

# Uterus Anomalisi ve Uterusun Asimetrik Gelişmesine Bağlı Postpartum Hemoraji ve Yönetimi: İki Olgu Sunumu ve Literatür Çalışması

## Management of Postpartum Haemorrhage Due to Uterine Anomalies or the Asymmetric Uterus Growth: Two Case Report and Literature Review

İbrahim ALANBAY,<sup>a</sup>  
Mustafa ÖZTÜRK,<sup>b</sup>  
Emre KARAŞAHİN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
GATA,

<sup>b</sup>Kadın Doğum Servisi,  
Etimesgut Askeri Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 30.06.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 24.02.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Mustafa ÖZTÜRK  
Etimesgut Askeri Hastanesi,  
Kadın Doğum Servisi, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drmozturk@gmail.com

**Anahtar Kelimeler:** Postpartum kanama;  
uterus; uterusun kasılmaması

**Keywords:** Postpartum hemorrhage;  
uterus; uterine inertia

Postpartum kanama (PPK), hâlâ maternal mortalitenin en önemli sebeplerinden biri olmaya devam etmekte olup, maternal ölümlerin %25'i obstetrik kanamalardan oluşmaktadır.<sup>1,2</sup>

Obstetrik bir acil olan PPK'lerin sebepleri 4 ana grupta incelenmekte olup; uterin atoni, plasental problemler, genital trakt travmaları, koagülasyon defektleri gibi sistemik hastalıklardır ve bu kanamaların %80'ini uterin atoni oluşturmaktadır.<sup>3,4</sup>

Uterin atoni, doğum sonrası uterusun yeteri kadar kontrakte olamasından kaynaklanmaktadır. Uterin atoni risk faktörleri arasında uterus aşırı gerilmesine sebep olan polihidramniyos, uzun oksitosin kullanımı, uzamış doğum, multiparite, chorioamnionitis gibi sebepler yer almaktadır.<sup>5</sup>

Doğumun 3. evresinin aktif yönetimi PPK azaltılmasında en önemli koruyucu stratejilerden biridir. Postpartum kanama sebebini saptamak en önemli aşamalardan biridir. Bundan sonra hızlıca tedaviye geçilmektedir. PPK sırasında uterusun hızlıca gözden geçirilmesi gerekmektedir.<sup>6</sup> Uterin kompresyon, masaj, oksitosin infüzyonu gibi konservatif tedavilere yanıt alınamayan hastalarda ikinci basamak olarak konservatif cerrahi yöntemlere geçilmektedir. Bu yöntemlerden en sık kullanılan "uterin kompresyon" sütürleridir.

Atoni kanamalarında en sık B-Lynch kompresyon sütürleri ve multipl square (kare) sütürleri kullanılmaktadır.<sup>7,8</sup> Bu sütürlerin kullanımı ile hemostatik histerektomiden kaçınmak mümkün olmaktadır.

Uterin malformasyonlar birçok obstetrik probleme yol açma yanında plasental retansiyon ve PPK'lere de sıklıkla yol açmaktadır. Ancak, bununla ilgili literatürde çok fazla bilgi bulunmamaktadır.

Her iki olgunun da verilerinin paylaşılması konusunda onam alınmıştır.

Bu çalışmada, bir uterin anomali (septum) ve bir de uterusun asimetrik gelişimine bağlı olarak sezaryen sırasında atoni kanaması oluşan hastalarda atoni kanama riski, uterin kompresyon sütürlerinden biri olan kare

