

# Postpartum Kanama

## Etyoloji ve Klinik Özellikleri

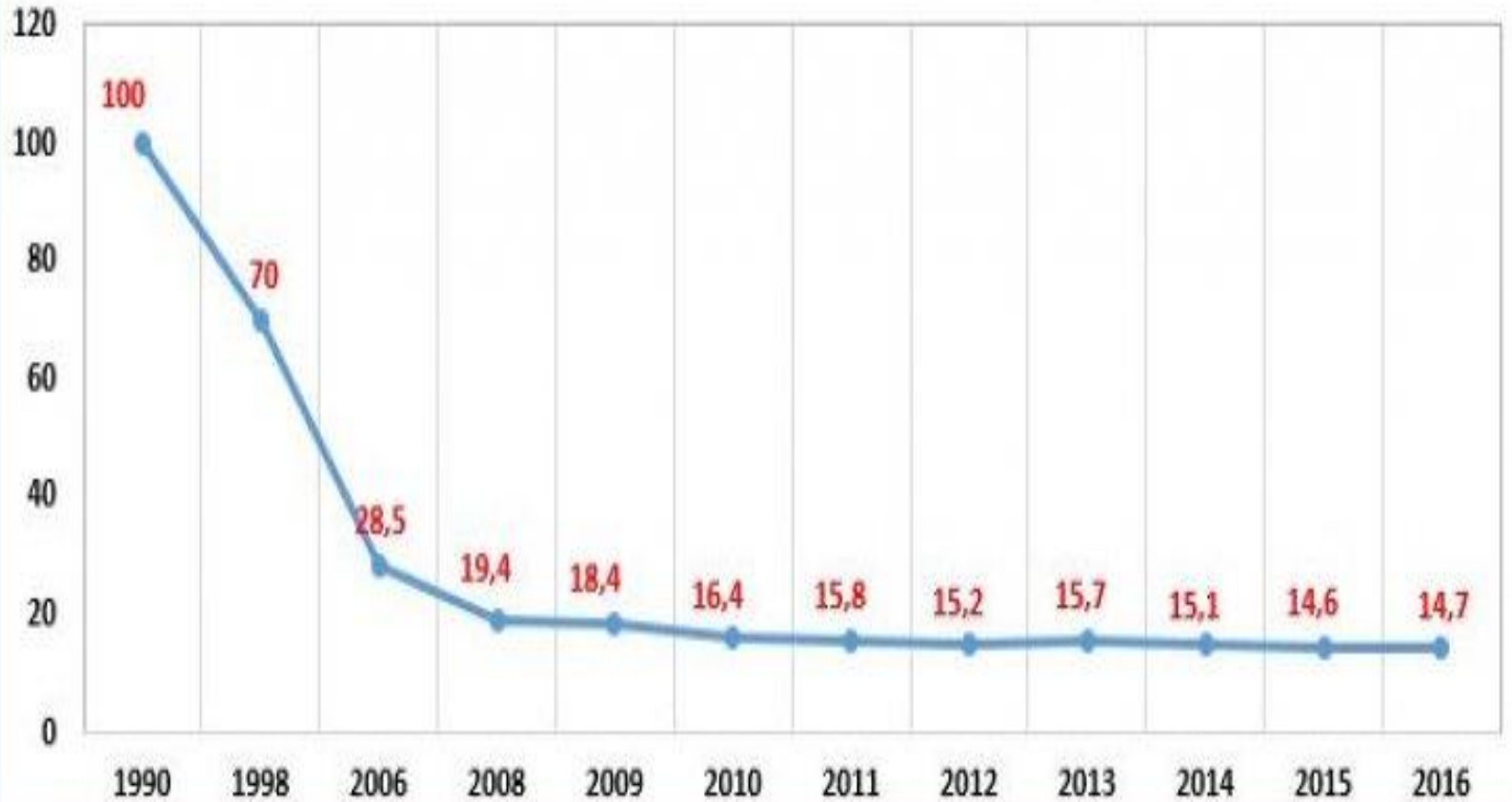
**Dr. Resul Karakuş**

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi

- Ülkemizde yılda : **1,5 milyon gebelik**  
**1 milyon 350 bin doğum**
- Anne ölüm oranı **14,4/100 bin**
- Hedef 5 yıl içinde bunu **100 binde 10 nun altına düşürmek.**
- En önemli önlenebilir neden **KANAMA**

