



# TJOD Bülten

NİSAN 2022



[www.tjod.org](http://www.tjod.org)



Sevgili Meslektaşlarım,

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'mizin ilk kez hazırlanan bülteni ile sizlerle birlikte olmanın heyecanı ve mutluluğunu yaşıyorum. Bu bültenimizde Malatya İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ercan Yılmaz Hoca ile son derece keyifli bir söyleşi yaptık. Bunun yanı sıra birçok meslektaşımızı yakından ilgilendiren postpartum kanama ile ilgili faydalı olduğumu düşündüğümüz

iki güzel derlemeye bültenimizde yer verdik.

Bildiğiniz üzere Aralık 2021'de derneğimizin genel kurulu toplandı ve yeni yönetim kurulumuz seçilerek görevine başladı. Bu yeni dönemde yönetim kuruluna seçilen tüm arkadaşlarımla birlikte sizlere hizmet vermeye ve derneğimizi bir basamak daha yukarı çıkarmaya gayret edeceğiz. Bu yılki aktivitelerimizi pek yakında sizlerle paylaşıyor olacağız. Derneğimizin bilimsel yayın organı "Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi"ne gösterdiğiniz ilgi neticesinde dünya standartlarında bilimsel çalışmalarınızı tüm meslektaşlarımızla paylaşma fırsatı bulmaya devam edeceğiz. Yine derneğimizin en önemli aktivitelerinden biri olan bölgesel toplantılarımızla sizlerle biraraya gelmeye devam edeceğiz. Ulusal ve uluslararası platformda ses getiren yüksek kalitedeki bilimsel aktivitelerimizi sürdüreceğiz. 18-22 Mayıs 2022'de 19. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde muhteşem bir bilimsel organizasyonda biraraya gelip bilgi alışverişinde bulunacağız ve 19 Mayıs Atatürk'ü Anma Gençlik ve Spor Bayramı'nı beraber kutluyor olacağız.

Gücümüzü siz değerli meslektaşlarımızdan almaktayız ve hep birlikte daha ilerilere taşımaya hazırız. Sonraki sayılarda görüşmek dileğiyle...

**Prof. Dr. M. Bülent TIRAŞ**  
TJOD Yönetim Kurulu Başkanı



Sevgili TJOD ailesi, TJOD bültenimizle ilk kez sizlerle birlikte oluyoruz. Yeni bir başlangıç, yeni bir heyecan ile sizleri tanıyarak sizlerden gelenleri paylaşarak yolumuza devam etmeyi planlamaktayız. Genç yeni ekibimizle beraber bundan sonraki sayılarda da sizlerle birlikte olacağız.

Bu sayımızda Malatya İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına misafir olduk. Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ercan Yılmaz ile söyleşi yaparak bölümü tanıdık. Bu sayıda özellikle sahada çok karşılaştığımız, postpartum kanama ile ilgili iki güzel derlemeyi bilgilerinize sunuyoruz.

19 Mayıs Atatürk'ü Anma, Gençlik ve Spor Bayramı'nı beraber kutlayacağımız, 18-22 Mayıs 2022'de 19. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresinde buluşmak üzere sağlıklı kalın. Sonraki sayılarda görüşme dileği ile...

**Prof. Dr. Muhammet Erdal Sak**  
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi  
TJOD Bülten Editörü



# YÖNETİM KURULU ÜYELERİ



**BAŞKAN**  
PROF. DR.  
M. BÜLENT TIRAŞ



**2. BAŞKAN**  
PROF. DR.  
İSMAIL METE İTİL



**SAYMAN**  
PROF. DR.  
GAZİ YILDIRIM



**GENEL SEKRETER**  
OP. DR.  
VOLKAN KURTARAN



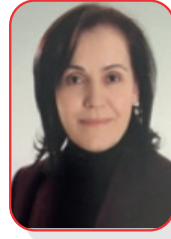
OP. DR.  
SAMET BAYRAK



PROF. DR.  
ERAY ÇALIŞKAN



PROF. DR.  
S. CANSUN DEMİR



PROF. DR.  
MELİKE DOĞANAY



PROF. DR.  
TALİP GÜL



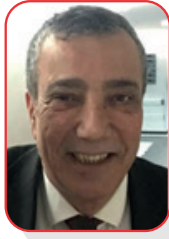
PROF. DR.  
ATEŞ KARATEKE



PROF. DR.  
ALİ KOLUSARI



PROF. DR.  
M. ERDAL SAK



OP. DR.  
M. SELÇUK SÖYLEMEZ



PROF. DR.  
FATİH ŞENDAĞ



PROF. DR.  
ERCAN YILMAZ

## BU SAYIDA

1. Malatya İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalını tanıyalım, Bilim dalı başkanı Prof.Dr.Ercan Yılmaz ile söyleşi
2. Derleme Makalesi, Doğum sonrası kanama Prof.Dr.Ercan Yılmaz
3. Derleme , Postpartum kanamada medikal ve cerrahi yaklaşım prensipleri Doç.Dr.Elif Ağaçayak
4. Yeni Atanan Bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının Gözünden Mecburi Hizmet Günlüğü: Ne zorluklar yaşadım? Yeni arkadaşlara öneriler Uzm.Dr.Emine Bihter Gündoğdu
5. Meslek duayenlerimizden köşe yazıları Prof.Dr.Haldun Güner



### EDİTÖR

PROF. DR.  
**MUHAMMET ERDAL SAK**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



### EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR.  
**AHMET YİĞİT ÇAKIROĞLU**

ACIBADEM SAĞLIK GRUBU,  
İSTANBUL



### EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR.  
**ERCAN YILMAZ**

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM A.D., MALATYA



### EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR.  
**ELİF AĞAÇAYAK**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR



### EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR.  
**TALİP KARAÇOR**

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM A.D., ADIYAMAN



### EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR.  
**MERT ULAŞ BARUT**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



### EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR.  
**NURULLAH PEKER**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR

**Bu bültenimizde misafir eğitim kliniğimiz Malatya İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı oldu. Anabilim Dalı Başkanı Prof Dr Ercan Yılmaz ile kısa bir söyleşi yaptık.**



## Hocam sizi tanıyabilmiyiz?

İlk orta ve lise eğitimini Isparta'nın Eğirdir ilçesinde tamamladıktan sonra 1996 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandım ve 2002 yılında bu üniversiteden mezun oldum. Hemen akabinde Eylül ayında yapılan tıpta uzmanlık sınavı (TUS) ile Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak göreve başladım. O dönemde eğitim süremiz 5 yıl olarak planlanmıştı ve 2007 yılı Kasım ayında uzmanlık sınavına girerek meslek hayatına atılmış oldum. Devlet Hizmet Yükümlülüğünü 2008-2009 yıllarında Ağrı Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde tamamladıktan sonra askerlik görevimi Samsun Askeri Hastanesinde gerçekleştirdim ve 2011 yılının Kasım ayında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Yardımcı Doçent olarak göreve başladım. 2014 Eylül tarihinde Doçent Doktor ünvanını almaya hak kazandım ve 2019 yılından beri de üniversitemde Profesör Doktor olarak görev almaktayım.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Malatya Şubesinin başkanlığını yaklaşık 8 yıldır sürdürmekteyim ve 5 Aralık 2021 tarihinde ana derneğimizin Antalya'da yapılan olağan genel kurulunda Yönetim Kurulu'na seçildim ve halen bu görevime devam ediyorum. Aynı zamanda İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı görevini de 18 Şubat 2022 tarihinden beri sürdürmekteyim.

## Stresli bir meslekle uğraşıyorsunuz, stresle başetme yöntemleriniz nelerdir, genç meslektaşlara bu konuda önerileriniz nelerdir?

Öncelikle çok haklısınız, mesleğimiz gerçekten stresli. Türkiye'de hekim olmak başlı başına bir sorun iken bir de kadın doğum uzmanı olmak bu stresi ve sorumluluğu birkaç kat arttırıyor. Ben de tabii bu mesleğin getirdiği stresi fazlasıyla yaşıyorum her meslektaşım gibi. Benim stresle başetmek konusunda genç meslektaşlarıma önereceğim en önemli şey zamanı iyi kullanmalarıdır. İş yerinde yaşadıkları sorunları ki bunlar hasta-hasta yakını ile ilgili olabileceği gibi kendi meslektaşları veya yakın mesai arkadaşları ile ilgili de olabilir, yaşam kalitelerini ve duygularını uzun süre olumsuz yönde etkileyecek sorunlar haline getirmemeleri gerekiyor. Özellikle son yıllarda bu stres faktörünün en önemli nedenlerinden biri haline gelen malpraktis davaları kadın doğum hekimleri üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır. Bu anlamda hekim mağduriyetini önlemek amacıyla önemli adımlar atıldığını belirtmek isterim. Ayrıca Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Hukuk Bürosu ile de kadın doğum hekimlerimize ücretsiz danışmanlık ve gerektiği durumlarda avukat görevlendirmesi yapılmaktadır.

Stresli mesleğimiz karşısında bu sorunla mücadele etmek için şahsen kendi adıma farklı hobiler edindiğimi söyleyebilirim. İyi bir kitap okuyucusu olduğumu belirtmek istiyorum bu anlamda. Yine müzik tabii benim boş vakitlerimde uğraştığım önemli bir etkinlik. Bağlama ve gitar çalıyorum. Spor yapmak ve seyahat etmek te boş vakitlerimde yapmaktan keyif aldığım stresle mücadele etme yöntemlerimden.

## **TJOD yeni yönetim kurulunda yer aldınız. Bölgeyi ve üniversitenizi temsilen ne gibi gündemler sizleri bekliyor?**

TJOD biz kadın doğum uzmanlarının bağlı olduğu ana dernek, çatı dernek konumunda olan bir tüzel yapıdır. Türkiye'nin hemen her ilinde şubesi bulunan bu derneğin iki yılda bir olağan genel kurulunda seçimler olmakta ve bu seçimlerde ana merkezin bünyesinde yer alan ve 15 kişiden oluşan yönetim kuruluna seçildim. Bu benim için büyük bir başarıdır. Ben açıkçası Türkiye'nin doğusunda sağlık hizmeti vermenin, batıya göre daha zor ve meşakkatli olduğuna inanmıyorum. Günümüz şartlarında hemen her ilde modern hastaneler ve teknolojik sağlık ürünleri ve malzemeler bulunuyor. İnönü Üniversitesi'nin bu konuda örnek alınabilecek bir sağlık yerleşkesinin ve imkanlarının olduğunu söyleyebilirim.

Aynı zamanda TJOD Malatya şubesinin başkanı da olmamdan dolayı Malatya genelinde periyodik olarak lokal bilimsel toplantılar gerçekleştirdik ve gerçekleştiriyoruz. 2022 yılı içerisinde gündemimize aldığımız ve planladığımız ulusal katılımlı iki toplantımız bulunuyor. Bunlardan ilki Haziran ayı içerisinde gerçekleştireceğimiz Multidisipliner Prenatal Genetik Sendromlara Yaklaşım Toplantısıdır. Bu toplantı kadın hastalıkları ve doğum, perinatoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, neonatoloji, pediyatrik kardiyoloji ve özel eğitim uzmanlarının katılımıyla gerçekleştirilecek olan bilimsel yönden oldukça zengin bir etkinlik olma özelliğinde olacaktır. Bilimsel programı tamamiyle Malatya, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep ve Adana illerinde görev yapan değerli hocalarımızın katkılarıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımın ücretsiz olduğu bu bilimsel şölenin tanıtım broşürleri komşu illerde çalışan kadın doğum uzmanlarına ulaştırılarak maksimum düzeyde katılımın gerçekleşmesi de sağlanacaktır.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği bünyesinde faaliyet gösteren Jinekoloji Endoskopi Derneği (JED) ile de Ekim 2022'de ortaklaşa bir toplantı yapmak planlarımız içerisinde yer almaktadır.

Bu bilimsel toplantılar İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nı Türkiye genelinde bir marka haline getirecektir. Endoskopik cerrahinin tüm detaylarının konuşulduğu ve canlı cerrahi eşliğinde gerçekleşecek bu toplantıya çevre illerden katılımın en yüksek düzeyde tutulması en önemli amacımız olacaktır.



## **Bölümünüzle ilgili bilgi verebilirmisiniz?**

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yaklaşık 10 yıldır çalışmaktayım. Tıp Merkezimiz Doğu Anadolu'nun en kapasiteli ve en büyük hastanesi olma özelliğindedir. Ana binaya bağlı olarak hizmet veren Karaciğer Nakil Hastanesi ve Onkoloji Hastanesini de bünyesinde barındırmaktadır. Kliniğimizde halihazırda dokuz öğretim üyesi ve 13 araştırma görevlisi hizmet vermektedir. Öğretim Üyesi kadrosunda iki adet Profesör, iki adet Doçent ve 5 adet Doktor Öğretim Üyesi bulunmaktadır. Kliniğimiz zemin katta bulunan doğumhane, poliklinikler ve 6 katta yer alan kadın hastalıkları ve doğum servisinden oluşmaktadır. Doğumhanemiz 21 servis yatağından ve 3 adet travay odasından oluşmaktadır.



## Bölümünüzle ilgili bilgi verebilir misiniz?

Doğumhane bölümü fiziki olarak doğrudan ameliyathaneye açılmakta ve böylelikle acil müdahale gereken hastalar için zaman kaybını ciddi anlamda azaltmaktadır. İki adet ameliyathane odamız bulunmakta, odalardan biri sezaryen ve acil müdahaleler için tahsis edilmektedir. Jinekoloji, jinekolojik-onkoloji, obstetrik, prenatal tanı tedavi ünitesi, üreme ve reproduktif endokrinoloji, ürojinekoloji, endometriyozis ve adenomyozis, aile planlaması ve adölesan jinekoloji poliklinikleri aktif olarak hasta takip ve tedavilerinin yapıldığı poliklinik birimleridir. Jinekoloji servisi 6. katta bulunmakta ve 28 yataktan oluşmaktadır. Anabilim Dalı bünyesinde hizmet veren yardımcı üreme tedavi (YÜT) merkezi de bulunmaktadır.

2021 yılı itibari ile yıllık sezaryen sayımız 908, doğum sayımız ise 1227 olarak tespit edilmiştir. Üçüncü basamak merkez olmamız nedeniyle 2021 yılı sezaryen oranımız %64'tür. Yine bu dönem için ameliyat sayımız 944, A ve B grup operasyon sayımız ise 418 dir. Doğumhane ve jinekoloji servisi göz önüne alındığında yatak doluluk oranlarımız %90, acilden hasta yatış oranımız ise %55 olarak belirlenmiştir. Hastanemiz bünyesinde biyokimya, hormon, mikrobiyoloji, genetik laboratuvarları, kan transfüzyon merkezi ve kan bankası, kemoterapi ünitesi, yenidoğan ve erişkin yoğun bakım merkezleri de bulunmaktadır.