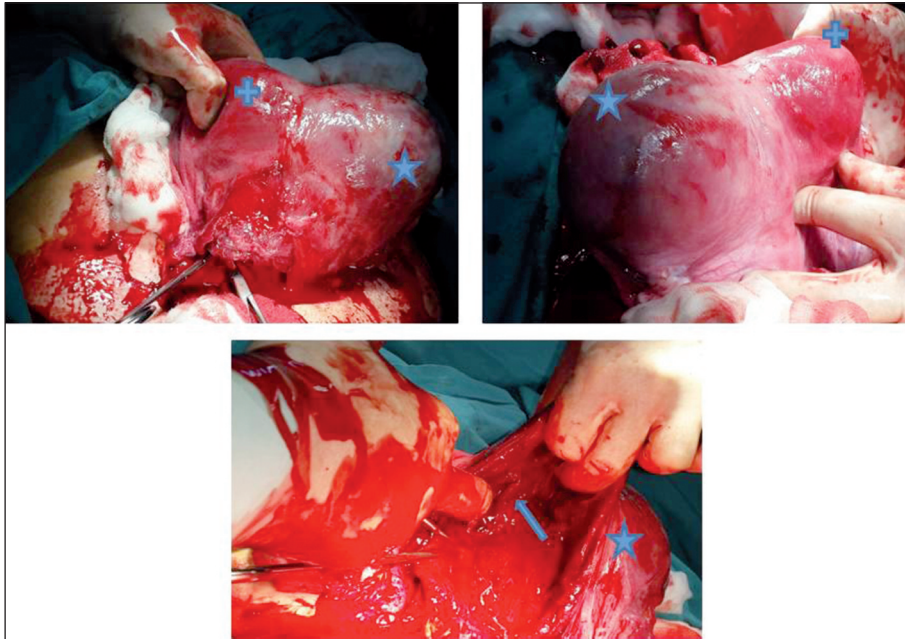
sütürle tedavi edilmesi ve uterin anomalilere bağlı kanama yaklaşımını da tartışmak istedik.

## OLGU SUNUMLARI

### OLGU 1

Olgumuz 28 yaşında olup, Gravida 2 Parite 1 geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttur. Bir önceki gebeliği term olup, sezaryen sırasında uterin anomali olduğu bildirilmiştir. PPK öyküsü de bildiren olgunun anamnezinden kan transfüzyonu dışında anomali tipi ve tedavisi ve PPK için yapılan tedaviler ile ilgili yeterli bilgi elde edilememiştir. Bu gebeliğinde de elektif olarak 39. haftada alt segment insizyonu ile sezaryen yapılmıştır. Fetüs ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun detaylı incelemesi yapıldı ve uterin septum ve septumun ikiye bölüdüğü 2 kavite saptandı. Kavitenin birinde plasenta gelişip sağlıklı gebelik devam ederken, septumun diğer yarısı normal gebelik uterusu olarak devam etmiştir. Plasenta yerleşen kavite, plasenta çıkartıldıktan sonra yumuşak olarak izlendi ve buradan bol kanama görüldü. Kavitenin diğer yarısındaki uterus kısmı sert olarak izlendi (Resim 1 a-c). Bu bölgede plasenta yerleşmemiş olduğundan kanama

izlenmedi. Konservatif yöntemlere başlandı; uterin kompresyon ve masaj, oksitosin infüzyonu artırıldı, ergometrin yapıldı ama kanama devam etti. Kavitenin bir bölümünün sert, bir bölümünün de gevşek olmasından dolayı, B-Lynch gibi genel bir sütür yerine sadece kanayan bölgeyi içine alacak şekilde kare sütür konulmasının daha uygun olacağı düşünüldü. Kare sütür sentetik multiflaman absorbable sütür (Vicryl 1,70 mm yuvarlak iğne, Ethicon, Sommerville NJ, ABD) ile yapıldı. Kare sütürde; sütür atonik olan uterus segmentinde, alt transvers kesinin 4 cm üzerinde, önce uterus önünden tam kat arkaya geçildi. Daha sonra kare oluşturmak için uterus arka duvarında oblitere edilecek alanın büyüklüğüne, miyometriyumun kalınlığına göre ayarlanacak şekilde, uterus arka kısımdan ilk sütürün çıktığı yerden 3-4 cm fundusa doğru yukarı gidildi. Tekrar ters yönde, arkadan girilerek uterus ön yüzüne çıkıldı. Uterus ön yüzeyinde çıkılan bu yerden 3-4 cm sol laterale doğru gidildi. Önden tekrar arkaya doğru geçildi, bu kez zıt yönde aşağı doğru inilerek, ilk sütürün hizasında arkadan öne doğru çıkılarak kare oluşturuldu. Kare sütürümüz Cho'unun tekniğine benzemektedir.<sup>8</sup>



**RESİM 1:** Uterin septum olgusundaki uterus görünümü; uterusun set olan kısmı '+' işareti ile gösterilmiştir. Plasenta yerleşen ve atonik olan kısım ise yıldızla gösterilmiştir. Septum ise 'ok' işareti ile gösterilmiştir.