## Yıllara Göre Anne Ölümleri (Yüzbinde)

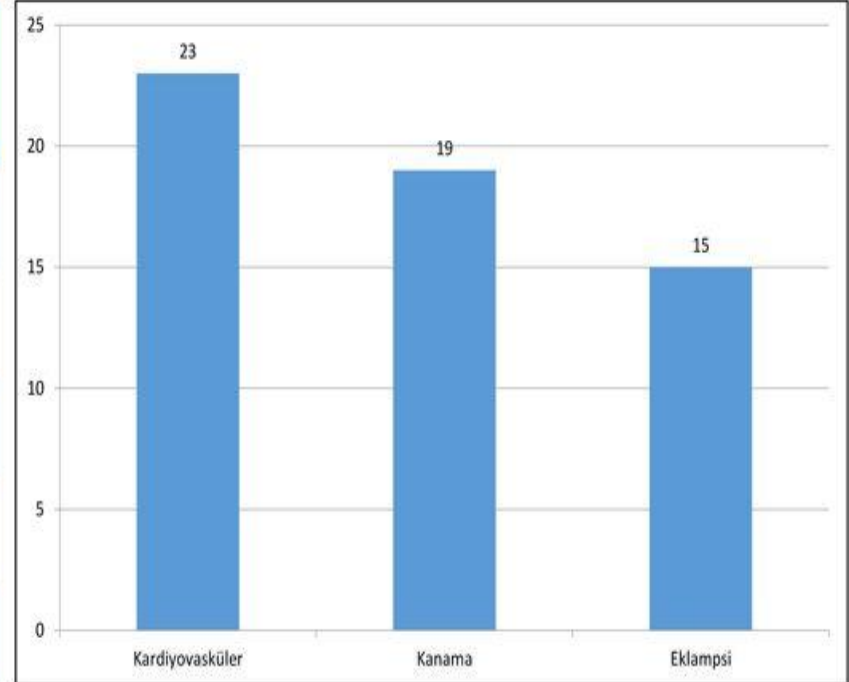


Kaynak: 1990 DPT Projeksiyonu, 1998 Hastane Arşt. Projeksiyonu, 2006 UAOÇ, 2008-2015 SB Verisi, TÜİK 2001-2016 Verisi

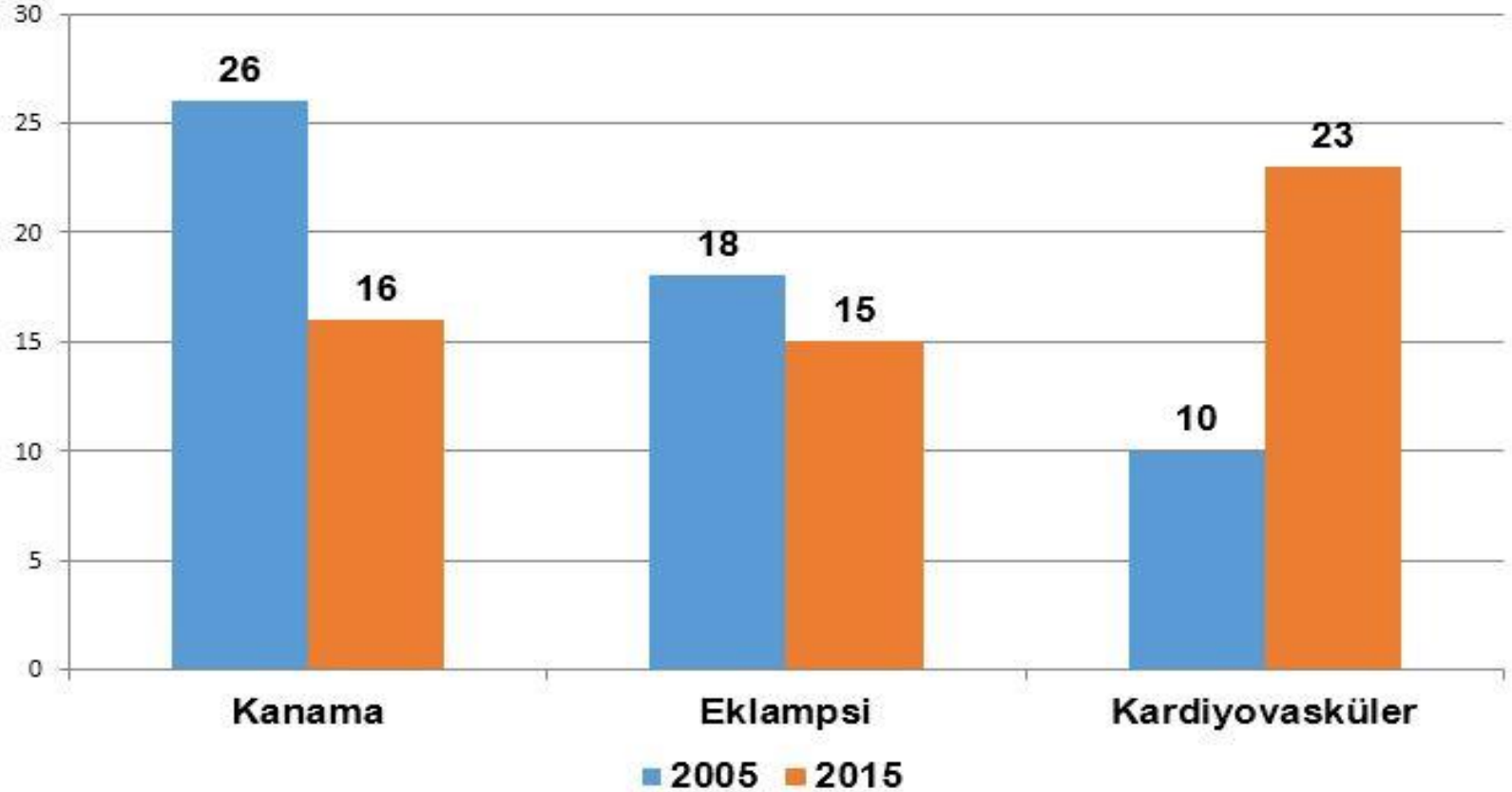
## 2011-2016 Yılları Anne Ölüm Verileri

	Anne Ölüm Oranı	Anne Ölüm Sayısı	2016 Yılında Geriye Doğru Revize Edilmiş TÜİK Verisi	15-49 Yaş Kadın Sayısı
2011	15,9	198	1.248.550	20.785.713
2012	15,2	197	1.292.380	20.980.690
2013	15,8	204	1.294.088	21.150.411
2014	15,1	203	1.345.286	21.266.093
2015	14,7	195	1.325.783	21.387.576

## İlk 3 Anne Ölüm Nedeni (%)



# 2005 - 2015 Yılları İlk 3 Anne Ölüm Nedenleri (%)



Sağlık Bakanlığı Verisi

# Tanım

- Vaginal doğum sonrası 500 ml,
- C/S sonrası 1000 ml 'nin üzerindeki kanamalardır. ( 24h )
- Hb ve Hct değerinde %10 azalma
- Hastayı semptomatik hale getirecek düzeyde bir kanama
- Postpartum kanama bir tanı değil, **linik bir bulgudur**

