotomide üst vajinadan devamlı kanama varsa internal iliyak arterin ön dalı bağlanır. Bu şekilde distal internal iliyak arter dallarındaki (uterus ve vajinayı besleyen dallar) nabız basıncını % 85 oranında ve kan akımını yaklaşık % 50 oranında azaltmak mümkün olur. Ayrıca vajinaya bir tampon da yerleştirilmelidir.

SONUÇ

- Her zaman olduğu gibi iyi bir sonuç elde etmek için düzenli değerlendirmeler, düzgün kayıt tutulması, özenli yaklaşım ve erken müdahale şarttır.

23 NİSAN

**Ulusal Egemenlik
ve Çocuk Bayramımız
Kutlu Olsun.**