Polikliniklerimize 2021 yılı içerisinde toplam 16778 hasta girişi olmuştur. Temelde randevu sistemi ile çalışılmakla birlikte acil başvuruları, il dışından olan müracaatlar ve onkoloji hastaları aynı gün içerisinde muayene edilmektedir. Polikliniklere müracaat eden hastaların bir bölümü Malatya nüfusuna ait olmakla birlikte çok önemli bir bölümü de Elazığ, Adıyaman, Kahramanmaraş, Gaziantep, Bingöl, Tunceli, Muş, Van gibi Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerine aittir. Son birkaç yıldır Kayseri, Sivas, Ankara ve hatta İstanbul'dan da kliniğimize müracaatların olduğu görülmektedir.

Poliklinik hasta popülasyonunun önemli bölümü Jinekoloji ve Obstetrik polikliniklerine olmaktadır. Her jinekolojik muayene masasının yanında bulunan gelişmiş ultrasonografi cihazlarıyla hastalarımızın muayeneleri tek bir noktada tamamlanmaktadır. Jinekoloji polikliniğinde genel jinekolojik sorunlarla başvuran hastaların muayeneleri yapılmakla birlikte, pelvik kitle, myoma uteri gibi tanılarla bölümümüze sevk edilen hastaların tetkik ve tedavileri de yapılmaktadır. Obstetrik polikliniğinde genel gebe takipleri yapılmakla birlikte riskli gebelik kategorisinde yer alan hastalar ileri tetkik ve tedavi için kliniğimiz bünyesinde yer alan prenatal tanı ve tedavi ünitesine yönlendirilmektedir. Prenatal tanı ve tedavi ünitesine gebe polikliniğinden yönlendirilen ya da dış merkezden sevkli olarak gelen hastalar öğretim üyeleri eşliğinde değerlendirilmekte ayrıntılı ultrasonografi, amniyosentez, kordosentez, koryon villüs örnekleme, intrauterin transfüzyon, vezikoamniyotik şant gibi fetal cerrahi işlemler başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Bir diğer önemli poliklinik hizmeti veren bölümümüz ise jinekoloji onkoloji polikliniğidir. Bu poliklinik randevusuz olarak çalışmaktadır. Jinekoloji polikliniğine başvuran ve malignite şüphesi olan ya da dış merkezden kanser şüphesi ile gönderilen hastalar bu polikliniğin önemli hasta grubunu oluşturmakla birlikte jinekolojik malignite nedeniyle opere ettiğimiz hastaların postoperatif takipleri de bu bölümde yapılmaktadır. Jinekolojik onkoloji polikliniği bünyesinde yer alan kolposkopi odasında da servikal displazi tanısı alan hastalara kolposkopik muayene yapılmaktadır. Jinekolojik ve jinekolojik onkolojik cerrahiler için tahsis edilen ameliyathane odamızda gün içerisinde tüm cerrahi işlemler başarılı bir şekilde yapılmaktadır. İleri düzey laparoskopi ve histeroskopi ünitelerimiz ameliyathane odası içerisinde muhafaza edilmektedir.





Myoma uteri, benign pelvik kitle, endometriyal polip, submukozal myom gibi benign nedenlerle cerrahi endikasyon konulan hastaların laparoskopik, histeroskopik ve laparatomik işlemleri başarılı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Yine uterin prolapsus, stres üriner inkontinans gibi sorunları olan hastaların ürojinekolojik operasyonları da kliniğimizde yapılmaktadır.

Günümüzde nadir görülen vulva ve serviks kanseri cerrahisinden endometriyum ve ileri evre over kanseri cerrahisine kadar tüm jinekolojik onkolojik cerrahiler bölümümüzde başarılı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Özellikle ileri evre epitelyal over kanseri tanısı alan hastalarda tam sitoredüktif cerrahi (pelvik ve paraaortik lenfadenektomi dahil olmak üzere) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Bu hastaların postoperatif yoğun bakım takipleri de başarılı şekilde gerçekleştirilmektedir.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ulusal Tıp Eğitimi Programına akreditasyonunu başarılı bir şekilde tamamlamıştır. Tıp fakültesini kazanan öğrenciler bu eğitim programına uygun bir şekilde eğitim almaktadır. Bu minvalde kliniğimizde de eğitim öğretim programları büyük önem taşımaktadır. Bu sürecin uygulanmasında en güncel literatür bilgileri kullanılmaktadır. Ayrıca periyodik olarak 3. ve 4. dönem öğrencilerine öğretim üyeleri tarafından kadın hastalıkları ve doğum dersleri anlatılmaktadır. Cuma günleri kliniğimizin eğitim günü olarak belirlenmiştir ve eğitim saatlerimiz 13:30 da toplantı salonunda başlamaktadır. Bu eğitimler sene başında ilan edilen araştırma görevlileri ve öğretim üyelerinin anlattığı seminer saatlerine göre takip edilir. Ayrıca bu toplantılarda bir hafta boyunca yapılan hem obstetrik hem de jinekolojik vakalar tartışılmaktadır. TJOD Malatya şubesi çatısı altında da aylık bölgesel bilimsel toplantılar planlamaktayız. Yakın zamanda da 4 Haziran 2022 Multidisipliner Prenatal Genetik Sendromlara Yaklaşım Toplantısı ve ekim 2022 tarihinde de Jinekoloji Endoskopi Derneği ile bir laparoskopik canlı cerrahi toplantısı yapmayı planlıyoruz.

Malatyalı bir hekim olarak ta birazda memleketimden bahsetmek istiyorum. Tarihsel süreçte Anadolu'da birçok medeniyete ev sahipliği yapmış olan, 12 Kasım 2012 senesinden bu zamana Büyükşehir statüsünde olan ve 13 birbirinden güzel ilçeye sahip olan memleketimiz Doğu Anadolu'nun her gün gelişen ve yükselen bir markası olma özelliğindedir. Bir milyonun üzerinde nüfusa sahip olan şehrimizin sağlık alanında parlayan yıldızı olan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi hem şehrimize hem de başta Doğu ve Güneydoğu Anadolu olmak üzere Türkiye'nin birçok farklı bölgesinden gelen hastalara tam zamanlı olarak hizmet vermektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği olarak ta eğitimin, bilginin ve teknolojik gelişmelerin izinden ayrılmayarak hem eğitim ve öğretim hem de sağlık hizmetini hergün artan heyecan, özveri ve azimle yerine getirmeye çalışıyoruz.

Dan L. Longo, M.D., Editor

## Doğum Sonrası Kanama

Jessica L. Bienstock, M.D., M.P.H.,  
Ahizechukwu C. Eke, M.D., Ph.D. ve  
Nancy A. Hueppchen, M.D.

Hazırlayan: Prof. Dr. Ercan Yılmaz

DOĞUM SONRASI KANAMA, DÜNYA GENELİNDE ÖNLENEBİLİR ANNE HASTALIK VE ÖLÜM NEDENLERİNİN BAŞINDA YER ALMAYA DEVAM ETMEKTEDİR.<sup>1,2</sup> Doğum sonrası kanama, dünya genelinde gelişmiş bölgelerde anne ölümlerinin %8'ini, gelişmekte olan bölgelerde ise %20'sini oluşturmaktadır.<sup>2</sup> Gelişmiş ülkeler arasında doğum sonu kanama ile ilişkili en yüksek anne ölüm oranlarından biri, %11' ile Amerika Birleşik Devletlerinde gerçekleşmektedir.<sup>3</sup> 1993-2014 yılları arasında, kan transfüzyonu gerektiren doğum sonrası kanama (vajinal veya sezaryen doğum sonrası >1000 ml kan kaybı)4 oranı, ABD'de 10.000 doğumda yaklaşık 8 vakadan 40'a kadar yükselmiştir.<sup>5</sup>

Doğum sonu kanamanın prevalansının artmasıyla, bu komplikasyonu öngörmek, önlemek ve yönetmek üzere kritik olan müdahaleleri değerlendiren, iyi tasarlanmış kohort araştırmalar ve randomize klinik çalışmalar yüksek öncelik taşımaktadır.<sup>6</sup> Yine de kan kaybının nicelleştirilmesi konusundaki zorluklar, doğum sonrası kanamanın çeşitli tanımları olması ve sonuç raporlamadaki farklılıklar dolayısıyla, bu tür randomize klinik çalışmalardan elde edilen verilerin yorumlanması ve karşılaştırılması zor olmuştur.<sup>6</sup> Dahası, Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji,<sup>4</sup> Kanada Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği, Fransız Jinekologlar ve Doğum Uzmanları Koleji, Kraliyet Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (Birleşik Krallık) ve Kraliyet Avustralya ve Yeni Zelanda Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji gibi başta gelen ulusal kadın doğum ve jinekoloji kurumları arasında doğum sonrası kanamayı önleme ve yönetme kılavuzları açısından önemli ölçüde farklılıklar bulunmaktadır.<sup>8</sup> Bu derlemede, doğum sonrası kanamanın nedenleri, tanı konulması, yönetimi, önlenmesi ve öngörülmesi konuları ele alınmaktadır.

### TANIM, NEDENLER VE RİSK FAKTÖRLERİ

Term gebeliklerde, uterusu giden kan akışı hızı, hamile olmayan kadınlarda yaklaşık 60 ml'ye kıyasla dakikada yaklaşık 600 ml'dir.<sup>9</sup> Doğum sonrası kan kaybının kontrolü, temelde uterus kasılmalarına ve daha az derecede de koagülasyon kaskadı aktivasyonuna bağlıdır. Doğum sonrası kanamanın geleneksel tanımı, vajinal doğumdan sonra 500 ml veya sezaryen doğumdan sonra 1000 ml'den fazla kan kaybı olması durumudur.<sup>10</sup> Yakın zamanlarda doğum sonrası kanama, doğum yolu farketmeksizin 1000 ml veya daha fazla kümülatif kan kaybı veya hipovolemi belirtileri veya semptomlarıyla ilişkili kan kaybı olacak şekilde yeniden tanımlanmıştır.<sup>10</sup> Doğum sonrası kanamaya bağlı tipik klinik hipovolemi belirtileri ve semptomları (örn., hipotansiyon ve taşikardi), kan kaybı toplam kan hacminin %25'ini (son dönemde >1500 ml) geçene kadar ortaya çıkmayabilir.<sup>11</sup>

Doğum sonrası kanama, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde ortaya çıktığında birincil, doğumdan sonraki 24 saat ila 12 hafta arasında ortaya çıktığında ise ikincil olarak kabul edilmektedir.<sup>10,12</sup> Doğum sonu kanamanın nedenleri dört grupta özetlenebilir: tonus (uterin atoni), travma (laserasyonlar veya uterus rüptürü), doku (plasenta veya pıhtı tutulumu) ve trombin (pıhtılaşma faktörü eksikliği).<sup>10</sup>

En yaygın nedenler uterin atoni (vakaların yaklaşık %70'i), obstetrik laserasyonlar (yaklaşık %20), plasental doku kalıntısı (yaklaşık %10) ve pıhtılaşma faktörü eksiklikleridir (<%1).<sup>10</sup> Doğum sonrası kanama, kan transfüzyonu gerektiren ciddi anemi, dissemine intravasküler koagülasyon bozukluğu, histerektomi, çoklu sistem organ yetmezliği ve ölüme neden olabilir.<sup>10</sup> Uterus atonisine bağlı doğum sonrası kanamadan önce genellikle koryoamniyonit, terapötik magnezyum sülfat kullanımı, uzun süren veya ani doğum, doğum indüksiyonu veya augmentasyonu, uterus fibroidleri veya çoğul gebelik, fetal makrozomi ya da polihidramniossa bağlı uterusun aşırı büyümesi gelir. Sezaryen doğum, vajinal doğuma kıyasla daha yüksek doğumdan sonra kanama riski ile ilişkilidir. İleri anne yaşı ve çok düşük ya da çok yüksek parite (0 ya da >4) de ek risk faktörleridir.

Diğer risk faktörleri ise gelişen kanama tipiyle yakından bağlantılıdır. Örneğin, operatif vajinal doğum, ani doğum veya epizyotomi, obstetrik laserasyonlara neden olabilirken, plasenta akreata spektrumu (PAS; plasenta akreata, plasenta inkreata ve plasenta perkreata dahil anormal plasenta bozuklukları spektrumu), geçmiş uterus cerrahisi ile ilişkili olan plasenta dokusu tutulumuna neden olabilir. Plasental doku tutulumu aynı zamanda plasental doku ve membranların eksikliğinin bir sonucu da olabilir. Doğum sonrası kanamaya yol açan maternal koagülopati, şiddetli preeklampsi ve eklampsinin, HELLP (hemoliz, yüksek karaciğer enzim düzeyi ve düşük trombosit sayısı) sendromunun, intrauterin fetal ölümün, plasenta dekolmanı veya edinilen (örn., amniyotik sıvı embolisi) ya da kalıtsal olan bir koagülasyon bozukluğunun bir komplikasyonu olabilir.

Doğum sonrası kanama riski yüksek olan hastaları belirlemeye yönelik çalışmalara rağmen yaşamı tehdit eden bu komplikasyon, tanımlanabilir bir risk faktörü olmayan kadınlarda da sıklıkla görülmektedir.<sup>10</sup> Bu sebeple, tüm doğumlarda bu duruma dikkat etmek son derece önemlidir.