# Postpartum Kanama (PPK)

WHO Tanımı:

- **Primer PPK;(%90)**
  - doğumdan sonraki ilk 24 saat
  - kadın genital traktusundan tahmini >500ml üstünde kanama olmasıdır
- **Sekonder PPK**
  - genital traktusdan doğumu izleyen 24 saatten postpartum 6. haftaya kadar olan kanama

# Postpartum Kanama İnsidansı

- PPK insidansı (kan kaybı  $\geq 500$  ml) % 6
- Ciddi PPK (kan kaybı  $\geq 1000$  ml) %1.8
- Objektif kan kaybı ölçümü yapıldığında oran daha yüksek

*Carroli ve ark, 2008*

- Doğumun 3. evresinde aktif yönetim uygulanmazsa: –  $>500$  ml %13  
–  $> 1000$  ml %3



# Postpartum Kanama (PPK)

- Kan kaybının miktarının ölçümü zor,
- Anne vücut ağırlığının %1'inden daha fazlasının kaybıdır
- Zayıf bir annede 500 ml kayıp şoka sebep olabilir, obez bir annede 1000-1500 ml kayıp tolere edilebilir
- Kan volüm artışı sınırlanmış preeklampitik, eklampitik hasta 500-750 ml kan kaybını tolere edemeyebilir

# **PPK da mortalite –morbidite nedenleri**

- Risk faktörlerinin tanımlanmasındaki eksiklikler
- **Tanıda gecikme**
- **Çok yakında kanamanın duracağı beklentisi**
- **Kanama miktarını olduğundan daha düşük hesaplama**
- Tekrar tekrar aynı prosedürleri tekrarlama(D&C ve medikal tedavi gibi)
- **Cerahi aşamasına geçmekte gecikme**
- **Uygun şekilde replasman yapılamaması**

# Postpartum kanama-klinik

- **Semptomlar:** Plasenta çıkmasına rağmen devam eden kanama veya ani kanama
- Terleme, solukluk, hızlı nefes alma, baygınlık hissi, anksiyete, konfüzyon, şuur kaybı
- **Bulgular:** Vajinal kanamaya eşlik eden
- Taşikardi, takipne, hipotansiyon, konfüzyon ve şok belirtileri
- Kollaps
- İdrar çıkışının durması
- Uterus tonusunun kaybı (atoni)
- Abdominal hassasiyet veya distansiyon (uterin rüptür)

## ŞOKTA SEMPTOM ve BULGULAR

### Semptomlar

- ▶ Üşüme
- ▶ Halsizlik
- ▶ Endişe
- ▶ Bayılma hissi
- ▶ Nefes darlığı
- ▶ Etyolojik nedene bağlı semptomlar (ağrı)
- ▶ Bulantı-Kusma

### Bulgular

- ▶ Soluk, nemli cilt
- ▶ Takipne
- ▶ Soğuk perifer, kapiller dolma zamanında gecikme (>5 sn % 15-30 volüm kaybı)
- ▶ Taşikardi
- ▶ Hipotansiyon/  
postural hipotansiyon
- ▶ Konfüzyon—Koma

# Kanama miktarı

- Vizüel tahmin yanıltıcıdır.
- Daha doğru yöntemler (koleksiyon drape, tartma) kullanılabilir.

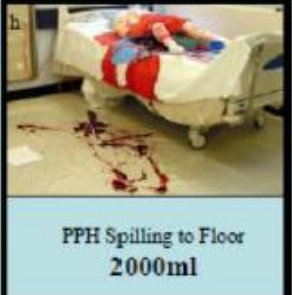
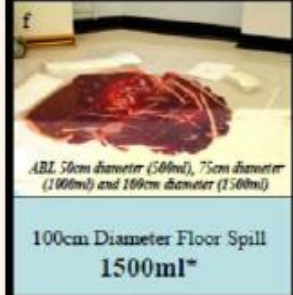
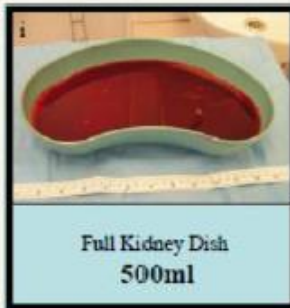
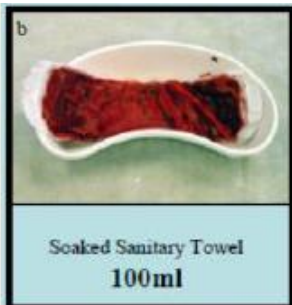
ACOG-2006

Dildy-Obstet Gynecol 2004 ( II-3)

- Klinik semptom ve bulgular miktar tahminde daha faydalıdır.

2010-SOGC (III-B)

# Kanama miktarı



Patel- 2006- Int J Gynecol Obstet  
Bose-2006-BJOG

Brass -V kan toplama torbası

# Kanamamanın sınıflandırılması

	Kan kaybı (ml)		Kan basıncı	Belirtiler
	ml	%		
I	500-1000	10-15	N	Palpitasyon, başdönmesi, taşikardi
II	1000-1500	15-25	Hafif ↓	Güçsüzlük, terleme, taşikardi,
III	1500-2000	25-35	70-80 mmHg	Huzursuzluk, solgunluk, oligüri
IV	2000-3000*	35-45	50-70 mmHg	Kollaps, kava açlığı, anüri

\* >2500 ml, acilen müdahale edilmez  
ise mortalite %50

Arulkumaran S, Symonds IB, Fowlie A. Massive obstetric hemorrhage. In Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology. 2003