Parmak muayenesi ile kanayan kavitenin obliterasyonu, arada pıhtı ve doku kalmadığı teyit edildi. Kanama izlenmemesi üzerine sezaryenin diğer aşamaları tamamlandı. Postoperatif patoloji gelişmeyen olgu, postoperatif 3. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

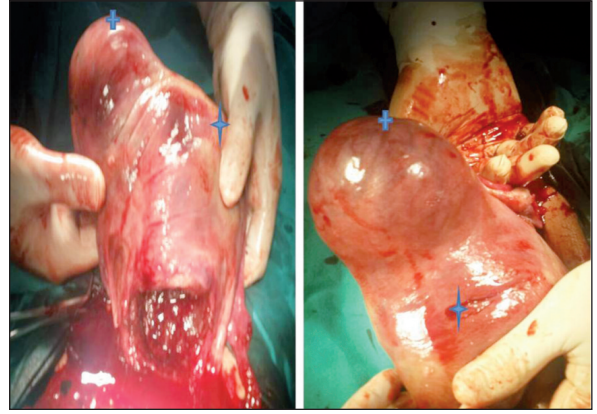
## OLGU 2

Olgumuz 35 yaşında Gravida 2, Parite 1, geçirilmiş sezaryen olup, 27. gebelik haftasında vajinal kanama şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Olgumuz, gebeliğin erken haftalarından itibaren “angular gebelik” tanısı ile izlem altında idi. İntermitent vajinal kanama nedeni ile yaklaşık 5 hafta takip edildi ve bu süre sonunda gelişen uterin kontraksiyonları ve geçirilmiş sezaryen nedeni ile sezaryene alındı. Fetüs ve plasenta çıkartıldıktan sonra, uterusun sağ cornual kısmının plasenta lokalizasyonundan dolayı asimetrik olarak, bulging yapacak şekilde büyüdüğü saptandı (Resim 2). Bu bölgede kavite incelendiğinde, bu bölgede miyometriyal dokunun incelendiği, bazı yerlerde kalınlığının 3-4 mm olduğu saptandı. Bu bölge yumuşak olarak saptandı. Uterusun diğer kısmı sert olarak palpe edildi. Plasentanın tamamen çıkımını takiben, uterusun diğer yarısının sert olmasına rağmen, bu bölgede yoğun atoni kanaması izlendi. Diğer uterusun asimetrik büyüdüğü olgu gibi konservatif tedavilerin başarısız olması nedeni ile ve aynı mantıkla kare sütür konulmasına karar verildi. Yukarıda anlatılan teknikte bir adet kare sütür kondu. Kanama izlenmemesi üzerine sezaryenin diğer aşamaları tamamlandı. Postoperatif patoloji gelişmeyen olgu postoperatif 3. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Her iki olguda bir adet kare sütürü konuldu ve kanayan bölgenin obliterasyonu sağlanmış oldu. Bu işlemin süresi ortalama 10 dk olarak saptandı. Bu işlemin başarısı kanamanın hemen azalması ile saptanmaktadır.

## TARTIŞMA

PPK gelişen kadınların büyük kısmında belirgin bir risk faktörü bulunmadığından, her kadın kanama için risk altında değerlendirilmelidir. Belirgin risk faktörü olan hastaların da ancak %40'ında PPK gelişmektedir. Bu nedenle, antenatal izlem sırasında



**RESİM 2:** Angular gebelik saptanan olguda uterusun sağ asimetrik gelişimi, '+' işaretle gösterilmiştir. Uterusun geri kalan kısmı yıldız işareti ile gösterilmiştir. Uterusun arka taraftan görünümünde plasenta yerleşimi olan asimetrik kısımda anormal vaskülarizasyon dikkati çekmektedir.