## DOĞUM SONRASI KANAMANIN YÖNETİMİ

### GENEL YAKLAŞIM

Doğum sonrası kanamanın yönetimi, iyi iletişim, kan kaybının doğru bir şekilde değerlendirilmesi, annenin yaşamsal belirtilerinin ve semptomlarının izlenmesi, sıvı replasmanı ve kanamanın kaynağının durdurulmasını içeren ve tüm bunların aynı anda gerçekleştiği, koordineli bir multidisipliner yaklaşım gerektirir (Şekil 1).<sup>10,13</sup>

Devam eden kan kaybının değerlendirilmesi, doğum sonrası kanamanın yönetiminde kritik bir adımdır. Kan kaybı, kan ve amniyotik sıvıyla ıslanan cerrahi süngerler ve örtüler gibi malzemeleri görsel olarak tahmin etmek veya tartmak yoluyla değerlendirilebilir.<sup>7</sup> Kan kaybını değerlendirmede hangi yöntemin daha iyi olduğuna dair güçlü bir kanıt olmasa da nicel tahmin, subjektif değerlendirmeye kıyasla daha doğru bir tahmin sağlamaktadır.<sup>7,14</sup> Şiddetli doğum sonrası kanaması olan kadınlarda, kan kaybının nicel tahmini anne güvenlik protokollerinin bir bileşeni olarak kullanıldığında morbidite azaltılabilir,<sup>7</sup> ancak bu yöntemin klinik sonuçları iyileştirdiğine dair tutarlı bulgu yoktur. Yakın tarihli bir Cochrane meta-analizinde, kan kaybının nicel tahmininin doğum sonrası kanamada uterotonik ajanlar, kan transfüzyonu veya hacim genişleticilere olan ihtiyacı azalttığına dair kanıt bulunamamıştır.<sup>15</sup> Bu sınırlamalara rağmen bazı kadın doğum ve jinekoloji kuruluşları,<sup>7</sup> kana bulanık malzemeleri (kucak süngerleri ve pedleri) tartarak, yıkamada kullanılan sıvıyı izleyerek ve kalça altı dereceli silindir örtüler kullanarak kan kaybını ölçmeyi tercih etmektedirler. Yakın zamanlarda, kan kaybını gerçek zamanlı olarak tahmin etmek üzere elektronik, yapay zeka içeren kolorimetrik cihazların (örn., akıllı telefon uygulamaları) kullanımı ümit verici görünmektedir.<sup>16</sup>

Kadın hasta doğuma alındığında doğum sonrası kanama açısından yüksek bir şüphe indeksi varsa (örn., plasenta previa, PAS veya aktif vajinal kanama), iki büyük çaplı intravenöz kanül yerleştirilmeli, tam kan sayımı yapılmalı ve kan bankasına örnek gönderilmelidir. Kan bankasına haber verilmeli, hastanın kan grubu belirlenmeli ve en az 2 ünite kan eşleştirilmelidir. Doğum sonrası kanama riskinin nedenine ve derecesine göre de ek izleme uyarlanmalıdır. Bu izleme, sürekli nabız oksimetresi kullanımını, kalıcı mesane kateteri ile idrar çıkışının değerlendirilmesi, sürekli kardiyak izleme, koagülasyon durumunun değerlendirilmesi (protrombin zamanı, fibrinojen düzeyi ve aktive edilmiş tromboplastin zamanına dayalı değerlendirme) ve kapsamlı bir metabolik paneli içerebilir.<sup>10</sup>

### Gebelik sırasında

Tüm kadınları DSK risk faktörleri açısından tarayın  
DSK riski altındaki kadınları belirleyin  
Doğumdan önce hemoglobin düzeyini optimize edin  
Multidisipliner konsültasyon alın (örn., kalıtsal hematolojik bozukluklar için)

### Doğuma kabul sırasında

Hastaları DSK risk faktörleri açısından değerlendirin  
Hastaları risk katmanlarına göre sınıflandırın (düşük, orta ve yüksek DSK riski)  
Büyük çaplı bir kanül ile IV giriş için (yüksek riskli hastalar için 2 IV kanül)  
Başlangıç laboratuvar değerlerini elde edin (TKS, TMP, T ve S, fibrinojen, PT, aPTT)  
Anestezi ve diğer konsültasyon servislerini (örn., hematoloji, jinekolojik onkoloji) bilgilendirin  
Spesifik farmakoterapilerle ilgili kontrendikasyonları (örn., astım, hipertansiyon) belgeleyin

### Doğum Sonrası Kanama Gelişimi

#### Tahmini 1000–1500 ml Kan Kaybı

Hemşirelerden ve ek obstetrik bakım sağlayıcılardan yardım isteyin  
Anestezi, kan bankası, girişimsel radyoloji odası ve ameliyathaneye haber verin  
Ek IV kateter yerleştirin  
Plasenta, membranlar ve tutulan tüm ürünleri çıkarın  
İdrar çıkışını izlemek ve uterus kasılmasına yardımcı olmak için idrar sondası yerleştirin  
Bimanuel uterin masajı ve manuel uterin keşif yapın ve tutulan doku veya pıhtıları boşaltın  
Kan kaybını telafi etmek için IV sıvı verin (kristaloidler, kolloidler)  
Farmakoterapi uygulayın (oksitosin, metilergonovin, karboprost, misoprostol)  
Genital sistem laserasyonlarını inceleyin ve onarın

#### Tahmini >1500–3000 ml Kan Kaybı

Laboratuvar değerlerini izleyin (TKS, TMP, T ve S, fibrinojen, PT, aPTT, laktat)  
Koagülasyonu izleyin (tromboelastografi veya rotasyonel tromboelastometri)  
Arteriyel kateter ve santral venöz kateterler yerleştirin Kan ve kan ürünleri verin (özellikle hasta hemodinamik olarak stabil değilse)  
Farmakoterapiyi tolere edilen maksimum dozlarda uygulamaya devam edin  
Uterus tamponadı yerleştirin (örn., Bakri veya Rusch balonu)  
Traneksamik asit verin

#### Tahmini >3000 ml Kan Kaybı

Yerel protokollere göre eritrosit, TDP ve trombosit transfüzyonuna devam edin (örn., 1:1:1 oranında)  
Laboratuvar değerlerini izlemeye devam edin (TKS, TMP, T ve S, fibrinojen, PT, aPTT, laktat)  
Kaogülasyonu izlemeye devam edin (tromboelastografi veya rotasyonel tromboelastometri)  
Yeniden traneksamik asit vermeyi düşünün  
Rekombinant faktör VIIa tedavisini düşünün (hemofili A veya B)  
Girişimsel radyoloji ile uterus arter embolizasyonunu düşünün (hasta stabil ise)  
Laparotomi yapın  
Uterus laserasyonlarını veya rüptürlerini onarın  
Uterus kompresyon dikişleri yerleştirin (örn., B-Lynch, Hayman, Cho ve Esike yöntemleriyle)  
Adım adım sütür ligasyonu gerçekleştirin  
Bilateral uterus arter ligasyonu gerçekleştirin (O'Leary sütür)  
Bilateral utero-ovaryan arter ligasyonu gerçekleştirin  
Internal iliak arter ligasyonu gerçekleştirin  
Histerektomi yapın (total veya supraservikal – özellikle ileride tekrar doğum istenmiyorsa tedavinin erken dönemlerinde uygun olabilir)

### Şekil 1. Doğum Sonrası Kanamanın (DSK) Taranması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi.

aPTT: aktive edilmiş parsiyel tromboplastin zamanı, TMP: temel metabolik panel, TKS: tam kan sayımı, TDP: taze donmuş plazma, IV: intravenöz, PT: protrombin zamanı, T ve S: tür ve tarama.

Hasta doğum sonrası kanama açısından çok yüksek riskli ise, santral venöz ve arteriyel kateterler yerleştirilmelidir. Genellikle yoğun sıvı resüsitasyonu ve uzun süreli cerrahi ile ilişkili olan hipotermiyi hafifletmek için ısıtma-soğutma sirkülasyonlu su yastığı veya basınçlı hava ısıtma sistemleri kullanılabilir. Hem kristaloidler hem de kolloidler intravenöz sıvı olarak kullanılabilir de<sup>17</sup> kristaloidler, kolloidlere göre biraz daha fazla tercih edilmektedir.<sup>18</sup>

## REST PLASENTAL DOKUNUN YÖNETİMİ

Doğum sonrası plasenta muayenesi, rest plasenta dokusunu veya rest plasenta suksentriat lobunu ekarte etmek açısından önemlidir (bir veya daha çok aksesuar lobun, kan damarları yoluyla plasentanın ana kısmına bağlı olduğu bir anormallik). Rest plasenta dokusundan şüpheleniliyorsa, ultrasonografik kılavuz altında manuel keşif veya banjo (künt) küret ile çıkarılması önerilmektedir.

Ultrasonografinin rest plasenta dokusunu saptama konusunda pozitif prediktif değeri yaklaşık %58, negatif prediktif değeri ise yaklaşık %87'dir.<sup>19</sup> Plasentanın elle çıkarılmasını gerektiren anormal uterus kanaması, kanamanın PAS bozukluğundan kaynaklanma olasılığını artırır.<sup>20</sup>

## GENİTAL YOL LASERASYONLARININ YÖNETİMİ

Alt genital yolun servikal, vajinal, perineal veya rektovajinal laserasyonlar için dikkatli bir biçimde incelenmesi oldukça önemlidir. Laserasyonlar, derhal emilebilen dikişlerle onarılmalıdır. Doğum sonrası kanama veya perineal laserasyonun onarımı için uterus tahliyesinden sonra rutin antibiyotik profilaksisinin kullanımını destekleyen yeterli derecede kanıt bulunmamaktadır.<sup>21</sup>

## UTERİN ATONİSİNİN YÖNETİMİ

Uterin atonisine bağlı doğum sonrası kanamanın tedavisinde ilk adım genellikle bimanuel uterus masajıdır. Bu masaj, endojen prostaglandinleri uyarak uterus kasılmalarını indüklemek amacıyla yapılmaktadır.<sup>10,22</sup> Oksitosin (intravenöz veya intramüsküler), uterin atonisine bağlı doğum sonrası kanamayı kontrol etmede tedavinin ana dayanağıdır. Ajan profilaktik olarak uygulanmadysa, oksitosine uterus masajıyla eş zamanlı olarak başlanır. İntravenöz oksitosin uygulamasından sonra uterus genellikle hemen tepki verir (oksitosinin yarı ömrü plazmada 1 ila 6 dakikadır).<sup>23</sup>

Doğum sonrası kanamayı kontrol etmek amacıyla ikinci basamak farmakoterapi olarak ek ajanlar (örn., metilergonovin maleat, yarı sentetik bir ergot alkaloidi) ve kas içi prostaglandinler (örn., karboprost trometamin, prostaglandin F2α) kullanılabilir. Bir Cochrane meta-analizi, prostaglandin E1 analogu olan misoprostolün faydasını incelemiştir.<sup>24,25</sup> Oksitosin uterusu ritmik kasılmalara sebep olsa da metilergonovin maleat, uterus düz kasını ve uterus vasküler α 1-adrenerjik reseptörlerini sürekli bir şekilde uyarıp vazokonstriksiyona ve kanamanın durmasına yol açar. Metilergonovin maleat, oksitosinden sonra uygulanacak ilk ajan olarak kabul edilmektedir.<sup>23</sup> Doğum sonu kanama ile ilgili farmakoterapi endikasyonları ve kontrendikasyonları, Tablo 1'de listelenmiştir.

Farmakoterapinin uterus atonisini tedavi etmede başarısız olduğu durumlarda balon tamponad (Şekil 2A) ve uterus kompresyon sütürleri (Şekil 2B) gibi mekanik yöntemler hayat kurtarabilir. İlk kez 2001'de sunulan Bakri balonu gibi balon tamponad sistemleri,<sup>26</sup> intrauterin bir balona sıvının verilmesini (yaklaşık 500 ml maksimum hacim) ve balonun yerleştirildikten 24 saat sonrasına kadar çıkarılmasını içermektedir.<sup>27</sup> 2020 tarihli bir meta-analize göre uterus balon tamponad sistemleri güvenlidir ve doğum sonrası kanamanın tedavisinde %85'in üzerinde bir başarı oranı sergilemiştir.<sup>28</sup>

Destek sütürü olarak da bilinen uterus kompresyon sütürü, ilk olarak 1997'da B-Lynch ve ark. tarafından tanımlanmış ve doğum sonrası kanamayı kontrol etmede oldukça etkili sonuçlar sergilemiştir.<sup>29</sup> 1997'den bu yana birkaç farklı kompresyon sütür tekniği tanımlanmıştır.<sup>30-36</sup> Bazı tekniklerde uterus boşluğuna giren<sup>34</sup> ve uterusun ön ve arka duvarlarına dayanan dikişler olmakla birlikte, bunlar uterin sineşi riskini artırabilmektedir, ancak diğer tekniklerde bu durum geçerli değildir.<sup>29,36</sup> Vaka serileri üzerine yapılan bazı sistematik incelemelerde, doğum sonrası kanamanın yönetiminde destek sütürünün %90'dan fazla başarı oranı gösterdiği bildirilmiştir.<sup>37,38</sup> Uterin nekrozu ve intrauterin sineşi, uterus kompresyon prosedürlerinde olası komplikasyonlardandır.<sup>39,40</sup> Doğum sonrası kanamanın uterus kompresyon sütürü ile tedavisinin ardından başarılı gebelik oranları %11 ile 75 arasında değişmektedir.<sup>37</sup>

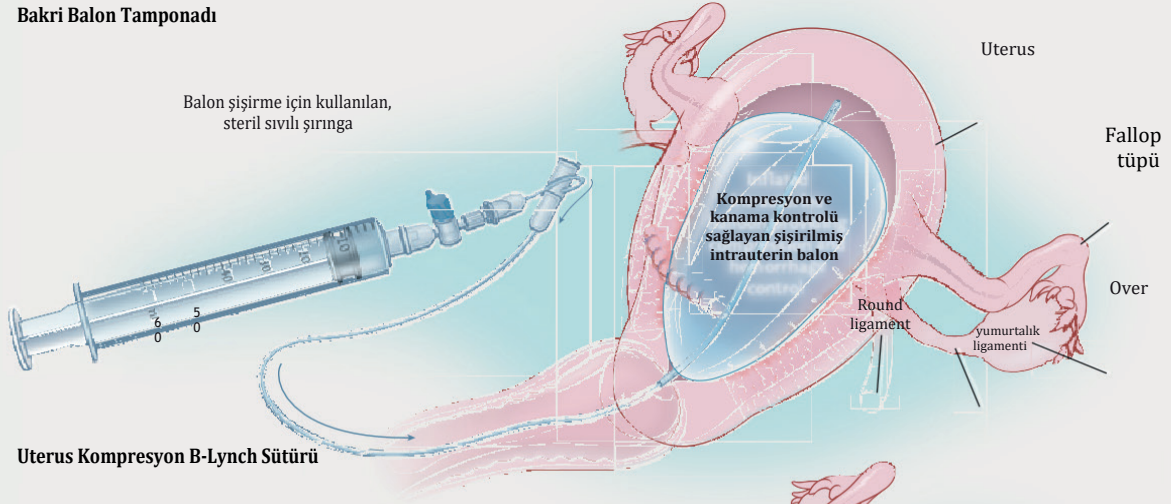
Doğum sonrası kanama vakalarında uterus ve vajinal tamponlar başarıyla kullanılmış olup bu yöntem, intrauterin enfeksiyon potansiyeli nedeniyle rutin olarak önerilmemektedir.<sup>41</sup> Doğum sonrası kanama üzerine yapılan çalışmalarda pozitif bir tamponad testi (anne karnında bir el ile uterus fundusunu yukarıdan sıkıştırma ve vajinada bir el ile aşağıdan sıkıştırmayı içeren bimanuel uterin kompresyonla azalmış kanama) yapılmamış olsa da uterus balonu yerleştirmeden veya kompresyon sütürünü seçmeden önce uygulanması makul bir ön test olacaktır.<sup>42</sup>

Doğum sonrası ağır kanama vakalarında, farmakolojik tedavi, uterus kompresyonu, tamponad veya başka konservatif önlemlerle kanama kontrol altına alınamazsa, cerrahi yöntemler hayat kurtarıcı nitelikte olabilir.