# California Maternal Quality Care Collaborative OB Hemorrhage Protocol

## PPK evreleri

- **Evre 0:** Kan kaybı <500 mL vajinal doğumla veya <1000 mL sezaryen ile. Vitaller stabil
  - **Evre 1:** Kan kaybı > 500 mL vajinal doğum ya da > 1000 mL sezaryen doğum ya da yaşamsal belirtilerde değişiklik (yüzde 15 ya da kalp atım hızı <110 atım / dakika, kan basıncı  $\leq$ 85 / 45 mmHg, O2 doygunluğu <% 95)
- **Evre 2:** Toplam kan kaybı <1500 mL olan sürekli kanama
- **Evre 3:** Toplam kan kaybı > 1500 mL veya 2 ünite dolu kırmızı kan hücresi transfüzyonu veya stabil olmayan vital belirtiler veya devam eden kanama ve DIC şüphesi



# Masif Kanama-30'lar Kuralı

- Kanamanın derecesini tahmin için önerilmiştir.
- Sistolik kan basınç **30 mmHg düşerse,**
- Nabız **30 atım/dak artarsa,**
- Solunum **30 solunum/dak artarsa**
- Hb ve Hct **%30 azalır,**
- Kan volümünün **>%30'u (>2500 ml)** kaybedilmiştir (**Masif kanama**)

# Kanamamanın Őiddeti

- **Kan basıncında (KB)** önemli düşüşler genellikle ciddi kanamalar ortaya çıkana kadar ortaya çıkmaz.
- **Hipotansiyon ve Taşikardi** gelişmedende hastanın kan hacminin yüzde 25'i kaybolabilir. (gebelikte  $\geq 1500$  mL)  
Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000
- **Hemoglobin ve hematokrit değerleri:** akut kan kaybının zayıf göstergeleridir, çünkü akut kanamadan hemen sonra düşmeyebilirler.
- **Düşük bir fibrinojen seviyesi (200 mg / dL'den daha az):** birden fazla kan ve kan ürünü transfüzyonuna ihtiyaç duyulan ve müdahale gerektiren şiddetli bir PPK göstergesidir.

# Kanamamanın Őiddeti

## Şok indeksi

Şok indeksi= kalp hızı / sistolik kan basıncı

0.5-0.7 arası olmalı

ŞOK İNDEKSİ	TAHMİNİ KAN KAYBI %
0.5-0.7	0
0.8	10-20
<b>1</b>	<b>20-30</b>
1.1	30-40
1.5	40-50

# Postpartum Kanama-Etyoloji

## 4 'T' ler

- Tonus: Uterin atoni (%80)
- Travma: Uterin, servikal, vaginal
- Tissue: Plasenta retansiyonu veya pıhtı
- Trombin: Koagülopati

# Etyoloji

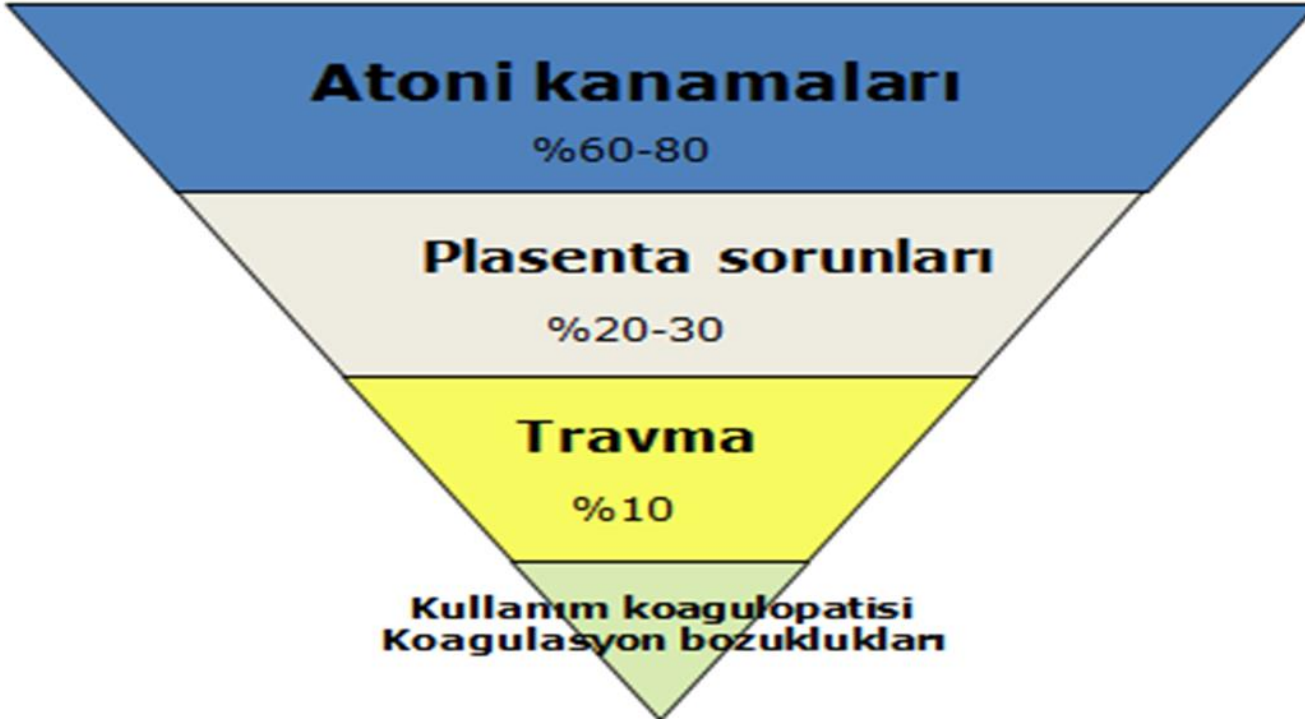
- PPK'nın en sık nedeni : **Uterin Atoni**
- Plasenta ve/veya membran retansiyonu
- Vulvar - vajinal laserasyonlar -hematomlar
- Servikal laserasyonlar, uterus rüptürü, ligamentum latum (broad ligaman) hematomu ve genital sistem dışı kanamalar da araştırılmalıdır.