kanama için yüksek risk altında olan kadınları saptamaya çalışmak önem taşımaktadır.<sup>6,9</sup>

PPK sebep ve risk faktörlerini anlamak için, ilk önce doğum sonrası kanamayı engelleyecek fizyolojik süreçlerin tam olarak anlaşılması gerekmektedir. Doğum sonrası en sık kanama odağı plasental bölgedir.<sup>10</sup> Miyometriyal kas lifleri değişik yönlerde seyrederek ve uterus kontraksiyonları sırasında geniş damarlar bu liflerin arasında kalarak damarları kapatırlar. Dolayısıyla uterusun genel kasılması değil, plasental adezyon olan bölgenin kasılması daha önem taşımaktadır. Bu durum özellikle sunduğumuz iki olguda olduğu gibi, kavitenin bir kısmında plasenta yerleşen olgularda daha da önem kazanmaktadır.

Uterin anomali veya atipik gebelik lokalizasyonlarındaki temel patoloji, bu bölgelerde kontraksiyon için yeteri kadar miyometriyal liflerin olmamasıdır. Bu bölgeler incelendiğinde miyometriyal liflerin 2-3 mm kadar incelendiği, hatta çok az miyometriyal liflerin seroza ile kaplı olduğu görülecektir. Plasental çıkarımı sonrası uterusun diğer kısımları kontrakte olmasına karşın, bu bölgede kontraksiyon eksikliğinden dolayı abondan kanama oluşacaktır. Genel uterus kontraksiyonları ve sertliğine karşın, bu bölgeler yumuşak olarak palpe edilmektedir. Genel uterus kontraksiyonları bu olgularda yanlış tanıya yol açarak, atoni kanaması atlanabilmektedir. Uterin anomali veya anormal

plasental gelişimde genel uterin kontraksiyonundan ziyade plasental bölgenin kontraksiyonu incelenmelidir.

Atoni kanamalarında ilk basamak, oksitosin infüzyonu ile beraber uterin kompresyon ve masajdır.<sup>11</sup> Uterin atoni, genel olarak uterusun bimanuel kompresyonu, masaj, kan transfüzyonu ve üterotonik ajanlarla kontrol edilmektedir. Eğer bu yöntemler başarısız olursa cerrahi kaçınılmaz olacaktır.<sup>12</sup> Eğer doğum vajinal yoldan olursa ve uterin anomali, asimetrik plasenta yerleşimi ve atoni olursa cerrahi öncesi bunlar denenmelidir. Olgularımızda, sezaryen sırasında saptanmasına rağmen, atoni kanaması tedavisinde cerrahi seçenekler denenmeden önce kompresyon, masaj ve üterotonikler denenmiştir. Özellikle plasental bölge, kompresyon ve masaj ile kontraksiyon sağlanması için çalışılmalıdır.

Cerrahide ilk önce konservatif yöntemler kullanılmaktadır. Konservatif cerrahi yöntemlerle sadece kanama kontrolü yapılmamakta, aynı zamanda histerektomi ve ona bağlı komplikasyonlardan kaçınarak reproduktif fonksiyonların korunması sağlanmaktadır. Atoni kanamalarında B-Lynch kompresyon sütürleri ve multipl kare sütürler en sık kullanılmaktadır.<sup>7,8</sup> Bu sütürlerin kullanımı ile hemostatik histerektomiden kaçınmak mümkün olmaktadır.<sup>7,8,12-14</sup> Balon tamponad uygulaması, en hızlı ve en az invaziv cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir.

Kare sütür tekniği, geniş absorbable sütür ile sütür kanayan alanda önden arkaya doğru geçecek ve ters yönde geri gelecek ve kare oluşturacak şekilde sütür atılarak kanayan alanın komprese edilmesidir. Cho tarafından geliştirilen kare sütürlerin en önemli özelliği, seçilmiş bölgede kanama azaltmasıdır. Olgularımızda olduğu gibi, uterin anomalilerde uterusun bir kısmı kontrakte, sadece plasental çıkan alan kontrakte olmadığından, B-Lynch sütürü bu olgularda uygun değildir. Bu olgularda bölgesel kanama alanı olduğundan multipl kare sütürler veya multipl U sütürler uygun olacaktır. Yine uterusun şeklinin değişmiş olmasından dolayı normal kompresyon sütürlerinin konulması bu sütürlerin kayması veya üst üste binme potansiyelinden dolayı zor olabilmektedir. Uterusun şek-

linin tamamen değişmediği hastalarda ancak B-Lynch sütürü konulabilmektedir. Kare sütürlerle uterin atoni, plasenta previa, plasenta akreata sonucu gelişen PPK'lerin efektif şekilde kontrol edildiği bildirilmiştir.<sup>8</sup>