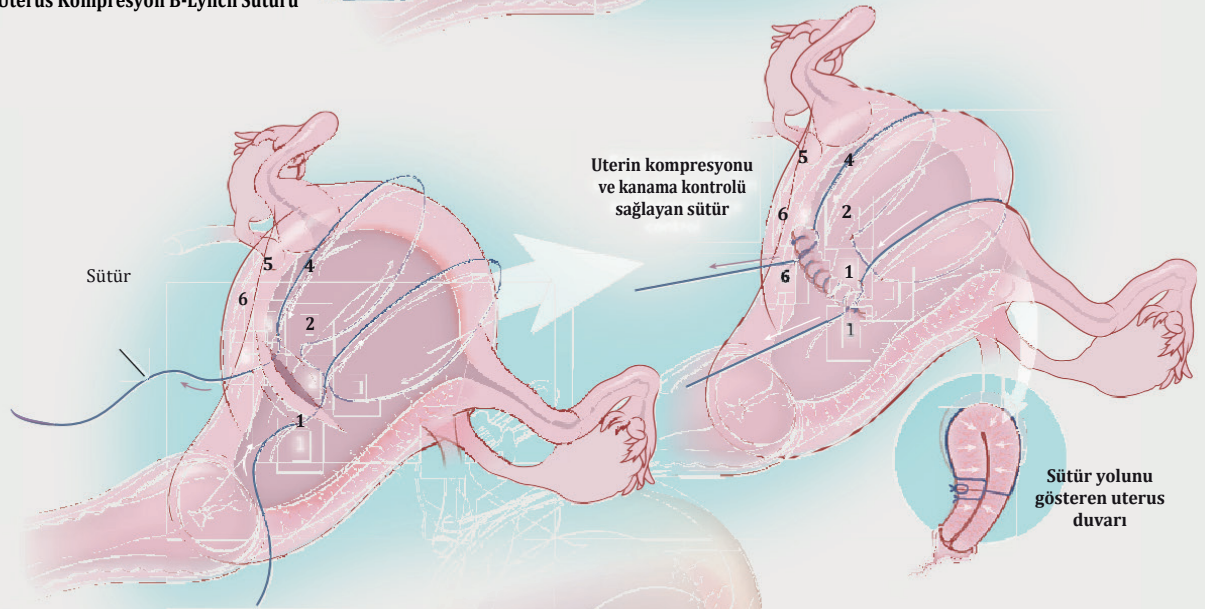
Tablo 1. Doğum Sonrası Kanamanın Tıbbi Tedavisi.*				
İlaç	Etki Mekanizması	Uygulama Şekli ve Dozu	Endişe ve Kontrendikasyonlar	Olumsuz Etkiler
Birinci basamak tedavi: oksitosin	Uterustaki oksitosin reseptörlerini uyarır	IV, 10-40 IU/500-1000 ml laktatlı Ringer solüsyonu; IM veya IMM, 4 doza kadar 5-10 IU	SIADH, hipotansiyon	Hızlı bolus uygulaması hiponatremi, hipotansiyon, taşikardi ve aritmiye yol açabilir
İkinci basamak tedavi				
Metilergonovin maleat (ergot alkaloid)	Uterustaki serotonerjik, dopaminerjik, $\alpha_1$ -adrenerjik reseptörler için kısmi agonist ya da antagonist	IM veya IMM, 2-4 saatte 0.2 mg, maksimum 5 doz; oral, 2-7 gün boyunca 6-8 saatte 0.2 mg	Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık (inme, Raynaud hastalığı)	Yüksek tansiyon, mide bulantısı, kusma, miyokardiyal enfarktüs
karboprost trometamin (PGF <sub>2a</sub> )	uetrin miyometriyumunda PGF <sub>2a</sub> agonisti	IM veya IMM, 15-90 dakikada 250 $\mu$ g, maksimum 8 doz	Astım, kardiyovasküler hastalık, karaciğer hastalığı, böbrek hastalığı	Bulantı, kusma ve ishal
Ek ajanlar				
Traneksamik asit	hemostatik fibrinin Plazmin tarafından, çözünmesini azaltır ve uterus damarlarında koagülasyonu stabilize eder	IV, 10 dk sürede 1 g (100 mg/ml) 30 dk sonra kanama devam ederse veya ilk dozdan 24 sa sonra durup tekrar başlarsa ikinci doz verilebilir	traneksamik aside aşırı duyarlılık, gebelikte tromboembolik olay veya hiperkoagülopati öyküsü varsa kontrendikedir	Baş ağrısı, kas-iskelet ağrısı mide bulantısı, ishal
Rekombinant faktör VIIa	Faktör IX ve X'i parçalayarak pıhtılaşma kaskadını aktive eder, bu da bu faktörleri aktive eder ve trombin ve fibrin aktivasyonuna yol açar	IV, 50-100 $\mu$ g/kg (tek doz)	Şiddetli anemi, şiddetli trombositopeni, hiperfibrinojenemi, fare, hamster veya siğir proteinlerine alerji	Tromboembolik olaylar, serebrovasküler enfarktüsler, miyokardiyal enfarktüs
Faydası belirsiz olan tedavi: misoprostol	Uterin miyometriyumunda PGE <sub>1</sub> agonisti	Dilaltı, oral veya rektal (dilaltı tercih edilir), tek dozda 600-1000 $\mu$ g tekrar dozlar tavsiye edilmez	Sepsis, misoprostole ve eş zamanlı antikoagülan tedaviye alerji, kardiyovasküler hastalık: etkinliği tartışmalıdır	Mide bulantısı, kusma, ateş, ishal

\*PGE1 prostaglandin E1, PGF<sub>2a</sub> 15- metil prostaglandin F<sub>2a</sub>, SIADH Uygunuz antidiüretik hormon salınımı.

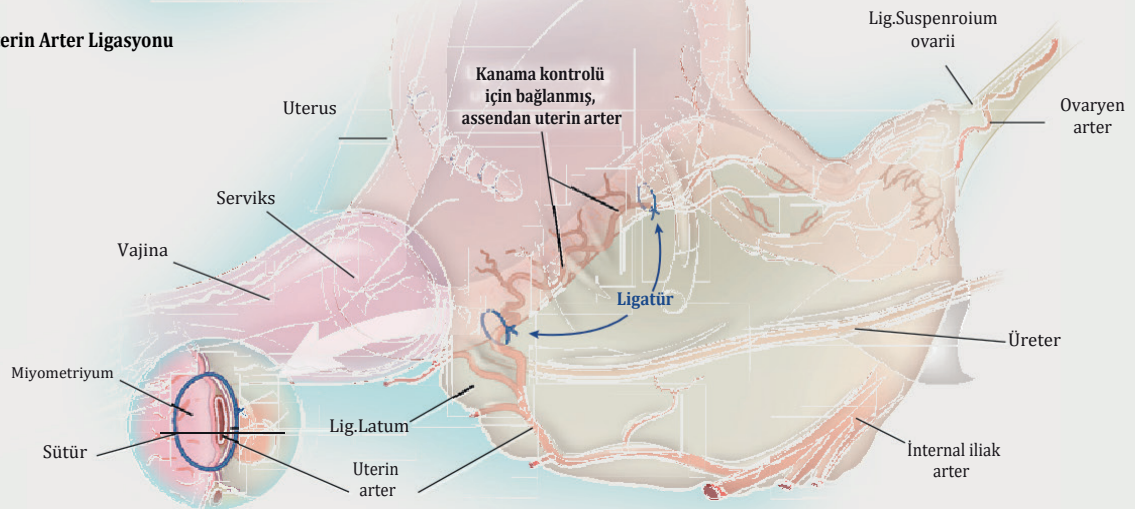
**A Bakri Balon Tamponadı**



**B Uterus Kompresyon B-Lynch Sütürü**



**C Uterin Arter Ligasyonu**



Şekil 2. Uterin Atonisini Yönetmek İçin Mekanik Yöntemler. Panel A'da balon tamponadı (Bakri balonu), Panel B'da uterus kompresyon sütürü (1'den 6'ya kadar B-Lynch sütürleri) ve Panel C'de uterin arter ligasyonu gösterilmiştir.

Bilateral uterin arter ligasyonu (Şekil 2C), laparotomide bir sonraki uygun adımdır. 1952'de Waters<sup>43</sup> ve 1966'da O'Leary ve O'Leary<sup>44</sup> tarafından tanımlanan bu cerrahi teknik, uterus arterlerinin alt uterus segmentinin lateral tarafında sütün ligasyonunu içermektedir. Bilateral uterin arter ligasyonu başarısız olursa, utero-ovarian pedikül arterleri kademeli bir şekilde sütünle bağlanabilir (bilateral utero-ovaryan arter ligasyonu). İlk olarak 1964'te doğum sonrası kanamayı kontrol etmek için Burchell ve ark.<sup>45</sup> tarafından öne atılan internal iliak arter ligasyonu, genellikle %50 ila 60 başarı oranına sahip olan, son çare olarak kullanılan bir sütün ligasyon işlemidir, ancak gerektirdiği cerrahi diseksiyon boyutu nedeniyle büyük ölçüde gözden düşmüştür.<sup>45</sup> Doğum sonrası kanamanın kontrolünde histerektomi (total veya supraservikal) hayat kurtarıcı olabilir.<sup>10</sup>

## KAN ÜRÜNLERİNİN KULLANIMI

Doğum sonrası kanama durumunda kan transfüzyonunu başlatmak konusunda kesin kriterler olmasa da kan kaybı tahmini 1500 ml'yi aştığında veya hemodinamik değişiklikler belirginleştğinde transfüzyona başlanmaktadır.<sup>10,46</sup> İhtiyaç duyulursa, masif kan transfüzyonu başlatılır (24 saatte  $\geq 10$  ünite paketlenmiş eritrosit infüzyonu veya 1 saatte  $\geq 4$  ünite paketlenmiş eritrosit infüzyonu).<sup>47</sup> Randomize klinik çalışmalardan elde edilen veriler, obstetrik kanama için kan ürünlerinin transfüzyonu hakkında bir oran sağlamamıştır.<sup>10</sup>

Travma literatürüne göre paketlenmiş eritrositler, taze donmuş plazma ve trombositlerin transfüzyonu için oranlar 6:4:1, 4:4:1 veya 1:1:1'dir.<sup>48,49</sup> İngiliz Hematoloji Standartları Komitesi gibi kuruluşların pratik yönergelerine göre tedavinin hedefi, hemogloblin düzeyini 8gr/dL üstünde, fibrinojen düzeyini 2g/L üstünde, trombosit sayısını mikrolitrede 50.000 üstünde ve aktive parsiyel tromboplastin ve protrombin zamanlarını normal değerlerin 1.5 katından aşağıda tutmaktır.<sup>50</sup> Gözlemsel bir çalışma, doğum sonrası şiddetli kanamayı yönetirken yeterli koagülasyonu sürdürmek amacıyla tromboelastografi veya rotasyonel tromboelastometri önermiştir.<sup>51</sup> Doğum sonrası kanamanın yönetimi için kan ürünü replasman tedavisi, uygulanma zamanı ve dozaj önerileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

## PLASENTA AKREATA SPEKTRUM BOZUKLUKLARI

Artan sezaryen doğum oranlarıyla birlikte, PAS bozukluklarına bağlı doğum sonrası kanama tedavisi için yapılan peripartum histerektomi sıklığı da artmaktadır.<sup>52</sup> Optimal uygulama zamanı hakkında yeterli kanıt olmamakla birlikte, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji PAS bozuklukları vakalarında 34 hafta ila 35 hafta 6 gün arasında histerektomili veya histerektomisiz planlı sezaryen doğumu önermekteyken, Kraliyet Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji<sup>53, 35</sup> hafta ile 36 hafta 6 gün arasında doğumu önermektedir.



PAS bozukluğu olan kadınlarda sezaryen histerektomi, karmaşık bir prosedürdür. Vasküler cerrahi, girişimsel radyoloji, üroloji ve hematoloji gibi diğer cerrahi uzmanlıklarla işbirliği yapan ve karmaşık pelvik cerrahi konusunda uzman olan kadın doğum uzmanları ve jinekologlar tarafından yapılan sezaryen histerektomi, annenin morbidite ve mortalitesini azaltma potansiyeline sahiptir.<sup>54</sup> Özellikle kapsamlı bir pelvik diseksiyon bekleniyorsa, her iki üretere de işlemden önce stent takılarak tanımlanmaları kolaylaştırılabilir ve işlem sırasında yaralanma riski azaltılabilir.<sup>55</sup> Plasenta perkreat riski çok yüksek olduğu düşünülen kadınlarda, işlemden hemen önce internal iliak arterlere balon kateter yerleştirmek ve fetüsün doğumundan hemen sonra bu kateteri şişirmek, intraoperatif kanamayı azaltabilir.<sup>55</sup> PAS bozukluklarının kesin tedavisi plasentanın yerinde bırakıldığı acil histerektomiye içerse de bazı uzmanlar, kanamayı ve masif kan transfüzyonunu en aza indirmek için seçili vakalarda gebe yönetimi ve gecikmiş histerektomi önermektedir.<sup>56</sup> Planlanan sezaryen histerektomi vakalarında orta hat dikey bir insizyon ideal olacaktır, çünkü bu, koagülopati gelişirse kanama olabilecek doku düzlemlerinin diseksiyonunu en aza indirerek karın, uterus pedikülleri ve pelvisin iyi görüntülenmesini sağlayacaktır.

**Tablo 2. Doğum Sonrası Kanama için Kan Ürünü Replasman Tedavisi.**

Kan Ürünü	Komponent Tedavisi	Doz	Verilme Zamanı
Paketlenmiş eritrosit	Eritrosit	1 ünitenin hacmi olarak 450 ml'dir ve annenin hemoglobin düzeyini 1 g/dl artırması beklenir.	Hemoglobin <7 veya <8 g/dl ise (yerel protokollere ve annenin durumuna bağlı)
Taze donmuş plazma	Plazma proteinleri, pıhtılaşma faktörleri (trombosit hariç), fibrinojen, antikoagülanlar (protein C ve S)	1 ünitenin hacmi yaklaşık 250 ml'dir. 10-20 ml/kg'lık bir doz, pıhtılaşma faktörlerini %10-20 oranında artıracaktır.	Her 1, 4 veya 6 ünite paketlenmiş eritrositten sonra (yerel protokollere bağlı) veya protrombin süresi uzarsa (INR veya aPTT normal değer 1.5 katından fazlaysa)*
Trombosit konsantrisi	Trombosit	1 Paket havuzlanmış trombosit	Trombosit sayısı <75.000/µl ise veya her 1, 4 veya 6 ünite paketlenmiş eritrositten sonra
Kriyopresipitat	Faktör VIII, fibrinojen	2 havuz kriyopresipitat	Fibrinojen <1 veya <2 g/litre ise

INR: uluslararası normleştirilmiş oran.

## UTERİN İNVERSİYONUN YÖNETİMİ

Doğum sırasında uterusun vajinal orifisten dışarı çıkması olan uterus inversiyonu, doğum sonrası kan kaybıyla orantısız kanamaya ve hipotansiyona neden olabilir. Tedavideki ilk adım, uterusun (plasenta hala yerindeyken) manuel olarak yerine koyulmasıdır. Bu girişim başarısız olursa, bir sonraki uygun adım uterusu tokolitik ajanlarla (nitrogliserin, terbutalin, magnezyum sülfat veya halotan) gevşetmektir.<sup>57</sup> Uterusun yerine yerleştirilmesi de başarısız olursa laparotomi yapılabilir. Ardından izlenebilecek birkaç teknik vardır: her iki uterus kornusuna yerleştirilen Allis klempleri ile nazikçe yukarı doğru traksiyon yoluyla uterus inversiyonunu karın içine geri döndürmek (Huntington yöntemi),<sup>58</sup> servikal halkanın posterior longitudinal insizyonu ve ardından her iki kornusa yerleştirilen Allis klempleri ile nazikçe yukarı doğru traksiyon uygulamak (Haultain yöntemi)<sup>59</sup> veya fundus üzerine üstten silastik bir vakum ekstraktörü yerleştirip negatif basınç uygulayarak uterusu normal konumuna geri döndürmek

(Antonelli yöntemi).<sup>60</sup> Uterusun yeri değiştirildikten sonra, uterus kasılmasına yardımcı olmak için uterotonik ajanlar uygulanır ve plasentanın manuel çıkarılması gerçekleştirilebilir.