%80

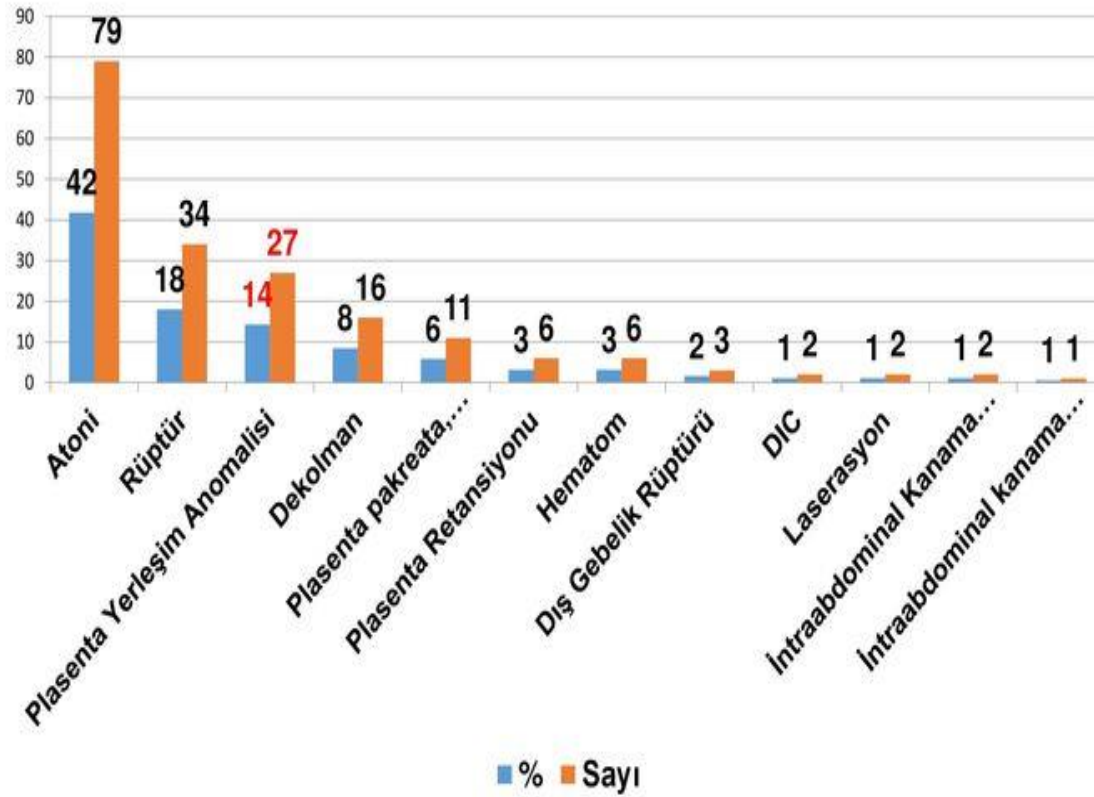
%20

# Dağılım

Dağılım



## 2012-2016 Anne Ölümüne Neden Olan Kanama Nedenleri Dağılımı (% ve n)



# PPK için risk faktörleri



Gebelikler ilgili faktörler



Doğumla ilgili faktörler



Annede mevcut olan kanama bozuklukları



# Gebelikle İlgili Faktörler

- Antepartum kanama (Mevcut gebelikte)
- Placenta praevia (15x risk)
- Çoğul gebelik (5x risk)
- Preeklampsi veya PİH (4x risk)
- Nulliparite (3x risk)
- PPK öyküsü(3x risk)
- Asya kökenli (2x risk)
- Maternal obezite (2x risk)

**Herhangi bir risk faktörü olmadan da postpartum kanama gerçekleşebilir.**

# Doğumla ilgili risk faktörleri

- Acil sezaryen (9x risk)
- Elektif C/S (4x risk) – özellikle C/S sayısı >3
- Plasenta retansiyonu (5x risk)
- Mediyolateral epizyotomi (5x risk)
- Operatif vajinal doğum (2x risk)
- Doğum eyleminin süresi >12 saat (2x risk)
- Doğum ağırlığı >4kg (2x risk)
- Eylemde maternal pireksi (2x risk)

# Primer PPK nedenleri-Risk Faktörleri

## TONUS kaybı nedenleri:Uterin Atoni

- Uterusun aşırı gerilmesi (multiparite, polihidramnios, makrozomi)
- Hızlı veya uzamış eylem
- Oksitosinle doğum indüksiyonu
- Uterin cerrahiler
- Koryoamnionit
- Tokolitikler
- Uterin myomlar
- Halojenli anestezipler

# Primer PPK nedenleri-Risk Faktörleri

## DOKU (TISSIUE) kaynaklı: Plasenta retansiyonu

- Uterin kontraksiyonları engelleyen plasenta retansiyonu veya myomlar
- Aşırı kord traksiyonu
- Plasenta anomalileri (plasenta previa, sukseniata)
- Pl. akreata
- Geçirilmiş uterin cerrahi; sezaryen, myomektomi
- İlerlemeyen eylem
- Üçüncü evrenin uzaması

# Primer PPK nedenleri-Risk Faktörleri

## TRAVMA kaynaklı:

- **Vulvovaginal yaralanma-hematomlar**
- **Servikal yırtıklar**
- **Epizyotomi /yırtıklar**
  - Makrozomi
  - Hızlı doğum
  - Operatif doğumlar
  - Nullipar
  - Zor doğumlar
  - malprezantasyonlar