Kompresyon sütürleri ile ilgili üzerinde durulan konular; basitliği, başarısı, kısa operasyon süresi, uterusu koruma kapasitesi, komplikasyonları ve arkasından fertilitate konularıdır.<sup>15</sup> Kare sütürün en önemli avantajları kolay, hızlı olması ve çok cerrahi yetenek gerektirmemesidir. Cho ve ark.nın yayımladıkları 23 olguluk seride, multipl kare sütürleri kullanılmış olup, tüm hastalarda başarı sağlanmıştır.<sup>8</sup> Bu sütürlerin incelendiği bir çalışmada, uterin nekroz, sonraki gebeliğinde uterin rüptür, piyometra, hematometra, Asherman's sendromu ve parsiyel uterin nekrozları daha çok B-Lynch sütüründe olmak üzere saptanmıştır. Uterin duvarda parsiyel defekt, enfeksiyon, uterin sineşiye bağlı parsiyel menstrüasyon engellenmesi, piyometra ve Asherman's sendromu özellikle kare sütür sonrasında saptanmıştır.<sup>15-19</sup>

Kompresyon sütüründe anterior ve posterior duvarlar birlikte olduğundan, teorik olarak arada pıhtı ve debris olma ihtimali daha fazladır. Bu sütür sonrası bu alanda kavite kontrolü yapılmalıdır. Ayrıca, bu komplikasyonlardan dolayı uterin kavitenin sistematik olarak postoperatif olarak izlemine yapılması önem taşımaktadır. En sık saptanan bulgu uterin sineşidir.<sup>18,19</sup> Bir çalışmada, 11 hastada tek kare sütür kullanılmış ve uzun dönem izlemlerinde ulaşılan 9 hastada menstrüel bir problem olmadığı saptanmıştır. Histerosonografi yapılan 6 hastada endometriyal kavitenin düzenli ve adezyon olmadığı saptanmıştır.<sup>20</sup> Kavite değerlendirilmesinde histereskopi avantajlıdır. Yine bu olgularda, sonraki gebeliklerinde elektif sezaryen yapılması önerilmektedir.

Literatürde uterin müllerian anomali ve PPK olan ve uterin kompresyon sütürünün konulduğu vaka sayıları çok kısıtlıdır.<sup>21</sup> Geniş bir seride, 7.734 sezaryen hastasında 204 (%2,63) PPK saptanmış olup, bu sezaryen olgularında konjenital olarak 28 malforme uterus saptanmıştır. Bu anomalili hastalarının 17 (%60,71)'sinde PPK saptanmıştır. Dikkat edilirse uterin anomalilerdeki PPK oranı genel po-

pulasyona kıyaslanamayacak kadar fazladır (%60,71'e karşı %2,63). Bu PPK oluşan hastaların büyük kısmı medikal tedavi ile kontrol edilirken, 7 hastada cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmuştur. Cerrahi gereksinim duyulan hastaların %87,5 (7/8)'i bilateral uterin arter ligasyonu ve kompresyon sütürleri ile kontrol altına alınır iken, sadece 1 hastada histerektomi yapılmıştır.