## DİĞER YÖNETİM YAKLAŞIMLARI

Doğum sonrası kanamaya bağlı hipovolemik şokun tedavisinde bir non-pnömatik antişok giysi kullanılmıştır. Bu giysi, aorttaki kan akışını azaltmak ve vena kava inferiordan venöz dönüşü artırmak için giyilir<sup>61</sup>; hipovolemik şok vakalarında kesin tedaviyi beklerken kan basıncını geçici olarak korumak açısından paha biçilmez bir alettir.<sup>62</sup>

Hastanın durumu, radyoloji odasına taşınmasına yetecek kadar stabilse ve doğurganlığın korunması isteniyorsa (genellikle intrauterin balon tamponadına ek olarak) uterin arter embolizasyonu düşünülebilir.

Uterin arter embolizasyonu, floroskopi ve ultrasonografi altında Seldinger tekniği ile uterin artere veya internal iliak arterlerin anterioruna femoral arterler yoluyla jelatin veya polivinil alkol partiküllerinin enjeksiyonunu içermektedir.<sup>63</sup> Doğum sonrası kanama kontrolünde %75-100 arası başarı oranları<sup>64</sup>, uterin arter embolizasyonundan sonra da %43-48 arası gebelik oranları bildirilmiştir.<sup>65,66</sup>

## İKİNCİL DOĞUM SONRASI KANAMA

İkincil doğum sonrası kanama, vakaların %12'sini oluşturmaktadır.<sup>10</sup> Nedenleri arasında uterus subinvolyusyonu, kalan gebelik ürünleri, endomyometrit, arteriyovenöz malformasyonlar gibi uterus vasküler bozukluklar ve von Willebrand hastalığı gibi koagülopatiler yer almaktadır.<sup>10</sup> İkincil doğum sonrası kanamanın yönetiminde odak noktası, şüphelenilen kanama nedenini düzeltmektir.<sup>10</sup>

## DOĞUM SONRASI KANAMA KOMPLİKASYONLARI

Doğum sonrası erken dönemde kanamanın komplikasyonları, şunları içermektedir: masif kan kaybından kaynaklanan hipovolemik şok, disemine intravasküler koagülopati, akut böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği ve kan transfüzyonuyla ilişkili akut akciğer hasarı, akut solunum sıkıntısı sendromu, dolaşım aşırı yüklenmesi ve ölüm dahil olmak üzere kan transfüzyonu komplikasyonları.<sup>10,67</sup>

Sheehan sendromu (hipofiz nekrozu ve panhipopitüitarizm) ve infertilite gibi geç komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir.<sup>10,67</sup> Bu komplikasyonların riskini en aza indirmek için doğum sonrası kanamayı zamanında ve yeterli biçimde yönetebilmek çok büyük önem taşımaktadır.

## DOĞUM SONRASI KANAMANIN ÖNLENMESİ

Doğum sonrası kanamaya karşı önleyici tedbirler ideal olarak gebe kalmadan önce alınmalıdır ve yüksek riskli kadınlar belirlenmeli, gerektiğinde demir ve hemoglobin düzeyini artırmaya yönelik müdahaleler uygulanmalıdır. Kadınları gebelik ve doğum sırasında, doğum sonrası kanama risk faktörleri açısından taramak, uygun doğum yerini belirlemekle birlikte faydalı önemlerdir (Tablo 3). Doğum sonrası kanama açısından orta riskte olan kadınlar için kan grubunu belirlemek ve tarama yapmak önemlidir. Yüksek riskli kadınların ise doğum sonrası kanama beklentisiyle kan grupları belirlenmeli ve en az 2 ünite paketlenmiş eritrositin eşleştirilmesi gerekmektedir.

Uterotonik ajanların profilaktik kullanımı ve kontrollü göbek kordonu traksiyonu dahil olmak üzere doğumun üçüncü aşamasının aktif yönetimi, bu aşamada kan kaybını azaltmış<sup>68</sup> ve doğum sonrası kanama riskini yaklaşık %66 oranında azaltmıştır.<sup>68</sup> Öte yandan, doğum sonrası şiddetli kanama olan vakalarda kontrollü göbek kordonu traksiyonu sınırlı fayda sağlamaktadır ve yönetim ekibinin deneyimsiz olması durumunda uterus inversiyonuna neden olabilir.<sup>69</sup> Diğer bir yöntem olan erken kordon klemplenmesi, bebeğin demir deposunun azalmasına ve bebek anemisi riskinin artmasına neden olabildiği<sup>70</sup> için üçüncü aşamada aktif bir yönetim bileşeni olarak önerilmemektedir. Uterus masajının, yönetimin temel dayanağı olmasına rağmen, doğum sonu kanamanın önlenmesinde sürekli olarak faydalı olduğu gösterilmemiştir.<sup>22</sup>

## POSTPARTUM KANAMANIN ÖNGÖRÜSÜ

Doğum sonrası kanama riski taşıyan hastaların belirlenmesi, standart protokolleri kullanarak erken müdahalede bulunulması ve kanama oluştuğunda koordineli ve ekip tabanlı bir yaklaşımda bulunulması, annelerin morbidite ve mortalite oranlarını azaltmıştır.<sup>71</sup>

**Tablo 3. Doğum Sonrası Kanama Riski ve Potansiyel Transfüzyon İhtiyacının Sınıflandırılması.**

Risk Düzeyi (Transfüzyona Hazırlık)	Tanımlayıcı Faktörler
Düşük risk (kan ürünlerine ihtiyaç duyulması ihtimaline karşı kan örneği bulunmalı)	Uterin insizyonu öyküsü yok Tekil gebelik ≤4 vajinal doğum öyküsü Bilinen kanama hastalığı yok Doğum sonrası kanama öyküsü yok
Orta risk (kan grubu belirlenmeli ve tarama yapılmalı)	Sezaryen doğum veya uterin cerrahi öyküsü Çoğul gebelik >4 vajinal doğum öyküsü Koryoamniyonit Doğum sonrası kanama öyküsü Büyük uterin fibroidleri Fetal ölüm Tahmini fetal ağırlık >4000 g Morbid obezite (VKİ >40)*
Yüksek risk (kan grubu belirlenmeli ve en az 2 ünite paketlenmiş eritrosit)	Plasenta previa veya alt yerleşimli plasenta Şüpheli plasenta akreata spektrumu Hemoglobin <10 mg/dl ve diğer risk faktörleri Trombosit sayısı <100.000/µl Başvuru sırasında aktif kanama Bilinen koagülopati

\*Vücut kitle indeksi (VKİ), kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle elde edilir.

Uterus cerrahisi öyküsü olan kadınlarda PAS bozukluklarının prenatal tanısı, cerrahi planlama için son derece değerlidir.<sup>72</sup> Obstetrik ultrasonografi (renkli Doppler veya üç boyutlu power Doppler) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemenin PAS bozukluklarını saptamada tanısal doğruluğu benzer olsa da (yaklaşık %94 duyarlılık ve %84 özgüllük)<sup>73</sup> MR, uterus kas ve parametrial invazyonunun derinliğini ölçmede ultrasonografiyi tamamlayabilmektedir.<sup>72</sup> Doğuma kabul edilen hastaların risk sınıflarına göre sınıflandırılması (düşük, orta veya yüksek risk olarak) (Tablo 3), %85'e kadar doğum sonrası kanama riski olanları belirleyebilir<sup>74</sup> ve %98'den fazla negatif tahmin değeri göstermiştir.<sup>71,75</sup> Nyfløt ve ark., vaka-kontrol çalışmalarında uzun süreli aktif doğumun (>12 saat) artan şiddette doğum sonrası kanama riskiyle ilişkili olduğunu göstermiştir.<sup>76</sup> Risk sınıflandırması yapılması, multidisipliner ekibin riske karşı hazır olmasına ve intravenöz erişim, uterotonik ilaçlar, kan ürünleri ve ek personel gibi konulardaki ihtiyaç ve mevcudiyet hakkında bilinçli seçimler yapmasına yardımcı olabilir.

## SONUÇ

Doğum sonrası kanama, anneler için klinik açıdan önemli bir komplikasyon ve ölüm sebebi olmaya devam etmektedir. Dünyada her 7 dakikada 1 kadın doğum sonrası kanamadan ölmektedir. Bundan hareketle, doğum sonrası kanama riski olan hastaları hızlıca tespit etmek, doğumun üçüncü evresini rutin olarak aktif bir biçimde yönetmek, kan kaybını hızlı değerlendirebilmek, uygun hasta takibini sağlamak ve doğum sonrası kanamanın yönetimini gerçekleştirmek son derece önemli noktalardır.<sup>77</sup>

Bu makaleyle ilgili potansiyel bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. Yazarlar tarafından sağlanan açıklama formları, makalenin tam metniyle birlikte NEJM.org adresinde mevcuttur.

## Postpartum Kanamada Medikal ve Cerrahi Yaklaşım Prensipleri

Hazırlayan: Doç.Dr.Elif AĞAÇAYAK

### Giriş

Postpartum kanama (PPK) obstetrik bir acildir. Yüksek gelirli ülkelerde PPK'dan ölüm riski oldukça düşük olmasına rağmen, hem yüksek hem de kişi başına düşük gelirli ülkelerde anne ölümlerinin ilk beş nedeninden biridir. Erken tanı, uygun kaynaklar ve müdahale, ölümün önlenmesi için kritik öneme sahiptir.

PPK klasik olarak kan kaybı hacmi ile tanımlansa da (yani tahmini kan kaybı vajinal doğumdan sonra  $\geq 500$  mL veya sezaryan doğumdan sonra  $\geq 1000$  mL), ancak bu tanı sorunludur çünkü kanama dışarıdan görülmeyebilir veya toplama cihazlarındaki kan amniyotik sıvı ile karıştırılabilir. Tahmini kan kaybı kullanılarak, PPK insidansının doğumların yüzde 1 ila 3'ü olduğu bildirilmiştir (1).

Postpartum kanamada %70 sebep atoni kanamalarıdır. % 20 genital trakt laserasyonlarıdır. %5 plasenta retansiyonudur. %5 sebep koagulopatilerdir (2).

Postpartum kanama için risk faktörleri plasenta retansiyonu, doğumun ikinci evresinin uzaması, laserasyonlar, enstrümental doğum, hipertansif hastalıklar, doğum indüksiyonudur (3).

Diğer bir risk faktöründe önceden geçirilmiş postpartum kanamalarıdır.

Masif PPK'lı bir hasta kohortunda en sık gözlenen birden fazla ünite kan ve kan ürünü transfüzyonu ihtiyacı, anjiyografik embolizasyon ihtiyacı, kanamanın cerrahi tedavisi veya anne ölümü düşük bir fibrinojen düzeyi (200 mg/dL'den az) ile ilişkili olup, kötü prognozu öngörmede en önemli parametre; ciddi PPK'lı vakaların %17'sinde meydana gelen pıhtılaşma eksikliği idi (4).

### Postpartum Hemorajilerde Medikal ve Cerrahi Müdahaleler

Doğumun üçüncü aşamasının aktif yönetimine rağmen vajinal doğumdan sonra ısrarcı aşırı vajinal kanaması olan hastalar, klinik durumu uygun şekilde değerlendirebilen ve gerekli tıbbi ve cerrahi acil bakımı başlatabilen biri tarafından derhal değerlendirilmelidir.

Kan basıncını, kalp atış hızını (HR), solunum hızını, periferik oksijen doyumluğunu ve idrar çıkışı değerlendirilmelidir. Aşırı kanama durumunda takipne, taşikardi, hipotansiyon ve düşük oksijen saturasyonu; yetersiz hemoglobin düzeyine ve/veya yetersiz dolaşım hacmine bağlı olabilen hipovolemi belirtileridir.

PPK'li hasta doğum sonrası devam eden kanama veya zaman içinde yaşamsal belirtilerdeki değişimler açısından değerlendirilmelidir. Bu nedenle pozitif olarak dışlanana kadar, giderek artan HR ve azalan kan basıncının kan kaybı/hipovolemiden kaynaklandığı düşünülür. Maternal vital bulguların vajinal kanama ile orantısız olarak bozulması intraperitoneal veya retroperitoneal kanamayı (örneğin uterus rüptürü, preeklampsiye bağlı hepatik rüptür, genişleyen vajinal hematoma) düşündürür(5).

Kanamaların değerlendirilmesi, ıslak ve kuru pedler arasındaki gram farklılığı, aspiratördeki kanama miktarına göre hesaplanabilir. Kanama miktarına göre PPK 3 evreye ayrılır:

**Stage 1:** Kan kaybı miktarı normal vajinal doğumda 500 cc, sezeryanda 1000 cc üzerinde olursa, kalp atım hızı  $>110$ , kan basıncı  $<85/45$  olursa, O<sub>2</sub> saturasyonu  $<95$  altında ise: Vajina, servix, uterin kaviteyi laserasyon açısından değerlendir, plasenta parçaları tam çıktımı, rüptür açısından uterus değerlendirilmeli. Mesaneye foley sonda yerleştirilir. 18 gauge damar yolu aç, iv sıvı, 500 cc içine 30 ünite oksitosin, im 0,2 mgr. meterjin, fundal masaj, 2 ünite ERİTROSİT (RBC) takılır. Uterotoniklere cevap vermeyen kanamalarda bimanuel uterin kompresyon uygulanır. Vital bulgular 5 dk.da bir değerlendirilir. Cevap vermezse 2. Evreye geçilir.

**Stage 2:** 1500 cc.den daha az kanama varsa Stage 2'dir. Operasyon odasına hastayı al. Vajina, servix, uterin kavite laserasyon açısından değerlendir, plasenta parçaları tam çıktımı, rüptür açısından uterus değerlendirmesine ek olarak Dissemine İnvasküler Koagülasyon (DIC) açısından annenin değerlendirilmesi gerekmektedir. Uterin inversiyon, amnion sıvı embolisi açısından değerlendir. 2 .düzey uterotonik ilaçlara geç, Hemabate 250 mcg im. (15-90 dk.da bir 8 doza kadar verilebilir) veya misoprostol 800 mcg sl. verilir. 2. damar yolu açılır. Normal doğum sonrası kanama ise yırtıkları onar, restplasenta varsa temizle, selektif embolizasyon düşün. Sezaryan sonrası kanama ise posterior uterus, broad ligaman, rest plasenta açısından değerlendirilir. Sıkıntı yoksa B lynch sütür, intrauterin balon yerleştir. 2 ünite RBC, 2 ünite taze donmuş plazma(TDP) takılır.