# Primer PPK nedenleri-Risk Faktörleri

## TROMBİN (koagülopati) kaynaklı:

### **A-Akkiz:**

- HELLP sendromundaki trombositopeni,
- DIC (intrauterin fetal kayıp, septisemi, dekolman plasenta, amniotik sıvı embolisi, gebelikle ortaya çıkan hipertansiyon,eklampsi, sepsis )
- Antikoagülan tedavi(kapak replasmanı,yatak istirahatindeki hastalar)
- İtp

### **B-Herediter:**

- Von Willebrand hastalığı

## ACOG PRACTICE BULLETIN 2017

**Table 1. Antenatal and Intrapartum Risk Factors for Postpartum Hemorrhage**↔

Etiology	Primary Problem	Risk Factors, Signs
Abnormalities of uterine contraction—atony	Atonic uterus	Prolonged use of oxytocin High parity Chorioamnionitis General anesthesia
	Over-distended uterus	Twins or multiple gestation Polyhydramnios Macrosomia
	Fibroid uterus	Multiple uterine fibroids
	Uterine inversion	Excessive umbilical cord traction Short umbilical cord Fundal implantation of the placenta
Genital tract trauma	Episiotomy Cervical, vaginal, and perineal lacerations Uterine rupture	Operative vaginal delivery Precipitous delivery
Retained placental tissue	Retained placenta Placenta accreta	Succenturiate placenta Previous uterine surgery Incomplete placenta at delivery
Abnormalities of coagulation	Preeclampsia Inherited clotting factor deficiency (von Willebrand, hemophilia) Severe infection Amniotic fluid embolism Excessive crystalloid replacement Therapeutic anticoagulation	Abnormal bruising Petechia Fetal death Placental abruption Fever, sepsis Hemorrhage Current thromboembolism treatment

Modified from New South Wales Ministry of Health. Maternity—prevention, early recognition and management of postpartum haemorrhage (PPH). Policy Directive. North Sydney: NSW Ministry of Health; 2010. Available at: [http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010\\_064.pdf](http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010_064.pdf). Retrieved July 24, 2017. Copyright 2017.

**Table 2. Example of Risk Assessment Tool**↵

Low Risk	Medium Risk	High Risk
Singleton pregnancy	Prior cesarean or uterine surgery	Placenta previa, accreta, increta, percreta
Less than four previous deliveries	More than four previous deliveries	HCT <30
Unscarred uterus	Multiple gestation	Bleeding at admission
Absence of postpartum hemorrhage history	Large uterine fibroids	Known coagulation defect
	Chorioamnionitis	History of postpartum hemorrhage
	Magnesium sulfate use	Abnormal vital signs (tachycardia and hypotension)
	Prolonged use of oxytocin	

Abbreviation: HCT, hematocrit.

Modified from Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Main E, Cape V, editors. Improving health care response to obstetric hemorrhage version 2.0. A California quality improvement toolkit. [Stamford \(CA\): California Maternal Quality Care Collaborative; Sacramento \(CA\): California Department of Public Health; 2015.](#)



# Vaka-1

- Özel merkezde, 31 hafta gebelik Preeklampsi+ dekolman pl kanamalı +mdf sebebiyle, c/s yapıyor
- hasta po.4.saatinde şiddetli kanama gelişmesi nedeniyle hasta sevk ediliyor.
- Hasta ameliyathaneye alındı. Nabız : 155-160/dk tansiyon alınamıyor ,anüride, hb : 5,2 , fibrinojen : 120mg/dl ,plt : 40 bin, şuur kapalı . acil laparotomiye geçildi. Uterus atonikti, batında 1500 cc kan mevcuttu,
- bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve B-lynch sutur atıldı, DIC tablosundaki hasta entübe halde hemodinamisi düzeltilinceye kadar beklendi. Isıtıldı.
- Perop 8 ü ES,8 ü TDP, 8ü trombosit, 8 g fibrinojen, 8gr rekombinant faktör 7a, 2 amp transamin, 1 Ü taze kan verildi.
- Anüriye bağlı akciğer ödemi riski olan ve hemodiyaliz gerekebileceği düşünülen hasta , Haydarpaşa Numune EAH yoğun bakıma sevk edildi. Hasta nın post-op vizitleri kanama ekibimiz tarafından yapıldı. 2 gün yoğun bakımda kaldı.
- Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde şifa ile taburcu oldu.

# UTERİN ATONİ

- Primer PPK'nın en sık sebebi **uterin atonidir**
- ABD de 40 doğumda 1 görülür.
- Myometriyum tonusunun kaybıdır
- Ani uterin kanama ile karakterizedir.
- Uterusun bimanuel palpasyonu ile tanı konulur
- PPK nın diğer nedenleri ekarte edilir.
- Diffüz (fundo-korporal) atoni
- Lokalize (alt segment) atoni

# Vaka-2

- 27 yaş, G1 40w
- vajinal doğum eylemi için takip edilmiş
- servikal açıklık : 7 cm de f. distres gelişmesi nedeniyle C/S yapılıyor.
- Postop 6. saatte kanama gelişmesi nedeniyle re-laparotomi hipogastrik arter ligasyonu yapılıyor.
- Ta:90/50 nb:128 taşipne,soluk
- Kanamanın devam etmesi nedeniyle yaptığımız muayenede:  
**serviksin alt tarafında yaklaşık 3-4 cm çapında kanamalı laserasyon** görüldü
- Onarıldı. Kanama kontrol altına alındı.
- 3ü ES, 3üTDP, 2gr fibrinojen replasmanı yapıldı.
- Postop 3. gün taburcu edildi