Başka bir olgu sunumunda ise subseptus olan bir hastada gelişen atoni kanamasında, B-Lynch sütürü ile atoni kanamasının kontrol altına alındığı bildirilmiştir. Uterus subseptus gibi anomali olan ama uterusun şeklinin bozulmadığı hastalarda, hâlâ B-Lynch sütürü konulabileceği vurgulanmıştır.<sup>22</sup>

Bütün bu bulgular göz önüne alındığında, uterin malformasyonlar veya plasentanın uterusun global kontraksiyonunu bozacak şekilde asimetrik yerleştiği hastalar atoni için risk faktörü olarak kabul edilmelidir. Tecrübemize göre, uterin anomali olan veya asimetrik uteruslarda en uygun kompresyon sütürü, bu hastalarda lokalize kanama olduğundan ve uterusun anatomisi B-Lynch gibi sütürlere uygun olmadığından kare sütürleridir.

Kare sütürlerin en önemli avantajı, uygulanmalarının basitliği yanında, kanayan alanın büyüklüğüne uygun olarak modifiye edilebilir olmalarıdır. Yine global kavite obliterasyonu yerine lokal kontrol edilmeden dolayı komplikasyon uterin sineşi, parsiyel uterin duvar nekrozu gibi riskler de az olacaktır.

### Çıkar Çatışması

*Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.*

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Tasarım:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Denetleme/Danışmanlık:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Analiz ve/veya Yorum:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Kaynak Taraması:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Makalenin Yazımı:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Eleştirel İnceleme:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin; **Malzemeler:** İbrahim Alanbay, Mustafa Öztürk, Emre Kardeşahin.

## KAYNAKLAR

- Rath WH. Postpartum hemorrhage-update on problems of definitions and diagnosis. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90(5):421-8.
- Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Von Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006;367(9516):1066-74.
- Su CW. Postpartum hemorrhage. Prim Care 2012;39(1):167-87.
- Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. Anesth Analg 2010;110(5):1368-73.
- Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993;48(1):15-8.
- Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2006; 28(11):967-73.
- B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol 1997;104(3): 372-5.
- Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. Obstet Gynecol 2000;96(1):129-31.
- Cabero Roura L, Keith LG. Postpartum haemorrhage: diagnosis, prevention and management. J Matern Fetal Neonatal Med 2009;22(2):38-45.
- Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. Clin Obstet Gynecol 2010;53(1):147-56.
- Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician 2007;75(6):875-82.
- Ouahba J, Piketty M, Huel C, Azarian M, Feraud O, Luton D, et al. Uterine compression sutures for postpartum bleeding with uterine atony. BJOG 2007;114(5):619-22.
- Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2002;99(3): 502-6.
- Hackethal A, Brueggmann D, Oehmke F, Tinneberg HR, Zygmunt MT, Muenstedt K. Uterine compression U-sutures in primary postpartum hemorrhage after cesarean section: fertility preservation with a simple and effective technique. Hum Reprod 2008;23(1): 74-9.
- Amorim-Costa C, Mota R, Rebelo C, Silva PT. Uterine compression sutures for postpartum hemorrhage: is routine postoperative cavity evaluation needed? Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90(7):701-6.
- Wu HH, Yeh GP. Uterine cavity synechia after hemostatic square suturing technique. Obstet Gynecol 2005;105(5 Pt 2):1176-8.
- Ochoa M, Allaire AD, Stitley ML. Pyometria after hemostatic square suture technique. Obstet Gynecol 2002;99(3):506-9.
- Reyftmann L, Nguyen A, Ristic V, Rouleau C, Mazet N, Dechaud H. [Partial uterine wall necrosis following Cho hemostatic sutures for the treatment of postpartum hemorrhage]. Gynecol Obstet Fertil 2009; 37(6):579-82.
- Akoury H, Sherman C. Uterine wall partial thickness necrosis following combined B-Lynch and Cho square sutures for the treatment of primary postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(5):421-4.
- Akbayir O, Corbacioglu Esmer A, Cilesiz Goksedef P, Ekiz A, Akca A, Guraslan B, et al. Single square hemostatic suture for postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. Arch Gynecol Obstet 2013;287(1):25-9.
- Halder A. A new uterine suture technique to control PPH in congenitally malformed uterus during cesarean section. J Obstet Gynaecol 2009;29(5):402-4.
- Boyar IH, Boynukalin FK, Boyar N, Vural M. [B-Lynch suture technique to control postpartum hemorrhage in a patient with mullerian anomaly]. J Turk Ger Gynecol Assoc 2011; 12(1):47-9.