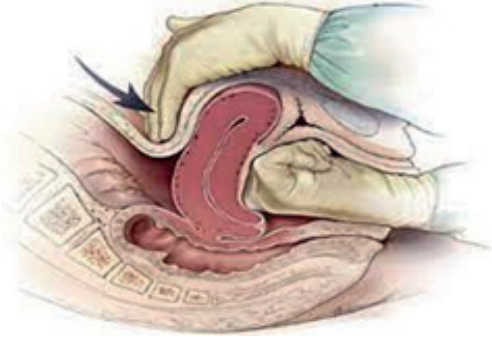
**Stage 3:** Total kan kaybı 1500 cc üzerinde ve şüpheli DIC bulguları varsa anestezi ve ileri düzey jinekolojik cerrahi bilgiye sahip ekip çağır. Koagülasyon parametrelerini tekrar et. Ek doz antibiyotik yap. 1 gr (100 cc içine 10 ml) traneksamik asit (TXA) 10 dk. da gidecek şekilde ver, eğer kanama devam ederse 1 gr. daha TXA ver. Santral venöz kateter aç. Normal doğum sonrası kanama ise laparotomiye geç, B Lynch sütür at, uterin arter ligasyonu yap, durmuyorsa histerektomi için vakit kaybetme. Hastayı ısıt. Massif kan transfüzyonunda 1 ünite RBC'e 1 ünite TDP tak. 4-6 ünite RBC transfüzyonuna 1 ünite trombosit (PLT) transfüzyonu yap. 8-10 ünite kan transfüzyonundan sonra Faktör 7 replasmanı (50-100 mcg/kg) her 2 saatte bir yapılmalı.

## Atonide medikal tedavi

Oksitosin: Atoniyi kontrol etmek için yeterli bir hızda infüze edilen 500 ila 1000 mL normal salin içinde 10 ila 40 ünite veya 10 ünite IM Traneksamik asit: 1 g (10 mL TXA 100 mg/mL solüsyon içine) 10 ila 20 dakika boyunca infüze edilir; kanama devam ederse 30 dakika sonra, ikinci 1 g daha doz uygulanır. Ergo Alkaloidler: Metilergonovin 0.2 mg IM 2 ila 4 saatte bir veya ergometrin 0.5 mg IV veya IM veya ergonovin 0.25 mg IM veya IV 2 saatte bir Karboprost: Her 15 ila 90 dakikada bir 0.25 mg IM 8 doza kadar veya kademeli olarak 500 mcg IM, 3 mg veya 0.5 mg intramiyometriyal Misoprostol: 800 ila 1000 mcg rektal Dinoproston: Her 2 saatte bir vajinal veya makattan 20 mg Rekombinant insan faktörü VIIa: 2 saatte bir 50 ila 100 mcg/kg

## Cerrahi Olmayan Müdahaleler

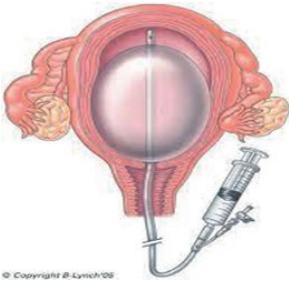
1)Uterin masajı:Uterus fundusta ve vagenden her iki el arasında sıkıştırılır(Şekil 1).



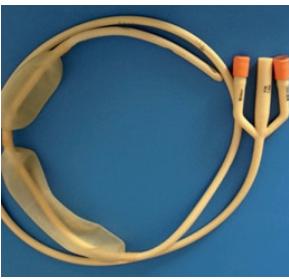
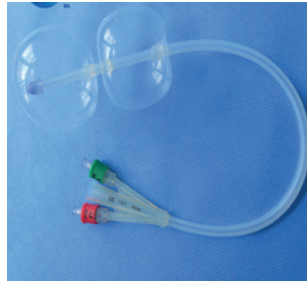
Şekil 1: Uterus fundusu ve vagenden her iki el arasında sıkıştırılır.

2) Intravenöz sıvılar

3) Uterin Tamponad: a) Uterus içi balon veya alternatif bir cihazla uterus içi tamponad (örneğin, mesane kateteri, Sengstaken-Blakemore tüpü) ve ya ticari olarak temin edilebilen ve doğaçlama cihazlar, vajinal veya sezaryan doğumdan sonra uterus boşluğundan kanamayı tamponlamak için başarıyla kullanılmıştır (Şekil 2-4). Her cihaz için uterus içi balon kanama kontrol altına alınana kadar doldurulur; devam eden aşırı kanama tamponadın etkili olmadığını gösterir. Uterus içi balon tamponadı tek başına ve uterus kompresyon dikişleri ("uterin sandviç") ile birlikte kullanılmıştır. Uterus kompresyon dikişi yerleştirilmeden önce balon kateter uterusdaysa, kompresyon dikişi dikkatlice yerleştirilmelidir. Kompresyon sütürleri, balonun daha sonra şişirilmesini engellemez. b) Uterin packing



Şekil 2: Bakri balon



Şekil 3: Sengstaken-Blakemore tüpü

Şekil 4: Foley Sonda



Bir balon veya gazlı bez ile intrauterin tamponad, uterus rüptürü veya diğer genital sistem yırtılmaları ile ilişkili olmayan uterus kanamasını kontrol etmek için etkili bir yöntemdir. Mümkün olduğunda gazlı bez yerine uterus içi balon yerleştirilmesini öneriyoruz (Grade 2C). Yaklaşımdan bağımsız olarak, pıhtılaşma bozulursa başarılı olma olasılığı daha düşük olduğundan, koagülopati gelişmeden önce tamponad başlatılmalıdır (6).

Kanama durmazsa; tamponad, uterusu kan akışını azaltmak için hala etkili bir geçici önlem olabilir ve böylece hastayı stabilize etmek için diğer önlemleri başlatmak ve sürdürmek için zaman sağlar. Tamponadın etkinliği, laparotomi gerektirecek hastaları hızla belirleyen tamponad testi ile değerlendirilir. Testi negatif olan (yani kanama kontrol edilmiyor) hastalar, klinik değerlendirmeye ve hastanın durumuna bağlı olarak diğer önlemlerin (örneğin, uterus kompresyon sütür, utero-ovaryan arterlerin ligasyonu) ve muhtemelen histerektominin kullanımı için doğrudan laparotomiye geçilmelidir. Girişimsel bir radyolog tarafından arteriyel embolizasyon, personel ve olanaklar hazır olduğunda hemodinamik olarak stabil olan hastalar için bir seçenektir (7).

Balonu veya ambalajı çıkarmadan önce, kanamanın devam etmesi durumunda acil cerrahi servislerin ve deneyimli personelin hazır bulunmasını sağlamalıyız. Gazlı bez paketinin çıkarılması, hasta konforu için ameliyathanede anestezi ile daha kolay yapılabilir. Klinisyen kanamanın devam edeceğinden ve daha fazla müdahale gerektirdiğinden şüpheleniyorsa, ameliyathanede anestezi altında çıkarılması tavsiye edilir.

Profilaktik antibiyotikler tipik olarak intrauterin balon veya intrauterin gazlı bez yerleştirilmesi sırasında uygulanır ve oksitosin infüzyonu, uterus tonusunu korumak için 6 ila 8 saat süreyle uygulanır. Balon veya tampon, kanama azaldıysa yerleştirildikten 2 ila 12 saat sonra çıkarılır. Tamponadın 12 saatten uzun süre tutulması, endometrit riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

4)Aort kompresyonu, uterusu giden kan akışını azaltmak ve böylece hastayı stabilize etmek için yukarıda açıklanan önlemleri başlatmak ve sürdürmek için zaman sağlamak için geçici bir önlemdir. Kompresyon uygulayan kişi, kollarını uzatarak kendini epigastrik bölgenin üzerinde konumlandırmalıdır. Bir el kapalı yumruk haline getirilir ve diğer el ile kapatılır, daha sonra her iki el, abdominal aortayı sakral kemiğin hemen üzerindeki omurlara karşı sıkıştırmak için hastanın göbeğinin üstüne ve hafifçe soluna doğru sert aşağı doğru bir basınç uygulamak için kullanılır. Doğum sonrası karın duvarı sarkık olma eğiliminde olduğu için bu işlem kolayca uygulanabilir (8)(Şekil 5).



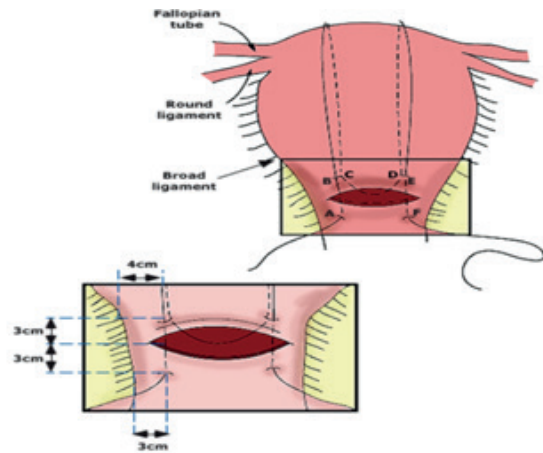
Şekil 5: Abdominal aortayı sakral burnun hemen üzerindeki omurlara karşı sıkıştırmak

## Postpartum Kanamalarda Cerrahi Yöntemler

- 1)Laserasyonları onarmak
- 2)Küretaj

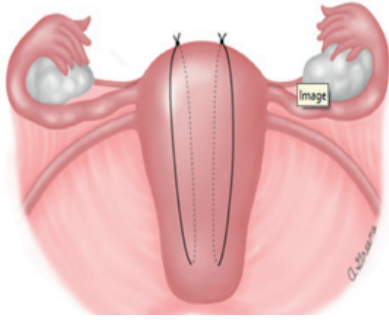
Uterus kompresyon sütürleri (örneğin, B-Lynch sütür): B-Lynch sütür (adını Christopher Balogun-Lynch'ten alır) uterusu manuel uterin kompresyonla elde edilen sonuca benzer şekilde sarar ve sıkıştırır. Olgu sunumlarında ve küçük serilerde, diğer yöntemler başarısız olduğunda atoni kaynaklı uterin kanamayı kontrol etmede oldukça başarılı olmuştur. Bu tekniğin öğrenilmesi nispeten basittir, güvenli görünür, gelecekteki üreme potansiyelini korur ve devam eden gebelikte plasantasyonla ilgili olumsuz sonuçların riskini arttırabilir. Sadece uterus atonisi durumlarında kullanılmalıdır; plasenta akreata spektrumunda kanamayı kontrol etmeyecektir. Gelecekteki gebeliklerde PPK'yi engellemez.

Alt uterin segmentte uterus kavitesine lateral olarak girmek ve çıkmak için 1 veya 2 numaralı kromik katgüt (veya katgüt mevcut değilse herhangi bir emilebilir sütür) içeren büyük bir Mayo iğnesi kullanılır. Kırılmayı önlemek için büyük bir sütür kullanılır ve uterus komprese edildikten sonra bir sütür döngüsü boyunca bağırsağın fıtıklaşmasını önlemek için hızlı bir emilim önemlidir (Şekil 6).



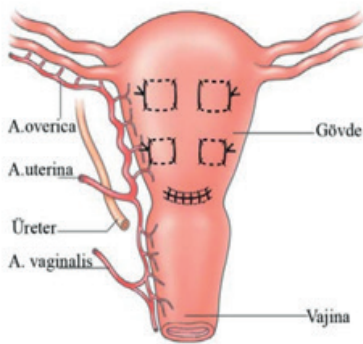
Şekil 6: B Lynch sütür

Hayman sûtür: Hayman, hysterotomi olmadan gerçekteşirilen B-Lynch sûtürünün bir modifikasyonunu tanımladı. Gerektiğinde 2 ile 4 dikey kompresyon dikişini yerleştirebilir, ancak B-Lynch tekniğinin aksine, bu dikişler doğrudan uterus ön duvarından arka uterus duvarına geçer. Alt uterin segmentten kanamayı kontrol etmek için gerekirse bir transvers sûtür de yerleştirebilir (Şekil 7).



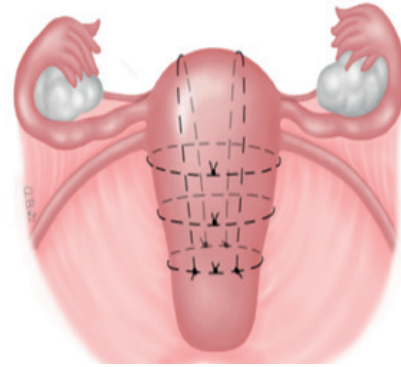
Şekil 7: Modifiye B Lynch sûtür (Hayman sûtür)

Cho'nun squard sûtürleri: Cho, ön ve arka uterus duvarlarını ağır kanama bölgelerine karşı sıkıştırmak için küçük dikdörtgen bir dizide sûtürler yerleştirmek için 1 numara kromik katgüt, düz 7 veya 8 numaralı bir iğnenin kullanıldığı bir teknik tanımladı. Kesintisiz dikişler ön duvarın serozasından arka duvarın serozasına kadar uzanır. Kare oluşturduktan sonra, myometriumu sıkıştırmak için uçlar mümkün olduğunca sıkı bir şekilde bağlanır. Gerektiğinde 2 ile 5 kare/dikdörtgen yapılır (Şekil 8).



Şekil 8: Cho nun squard sûtürleri

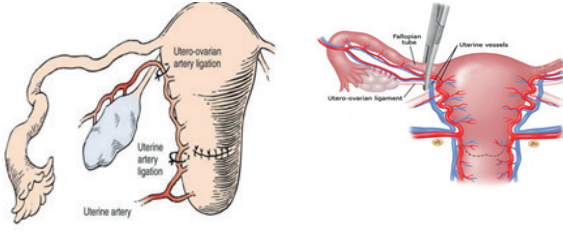
Pereira sûtürü: Pereira, bir dizi enine ve boyuna gecikmiş emilebilir multifilament sûtürlerin submukozal miyometriyum içine yerleştirildiği bir teknik tanımladı. Bu sûtürlerden 2 veya 3 sıra, uterusu tamamen saracak ve sıkıştıracak şekilde her yöne yerleştirilir. Enine dikişler ligamentum latumdan geçirildiğinde kan damarlarına, üreterlere ve fallop tüplerine zarar vermemek için özen gösterilmelidir. Boyuna dikişler serviks en yakın ve en son enine dikişten başlar ve biter ve uterus boşluğuna girmez. Maksimal kompresyonu kolaylaştırmak için sûtürler bağlanmadan önce myometriyum manuel olarak sıkıştırılmalıdır (9)(Şekil 9).



Şekil 9: Pereira sûtürü

Uterin arter ligasyonu ve Utero-ovaryan arter ligasyonu veya çapraz klemp: Uterus ve utero-ovaryan arterlerin ligasyonu miyometriyumdaki perfüzyon basıncını azaltarak rahim kanamasını azaltabilir. Uterus atonisinden veya plasenta akreata spektrumundan kaynaklanan kanamayı tam olarak kontrol etmez ancak diğer müdahaleler denenirken kan kaybını azaltabilir. Uterusa zarar vermez ve üreme işlevini etkilemez (10) (Şekil 10).

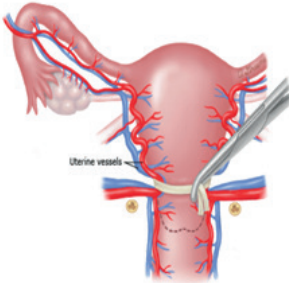




Şekil 10: Uterin arter ve uteroovarian arter ligasyonu, Ligamentum ovari proprium ve uteroovarian damarların klemlenmesi

### Pelvik packing:

**Uterin turnike:** Bir Pernose dreni veya idrar sondası, mesane ile alt uterus segmentinin birleşme yerinde mümkün olduğunca aşağıya yerleştirilir ve daha sonra iki uç, damar beslemesini mekanik olarak tıkamak için zıt yönlerde ve korpus çevresinde mümkün olduğunca sıkı bir şekilde çekilir. Gerekliğinde ikinci veya üçüncü bir turnike de uygulanabilir. Turnikeler bir kelepçe ile yerinde tutulabilir. (Şekil 11).