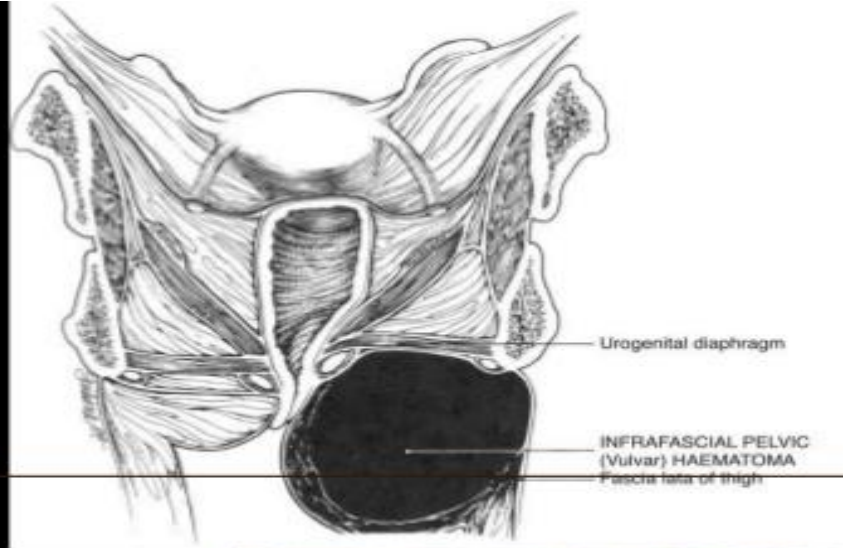
# TRAVMA

## DOĞUM KANALI LASERASYON VE EPİZYOTOMİ

- Doğumun kendisi ve epizyotomi( özellikle mediolateral) doğum kanalı hematoma ve laserasyonlarına, buna bağlı dikkate değer kan kayıplarına yol açabilir.



(a) infralevator hematoma, (b) supralevator hematoma



Aboubakr Elnashar



# Vaka-3

- Dış merkezde normal doğum (G3P3Y3) sonrası şiddetli kanama gelişmesi üzerine sevk.
- TA:6/4, Nabız : 125-135 aralığında solunum sayısı :25-30 civarında idi.
- GAA da yapılan muayenede , **uterus rüptürü** tanısıyla laparotomi yapıldı .
- Uterus saat 3-9 hizalarında 5 cm lik rüptür ve Bilateral uterin arterlerden pelvik tabana uzanan **hematom** mevcuttu
- Bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve histerektomi uygulandı.
- 6ü ES, 6ü TDP, 8Ü Trombosit ve 4 g fibrinojen uygulandı .
- Postop 4 gün sifa ile taburcu edildi.

# TRAVMA

## UTERİN RÜPTÜR

ABD'de maternal ölümlerin %5'inden sorumludur

1. Komplet
  2. İnkomplet (Visseral Periton Sağlam)
  3. Sezaryan Skar Ayrılması (dehiscence)
- ✓ Her gebelik haftası ve doğum evresinde olabilir.
  - ✓ Tüm gebeliklerde oranı % 0.05
  - ✓ Önceden C/S olmuşlarda oranı % 0.8 (16 kat fazla )
  - ✓ Gelişmiş ülkelerde C/S oranı artmış ve rüptür oranı yeniden artmaya başlamıştır

# Uterin rüptür-klinik

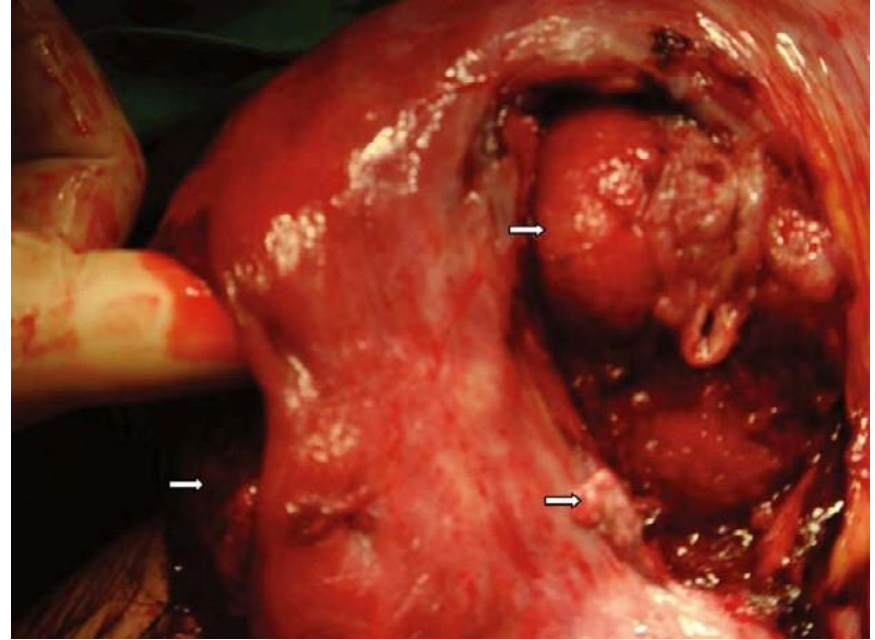
- Fetal distres (Fetal kalp hızı anormallikleri-geç veya variable deelerasyonlar) (% 78-87)
- Azalmış bazal uterin basınç
- Uterin kontraktilite kaybı
- Abdominal ağrı (epiduralde dikkate alınmaz)(% 13-60)
- Prezente olan fetal kısmın geri çekilmesi
- Kanamanın ani artışı (% 11-67)
- Şok (% 29-46)
- Ani başlangıçlı gross hematüri  
(özellikle komplet rüptürlerde)

**Nahum ve ark., 2010.**

**Guiliano ve ark., 2014.**



# Uterin rüptür-Tanı



Merdiven Bulgusu

Uterin Rüptür

Fu PT, Chen CH, Wu GJ, Yu MH. Successful management of gravid uterine rupture. Taiwan J Obstet Gynecol. 2009 Sep;48(3):319-20.