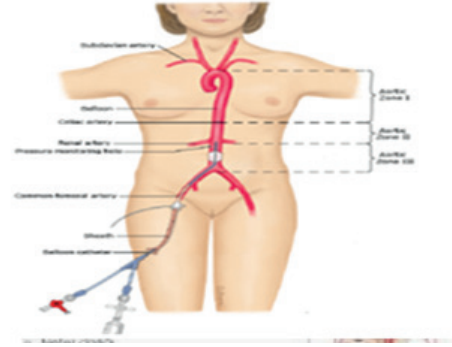


Şekil 11: Uterin Turnike

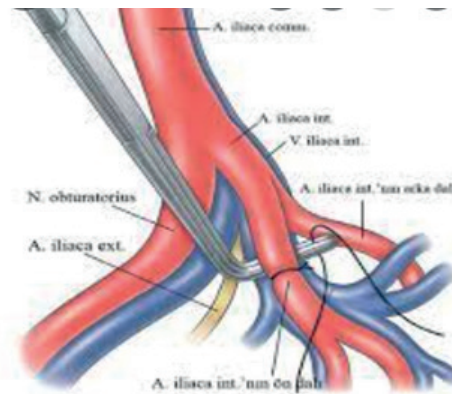
### Fokal miyometriyal eksizyon:

Sızıntı alanlarını kapatmak ve pıhtılaşmayı teşvik etmek için fibrin yapıştırıcıları ve yamaları kullanımı:

Aortun resüsitatif endovasküler balon tıkanıklığı (REBOA): Ani kan kaybı tehlikesi olan hastalar için, renal arterlerin altına yerleştirilen anaortik kateter, devam eden resüsitasyona izin vermek için kanamayı geciktirebilir ve perkütan femoral yaklaşım kullanılarak veya balon kateterin doğrudan aorta sokulmasıyla yerleştirilebilir. (Şekil 12)



İnternal iliak arter (hipogastrik arter) ligasyonu: Bu teknik, deneyimli bir pelvik cerrah için bile zorlayıcıdır, özellikle büyük bir uterus, transvers bir alt abdominal insizyon nedeniyle sınırlı maruziyet, devam eden pelvik kanama veya obezitesi olan bir hasta olduğunda işlem oldukça zorlaşır. Başarılı ve güvenli bilateral internal iliak arter ligasyonu, pelvik retroperitoneal boşluğun derinliklerinde nadiren ameliyat yapan bir cerrah tarafından denendiğinde daha da zorlaşır. Bu nedenlerle uterus kompresyon sütürleri, uterus arter ligasyonu ve arter embolizasyonu bu prosedürün yerini büyük ölçüde almıştır. (Şekil 13)



Şekil 13: Hypogastrik arter ligasyonu

Aortik/iliak arter kompresyonu:

Histerektomi, supraservikal:

Histerektomi, total(11)

Şekil Başlıkları:

Şekil 1: Uterus fundusu ve vagenden her iki el arasında sıkıştırılır.

Şekil 2: Bakri balon

Şekil 3: Sengstaken-Blakemore tüpü

Şekil 4: Foley Sonda

Şekil 5: Abdominal aortayı sakral burnun hemen üzerindeki omurlara karşı sıkıştırmak

Şekil 6: B Lynch sütür

Şekil 7: Modifiye B Lynch sütür (Hayman sütür)

Şekil 8: Cho nun squard sütürleri

Şekil 9: Pereira sütürü

Şekil 10: Uterin arter ve uteroovarian arter ligasyonu Ligamentum ovari proprium ve uteroovarian damarların klemlenmesi

Şekil 11: Uterin Turnike

Şekil 12: Endovasküler aortik balon oklüzyonu

Şekil 13: Hypogastrik arter ligasyonu

## Referanslar

1)Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, et al. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG 2014; 121 Suppl 1:5.

2)Reale SC, Easter SR, Xu X, et al. Trends in Postpartum Hemorrhage in the United States From 2010 to 2014. Anesth Analg 2020; 130:e119.

3)Sheiner E, Sarid L, Levy A, et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. J Matern Fetal Neonatal Med 2005; 18:149.

4)Bell SF, Collis RE, Bailey C, et al. The incidence, aetiology, and coagulation management of massive postpartum haemorrhage: a two-year national prospective cohort study. Int J Obstet Anesth 2021; 47:102983.

5)Shields LE, Wiesner S, Klein C, et al. Use of Maternal Early Warning Trigger tool reduces maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 2016; 214:527.e1.

6)D'Alton ME, Rood KM, Smid MC, et al. Intrauterine Vacuum-Induced Hemorrhage-Control Device for Rapid Treatment of Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol 2020;

7)Hsu S, Rodgers B, Lele A, Yeh J. Use of packing in obstetric hemorrhage of uterine origin. J Reprod Med 2003; 48:69.

8)Soltan MH, Sadek RR. Experience managing postpartum hemorrhage at Minia University Maternity Hospital, Egypt: no mortality using external aortic compression. J Obstet Gynaecol Res 2011; 37:1557.

9)Allam MS, B-Lynch C. The B-Lynch and other uterine compression suture techniques. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89:236.

10) Doumouchtsis SK, Nikolopoulos K, Talaulikar V, et al. Menstrual and fertility outcomes following the surgical management of postpartum haemorrhage: a systematic review. BJOG 2014; 121:382.

11)Dahlke JD, Mendoz-Figueroa H, Maggio L, et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. Am J Obstet Gynecol 2015; 213.e1.

## Yeni Atanan Bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının Gözünden Mecburi Hizmet Günlüğü: Ne zorluklar yaşadım? Yeni arkadaşlara öneriler

Dr. Emine Bihter Gündoğdu  
Ermenek DH - Karaman



Sevgili meslektaşlarım asistanlık eğitimini tamamladıktan sonra devlet hizmet yükümlülüğü çerçevesinde beklentilerimin dışında bir ilçeye, ilçe halkının dört gözle beklediği kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak atandım. İlçenin merkeze yaklaşık 3-3,5 saat mesafede olması göz önüne alındığında vatandaşın beklentisi maksimum poliklinik, pediatrinin beklentisi miadında yenidoğanlar, anestezi beklentisi kanamayan gebeler , başhekimlik ve acil hekimlerinin beklentisi ise 7-24 ulaşılabilir olmamdı. Çalışmaya başlar başlamaz ilk işim servis, ameliyathane ve poliklinikteki ilaç ve malzemeleri gözden geçirmek oldu. Tabii 3. Basamak hastaneden ilçe devlet hastanesine transfer olan ben özellikle ultrason cihazını kullandığımda ilk talep ettığım malzemem yeni bir ultrason

cihazıydı. Başhekimimiz elinden geleni yapacağını söyledi ama radyoloji bölümüne 5 yıl önce istenen ultrasonun yeni geldiğini öğrendim. Elimdeki cihazla mecburi hizmeti tamamlamak durumunda olduğumu kabullenmeye çalışırken birden odamı su bastı elimdeki ultrasondan oldum:). Cihazım yapılanaya kadar ultrason olmadan bir -iki gün el doppleri ve fetoskobumla gebe takiplerime tabii ki devam ettim. Bütün bunların dışında stres katsayımı arttıran en büyük etken kalabalık asistanlık ortamından bir anda tek kadın doğumcu olarak sevk mesafesinin uzun olduğu bir yerde çalışmaktı. Neyse ki merkezdeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sevk etmek istediğim hastaları ikiletmeden kabul etmeleri içimi bir nebze de olsa rahatlatıyor. Benim mecburi hizmet günlerim kısaca böyle geçiyor. Yeni başlayan arkadaşlara önerim gittiğiniz hastanede ilk yapacağınız iş eksikleri belirlemek ve bunları talep etmek , ebe ve hemşire ekibinize hasta takiplerinizi , orderlerinizi, dosyalarınızın nasıl tutulacağı konusunda net bir şekilde konuşmak olsun. Asistanlıktaki kurulu düzen yeni başladığınız yerde sizi beklemiyor. Yeni yerinizin düzenini kurmak sizin işiniz olacak. Acildeki hekim arkadaşlarınız ve doğumhane ebeleriniz arasında koordinasyonu sağlamak, hangi durumlardan haberdar olmak istediğinizi netleştirmek ve tabii ki hastanızı sevk edeceğiniz uzmanlarla tanışmak olsun derim. Bunlara ek olarak kendinizi acil ve obstetrik vakalarla sınırlamak tecrübeli olduğunuz elektif vakaları yapmaktan çekinmek kendinize yapacağınız en büyük haksızlık olur.

## Tablet Doktorlar

Yazar: Prof.Dr. Haldun Güner



Günümüz iletişim çağı. İnternet, bilgisayar çoğumuzun elinden gün boyu düşmüyor. Bilgilerin çoğu kitaplar, dergiler, gazeteler, basılı materyal olarak ne varsa internet kanalıyla bilgisayarlara yüklenmiş durumda. Hastanelerde hasta dosyaları yerine doktorlar, hemşireler artık bilgisayarlara yazıyorlar. İstenilen tetkikler, sonuçları anında önünüzdeki ya da elinizdeki tableten görünüyor. Bir tetkik randevusu almak için gidip sırada beklemenize bile gerek yok. Muayeneyi yapan doktorunuz, o randevuyu sizin adınıza aliveriyor. Tetkik öncesinde neleri yapmanız ya da neleri yapmamanız isteniyorsa sizin mail adresinize oradan bildiriyorlar. Ben duymamışım, yanlış anlamışım gibi mazeretlere sığınmak bundan böyle mümkün olmuyor.

Eskiden, konsültasyonlar ve alınacak randevular için görevlinin eline formlar tutuşturulur, onlar da kapı baca dolaşarak sizin adınıza işleri takip ederlerdi. Bizim asistanlığımız süresince önlük ceplerimizde, bir akıl defteri olurdu. Sıkıştığımızda hemen oraya bakardık. Daha sonra cep kitapları çıktı. Önlük ceplerimize onlar da girdiler. Devlet hastanelerindeki nöbetçi doktor odalarında, ilginç tıp kitapları olurdu. Nöbetlerde başımız sıkıştığında onlara başvururduk. Akrep yılan sokmalarında, zehirlenmelerde yapılacaklardan tutun da, üç aylık bebeğin ateşinin yükselmesinde, bir kalp krizinin yönetiminde yapılacakları, her türden acil olayları o kitaplarda bulabilirdiniz.

Şimdilerde sıkıştığınızda, aradığınız bilgiler elinizin altındaki tabletlerde bulunuyor. Doktorlar, hastalarının adını sorsanız hatırlamasalar da, oda numarası ya da tanısını söyleseniz hemen şıp diye hatırlıyorlar. Beğenseniz de, beğenmeseniz de, cepte stetoskop, elde akıllı telefon ve tabletle dolaşan doktorlarımız var artık. Modern tıbbın gelişimi böyle. Google amcaya sorar gibi ona da sorarsınız. Hasta 40 yaşında, kilosunu, boyunu, tüm semptomlarını yazarsınız hemen önünüze yapılacaklar listesi çıkar, tetkik sonuçlarına göre olası tanılarını yine tableten öğrenirsiniz. Nelson, Cecil, Harrison, Schwartz, Speroff, on binlerce sayfalık kitaplar artık elinizde tuttuğunuz tabletinizde.

Genç meslektaşlarımızın işleri bir bakıma kolaylaşmış durumda. Özellikle acil karar verilmesi gereken durumlarda tabletler, çoğunlukla hayat da kurtarıcı oluyor.

Kitapları, periyodik dergileri takip etmek için kütüphanelere gitmenize bile gerek kalmadı. Abone olduysanız ya da kütüphaneniz abone olduysa, onlar da elinizin altındaki bilgisayarlarda. Hocası asistanına internette direktif veriyor. Yanına çağırmasına bile gerek olmuyor. Asistanı verilen görevi yaptığını yine internette bildiriyor. Her şey ortada. Kaytarmak, yalan söylemek, yapmadığını yapmış gibi göstermek bu devirde çok zor gibi. Hastanelerin her köşesinde, hatta ameliyathanelerde bile kameralar var. Kim nerede, kiminle konuşuyor, kim kaytıyor. Hastasına yeterli zamanı ayırmayan, kırıcı, hakaret edici veya uygunsuz davranan, hasta yakınından şiddet gören sağlıkçı, artık ne varsa anında ortaya çıkıyor.

Bunları, birer başlangıç olarak kabul edelim. Bekleyelim bakalım, ilerideki beş on yılda kim bilir neler çıkacak. Da Vinci robotunu çoklarımız kullanıyor bile. Bazılarımızın evinde, robot temizlikçiler çalışıyor. Robot hemşireler, robot doktorlar, robot sağlıkçılar, yakın gelecekte, neler çıkacak neler. Laboratuvar tetkikleri için autoanalyzer cihazları çıkmalı, şunun şurasında kaç yıl oluyor?

Üç günde çıkan tetkikler, bir, iki saatte önünüzde. Aranızda şu bölüme olmaz, bu bölümde asla olmaz, olamaz diyenlerimiz mutlaka olacaktır. Olur arkadaşlar. Bir örnek vereyim. Patolojide, radyolojide olmaz derler. O da olur. hangisi patolojiktir, hangisi normaldir, tüm verileri önceden bilgisayara yüklerler. Siz daha henüz bakmadan, robot bilgisayar kısa sürede sahalarda dolaşır. Patolojik bulduklarını işaretleyip, not alarak önünüze koyuverir. Günde şu kadar vakaya bakabilen meslektaşımızın performansı, robot sayesinde birden olağanüstü bir hız kazanıp artıverir. Belki şimdiden yapmışlardır.

İlgilenenlere Netflix'te 'New Amsterdam' dizisini izlemelerini öneririm. Ben bu yazımda çok hızlı gittim galiba. En iyisi biraz yavaşlamak. Hiç kuşkunuz olmasın ileride bütün bu gelişmeleri, bu cihazları, bu yazılımları, o çalışan gelişmiş ülkeler, her yeni üretimde olduğu gibi allayıp pullayıp, hem kendilerine hem de çalışmayan, üretmeyen ülkelere satarlar.

Yazar:

Haldun Güner, [www.akademikakil.com](http://www.akademikakil.com)

Tablet Doktorlar, 6 Mayıs 2021



# GEÇMİŞ ETKİNLİKLER

2022 yılı ilk çeyreğinde TJOD derneği çatısında yüzyüze ve online olmak üzere 13 toplantı düzenlendi.

## TJOD Balıkesir Şubesi Toplantısı | 20 Ocak 2022

TJOD Balıkesir Şubesi Toplantısı | 20 Ocak 2022  
Jinekoloji ve Obstetri ve Genel Bakış

**Tarih:** 20 Ocak 2022  
**Şehir:** Balıkesir  
**Yer:** ALTINTAŞ OTEL BALIKESİR

### Program

**Koordinatör:** Dr. Mine ISLİMYE TAŞKIN Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi KD AD  
TJOD Balıkesir Şubesi Başkanı

**TÜRK JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK DERNEĞİ**  
Ankara Çankaya Şubesi

## POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ VE FİBRİNOJENİN YERİ

10 ŞUBAT 2022, PERŞEMBE - 20:00

**Moderatörler:** Op. Dr. Volkan Kurtaran  
TJOD Genel Sekreteri  
Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin  
TJOD Ankara-Çankaya Şubesi Başkanı, Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Başhekimisi

20:00 - 20:15 Anestezist Bakış Açısıyla Hasta Kan Yönetimi ve Fibrinojenin Yeri  
**Doç. Dr. Namık Özcan** (Ankara Şehir Hastanesi)

20:15 - 20:30 Obstetrik Kanamada Set-Up/Checklist  
**Prof. Dr. Ercan Yılmaz** (TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi)

20:30 - 20:45 PostPartum Kanamada Cerrahi Yönetim  
**Prof. Dr. Evrim Erdemoğlu** (Süleyman Demirel Üniversitesi)

20:45 - 21:00 PostPartum Hemorojide Fibrinojenin Yeri ve Vaka Sunumları  
**Doç. Dr. Özgür Yeniel** (TJOD İzmir Şube Başkanı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi)

21:00 - 21:25 Soru & Cevap

Online yayını [www.opteamistonline.com](http://www.opteamistonline.com) web sitesinden kayıt olarak izleyebilir, soru ve görüşlerinizi paylaşarak e-toplantıya interaktif katılabilirsiniz. <http://opteamistonline.com/TJOD/>

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği** TJOD Malatya Şubesi Bilimsel Toplantı **Bionorica®**  
Bilim Akademi

27.01.2022 PERŞEMBE - 20:00 - 21:00

## PRETERM EYLEM YÖNETİMİ

**Oturum Başkanı** **Konuşmacı** **Bionorica® TR Kadın Sağlığı Ürünleri Sunumu**

**Prof. Dr. Ercan Yılmaz** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

**Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Saridoğan** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

**Uzm. Dr. Berk Cantimur** Bionorica® Türkiye Medikal Danışmanı

**ZOOM CANLI YAYIN**

Canlı yayına bağlanmak için tıklayın veya QR kodu okutun.

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği** Kars Şubesi

## 1. KAFKAS KADIN DOĞUM KIŞ SEMPOZYUMU

2 Şubat 2022 Çarşamba 13.30  
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Konferans Salonu

**Açılış Konuşması Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Kars Şube Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Refik Erkin EROĞLU**

**Kafkas Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kahraman ÖLKER**

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Genel Sekreteri Dr. Volkan KURTARAN**

**Düzenleme Kurulu Adına Doç. Dr. Bora COŞKUN**

14.00 - Endometriyum Kanseriinde Laparoskopik Cerrahinin Yeri - Prof. Dr. İsa Aykut ÖZDEMİR

14.15 - Gebelikte Servikal Kansere - Dr. Öğr. Üyesi Hüde CANDAY

14.30 - Kadın Doğurganlığı ve Kansere - Dr. Öğr. Üyesi Ömür Ayşe TÜRKER

14.45 - Gebelik Sırasında Adenokarsinom Kitlelere Daha İyi Bir Yaklaşım ve Yönetim - Dr. Öğr. Üyesi Refik Erkin EROĞLU

15.00 - Gebelikte Bak Önceki Maternaliteye Kapasite Bir İnceleme - Dr. Öğr. Üyesi Ashkan YURTAL

15.15 - Çocuklarda ve Adölesanlarda Jinekolojik Kanseller ve Yönetimi - Dr. Öğr. Üyesi Samet KIRAY

15.30 - Kahve Molası

15.00 - Sıradan Sunum Oturumu

**OTURUM BAŞKANLARI: PROF. DR. KAHRAMAN ÖLKER ve PROF. DR. İSA AYKUT ÖZDEMİR**

**Bilgi için:**  
reeroglu@tufm.com  
sercankanbasar@gmail.com  
05523703454 - Sercan KANAN BAŞAR

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği** Bursa Şubesi

## OBSTETRİK+ ULTRASON KURSU

HASTA UYGULAMALARI

27 Şubat 2022, Pazar  
Gold Majesty Hotel, Bursa

**ITILAC**



**Vulvanın Prekanseroz Lezyonları ve Vulvar Patolojiler**

**Moderatör**  
Op. Dr. Canel AYKIN & Op. Dr. Semra ÖDEN

**Konuşmacı**  
Jin. Onk. Uzm. Burak TATAR

**Yeri:** Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Salonu (Merkez Binası) **Tarihi:** 28.01.2022 **Saat:** 18:30

**TJOD ANTALYA ŞUBESİ**

**KADIN SAĞLIĞI VE ÖZEL ENFEKSİYONLARDA TEDAVİ VE SONRASI**

20 Mart 2022, Pazar  
11:00 - 16:00

**Yer:**  
VİTALE HASTANESİ  
& MİMAR SİNAN KÜLTÜR MERKEZİ

**Moderatör**  
  
Prof. Dr. Barış MÜLAYİM  
TJOD Antalya Şubesi Başkanı

**Konuşmacı**  
  
Prof. Dr. Eray ÇALIŞKAN  
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

Katılım kartlarıyla sınırlı.

**TÜRK JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK DERNEĞİ**  
Bursa Şubesi

**SERVİKAL DEĞERLENDİRME VE HPV AŞILARINDA GÜNCEL DURUM**

**16 MART 2022 | Gold Majesty Hotel, Bursa**

18.30 - 19.00	Kayıt
19.00 - 19.15	Açılış Emin Üstünyurt (TJOD Bursa Şubesi Yönetim Kurulu) Selçuk Söylemez (TJOD Yönetim Kurulu Üyesi)
19.15 - 20.30	Oturum Başkanları Engin Korkmaz, Deniz Şimşek
19.15 - 19.40	Pap Smear Değerlendirmesi ve Yönetimi Mehmet Bayrak
19.40 - 20.20	HPV ve Aşılarında Güncel Gelişmeler Murat Gültekin
20.20 - 20.30	Tartışma
20.30	Kapanış-Akşam Yemeği

**TÜRK JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK DERNEĞİ**  
İSTANBUL ANADOLU ŞUBESİ

**TJOD-İSTANBUL ANADOLU ŞUBESİ ONLINE TOPLANTI**

**1. TRİMESTER DEĞERLENDİRME**

**03 Şubat 2022, Perşembe 20:00-21:00**

**Dr. Taner GÜNAY**  
Moderatör

**NIPT Nasıl Kullanılmıyor?**  
Dr. Resul ARISOY  
Konuşmacı

**1. Trimester Fetal Muayenede Püf Noktalar**  
Dr. Oya DEMİRCİ  
Konuşmacı

**1. Trimesterde Preeklampsi Öngörülebilir mi? Nasıl?**  
Dr. Lutfiye UYGUR  
Konuşmacı

**1. Trimesterde Gestasyonel Diyabet Taraması Yapalım mı? Kimlere?**  
Dr. Barış BOZA  
Konuşmacı

<https://zoom.us/join>

**Webinar ID: 953 6999 2101**  
**Webinar Passcode: 123456**

TJOD Samsun Şubesi & Pet-Koz Derneği

## PELVİK ORGAN PROLAPSUSLARINA YAKLAŞIM

26 Şubat 2022  
SBÜ Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Merkez Bina / SAMSUN

10:30 Açılış  
1. Oturum: TEORİK / Oturum Başkanları:  
Dr. Volkan Kurtaran, Dr. Salim Gülerüz

10:45-11:00 Pelvik organ prolapsusu, anatomik temeller  
Dr. Alpaslan Çalışkan

11:00-11:30 Pelvik organ prolapsusunda pelvik taban ultrasonografisinin kullanımı - Dr. Ozan Doğan

11:30-12:00 Pelvik organ prolapsusuna laparoskopik yaklaşım, Lateral süspansiyon cerrahisi - Dr. Murat Yasso

12:30-13:00 Pelvik organ prolapsusuna vajinal yaklaşım  
Dr. Eroy Çalışkan

13:30-14:00 Öğle yemeği  
13:30-14:00 Fırma sunumu

2. Oturum: PRATİK / Oturum Başkanları:  
Dr. Mehmet Bilge Çetinkaya, Dr. Agle Elibeğ Kaya

14:00-18:00 Ameliyathanedeki Canlı Cerrahiler  
- Laparoskopik lateral süspansiyon  
- Pelvik organ prolapsusuna vajinal cerrahi yaklaşım

**ETKİNLİK**



TJOD ANTALYA ŞUBESİ

**vitale**  
Klinik ve Eğitim Kurumları

## Vajen ve Perine Rekonstrüksiyonu

20 Mart 2022, Pazar  
10:00 - 11:00

**Moderatör**  
**Konuşmacı**

**Prof. Dr. Barış MÜLAYİM**  
TJOD Antalya Şubesi Başkanı

**Prof. Dr. Eray ÇALIŞKAN**  
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

**Katılım İçin:**  
Etkinliğe için Zoom platformu kullanılarak olup toplantıdan önce Zoom platformu yazılımına bilgisayar, notebook, mobil cihazlardan birine indirip, kurulumunu yapmanız, mikrofon ve kamera kullanım için all you need hane peritrenisi rica ederiz.

**Online Link daha sonra paylaşılacaktır** **Webinar ID: daha sonra paylaşılacaktır** **Webinar Password: daha sonra paylaşılacaktır**

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği  
TJOD SAMSUN ŞUBESİ  
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

## İNFERİLTİLDE HSG VE TRİ D ULTRASON

KONUŞMACI  
**PROF. DR. MEHMET ÇETİNKAYA**  
**DOÇ. DR. ŞAFAK HATIRNAZ**

MODERATÖR  
**OP. DR. FERDA TURLA**  
**OP. DR. ŞAZİYE KUNDAK**

TARİH 18 MART 2022  
SAAT 18:30 - 19:30  
AKŞAM YEMEĞİ 19:30 - 21:00  
YER SAMSUN YELKEN KLÜP



## TJOD Balıkesir Şubesi Toplantısı | 24 Mart 2022

24/03/2022 tarihinde TJOD Balıkesir Şubesi tarafından Balıkesir il ve ilçelerinde görev yapmakta olan Jinekoloji hekimlerine yönelik yarım günlük bir eğitim toplantısı yapılacaktır.

Tarih: 24 Mart 2022  
Şehir: Balıkesir  
Yer: ALTINTAŞ OTEL BALIKESİR

### PROGRAM

Koordinatör: Dr. Mine İslimye Taşkın/Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi KD.AD

Saat 18:15-18:30: Açılış Seremonisi

Dr. Mine İslimye Taşkın/Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi KD.AD

Saat 18:30-18:45: Hastadan Onam Nasıl Alınmalı?

Op. Dr. Özcan Yılmaz/Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi KD.

Saat 18:45-19:00: Infertil Hastaya Yaklaşım

Dr. Yakup Baykuş/Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi KD.AD

Saat 19:00-19:15: PCOS'ta Ovulasyon İndüksiyonu

Dr. Ceyda Sencaklı Usta/Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi KD.AD

Saat 19:15-19:30: Vajinismus Tanı ve Tedavisi

Dr. Tülin Kahveci/Op. Dr. Tülin Kahveci Muayenesi, Balıkesir

Saat 19:30-19:45: Olgu Sunumu

Dr. Serkan Sanıkaya/ Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi KD.AD

Saat 19:45-20:00: Soru-Cevap Oturumu

Saat 20:00: Kapanış

TJOD BALIKESİR ŞUBESİ



**Nisan ve sonrasında ise başta ülkemizin en büyük Kadın Hastalıkları ve Doğum kongresi olmak üzere düzenlenmesi planlanan dopdolu programlar ile karşınızdayız.**

## JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİ - GÜNCEL GELİŞMELER SEMPOZYUMU

**6-8 MAYIS 2022**  
**KIBRIS MAGOSA**

**TJOD**  
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği** TJOD ANTALYA ŞUBESİ

### İnfertilite Sempozyumu

24 Nisan 2022, Pazar 10:00 – 14:00

Kepez Mimar Sinan Kongre ve Sergi Merkezi

**Açılış Konuşması**  
Başç. Mülâym TJOD Antalya Şubesi Başkanı

**I. Oturum**  
Oturum Başkanları: Mete Çağlac, Onur Erol, Hasan Bukut  
**İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi**  
Kemal Özgür

**Ovülasyon İndeksiyonu: Endikasyon & Protokoller**  
Mete İşkoğlu

**Kahve Molası**

**II. Oturum**  
Oturum Başkanları: Aysel Uysal, Murat Berkanoğlu, Batu Aydın Uraz

**Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Yaklaşım**  
Şafak Olgan

**Intrauterin İnseminasyon: Kritik Analiz**  
Mehmet Sakıncı

**Kahve Molası**

**Panel: YÜT Dışında İnfertilite Yönetimi**  
Moderatör: Şafak Olgan  
Panelist: Başç. Mülâym, Kemal Özgür, Mete İşkoğlu, Aysel Uysal

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği** Ankara Çankaya Şubesi

### Her Yönüyle von Willebrand Hastalığı

28 Nisan 2022, Perşembe | 20:30 - 22:00

**20:30 - 20:40 Açılış**  
Op.Dr. Volkan Kurtaran

**Moderatörler:** Prof.Dr. Özlem Moraloğlu Tekin  
TGG Ankara Çankaya Şubesi Başkanı/Keleşa Şehir Hastanesi Kadın Doğum Başkhanesi  
Prof.Dr. Selin Aytaç Eyiyoğlu  
Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hematoloji ABD

20:40 - 21:00 Kadın Doğum Göçüyle Değerlendirme: von Willebrand Hastalığında Ayrıca Tanı  
Prof.Dr. Dilak Şahin  
Ankara Şehir Hastanesi Perinatoloji Bölümü

21:00 - 21:20 Çok Sık Görülen Ama Az Bilinen Kanama Bozukluğu: von Willebrand Hastalığı  
Gebelik ve Postpartum Dönem Multidisipliner Yönetim  
Doç.Dr. Tekin Güneş  
Ankara Şehir Hastanesi Erkek Hematoloji

21:20 - 21:40 Ağrı Menstrüel Kanama: Adölesanlarda von Willebrand Hastalığı  
Dr.Öğr.Dr. Tekin Aksoy  
Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hematoloji ABD

21:40 - 22:00 Soru ve Cevap

Online kayıt için <http://opteamistonline.com/tjod/>

opteamist | NLINE

**-12.000'de, Tarihin Sıfır Noktasında Uluslararası Konuşmacılar ile Birlikte Endometriyozis ve Pelvik Ağrının Derinliklerine İniyoruz.**

**GöbeğinTepe**

**14-15 Mayıs 2022**  
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Konferans Salonu, Şanlıurfa





# 19. ULUSAL JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK *Kongresi*

18-22 MAYIS 2022  
TITANIC DELUXE OTEL, ANTALYA

[www.tjod2022.org](http://www.tjod2022.org)