# Vaka-4

- Özel merkezde NSD (G1P1Y1) sonrası aşırı kanama – şiddetli ağrı-hipotansiyon Nb:110 ta:70/45
- hastanın yapılan muayenesinde vajenden çıkmış kırmızı mor renkte kitle
- **inversiyon**
- Hasta ameliyathanede anestezi altında inversiyon düzeltildi. Laparotomi yapıldı. Hipogastrik arter ligasyonu yapıldı. Kaviteye Bakri balon yerleştirildi. 400cc SF ile şişirildi.
- **6 Ü ES . 6 Ü TDP, 8 Ü Trombosit 2 gr Fibrinojen** infüzyonu yapıldı .
- Postoperatif 3 .gün şifa ile taburcu oldu

# TRAVMA

## UTERİN İNVERSİYON

Oranı 1/6400-1/2100

Seviyesine göre 3 grupta değerlendirilir

1. derece uterus fundus serviksi geçmez

2. derece uterin fundus vajenededir

3. derece uterin fundus vulvadan dışarı çıkar

Vakaların çoğu düşük riskli gebeliklerde meydana gelir

3. evrenin aktif yönetimi uterin inversiyon insidansını arttırır.

Fundal yerleşimli plasentalarda daha sıklıkla karşımıza çıkar.

Olay kontrolsüz kord traksiyonuna eş zamanlı fundal bası uygulaması esnasında meydana gelir.

Tanı: **vajinada GRİ-MOR GÖRÜNÜMLÜ KİTLE**

**VAZOVAGAL EFEKTE BAĞLI HIZLI GELİŞEN HİPOTANSİYON,  
ŞİDDETLİ AĞRI... AĞRI ŞOKU...ABONDAN KANAMA**

**HIZLI MÜDAHELE GEREKTİRİR.**



# Vaka-5

- 30y G2P1y1 39w haftası
- Vajinal doğum sonrası, plesenta ayrılmaması nedeniyle elle halas yapılmış
- ardından şiddetli kanama olması üzerine subtotal histerektomi uygulanıyor.
- Post op takipte 12.satte drenden 1200 cc kan gelmesi, Nabız : 120 civarında , TA: 7/5 ve anüri olması nedeniyle sevk
- 2. defa L/T yapıldı. Batında 1500 cc civarında kan mevcuttu. DIC tablosunda olan hastaya **bilateral hipogatrik arter ligasyonu +uterin stump çıkartılması +bilateral salpenjektomi operasyonu uygulandı**
- **Per- op 7 ünite ES ve 7 ünite TDP,4 g Fibrinojen uygulandı .**
- Postoperatif 5.günde şifa ile taburcu edildi

# Plasental Retansiyon

- **Ayrılma belirtileri:** vajenden bir miktar kan gelmesi, buna eşlik eden kordun aşağı inmesi ve uterusun pelviste daha yüksek bir seviyeye çıkmasıdır.
- Doğumdan plasentanın ekspulsiyonuna kadar geçen ortalama süre **8-9 dakikadır**. 10 dakikanın üzerindeki sürelerle artmış postpartum hemoraji riski eşlik eder ve bu risk her 10 dakikada bir 2 ye katlanır.
- **30 dak sonrasında hala ayrılmamış plasenta retansiyon plasenta olarak kabul edilir.**
- Direk elle halas uygulanabilmektedir.

# Vajinal doğum-plasenta akreata

- Elle halas esnasında içerideki elin parmakları uterus duvarı ile plasental doku arasında kolayca ilerlenebilen bir plan bulamamışsa insersiyon anomalilerinden şüphelenilmeli ve işleme daha fazla devam edilmemeli.
- İnsersiyon anomalileri hayatı tehdit edici bir durumdur



# Rest plasenta

- Doğum sonrası plasental zarlar ve kotiledonlar mutlaka kontrol edilmeli.Eksik kısımlar araştırılmalı.
- Rest şüphesi varsa hasta doğum masasından kalkmadan önce intrakaviter manuel muayene ile gerekirse Boom küretaj ile kalan plasental parçalar temizlenmeli.

# Vaka-6

- 37y,g4p3y3 nsd
- 23w anhidroamniyoz,multikistik böbrek
- Fetosit,terminasyon
- Cytotec ile indüksiyon
- Lab:hb:12,7 htc:37 bk:10000
- 16 saat sonrasında abortus+plasenta ayrıldıktan sonra küretaj
- Müdahaleden 15 dk sonra aktif vajinal kanama
- GAA da yeniden değerlendirme+2.küretaj+alt segment kanaması devam etmesi üzerine bakri balon uygulandı
- Postop 2ü es ve 2ü tdp takıldı.
- Postop 4 . Gün hb:9 htc 27 ile taburcu
- Postop 17. günde abondan vajinal kanama-112 ile Ümraniye EAH
- Solunum arresti- bakri balon uygulanması-hasta stabilize edildi.
- Kanamanın devam etmesi üzerine histerektomi+hipogastrik arter ligasyonu+kan transfüzyonu

# Sekonder PPK

- Genellikle hasta eve döndükten sonra devam eden kanama veya aşırı kanama şeklinde kendini gösterir.
- Etiyoloji
  - **Enfeksiyon-endometrit:**
    - Spontan vajinal doğumların %1-3'ünde görülür.
    - Doğum sonrası 2.-10.günler arasındaki morbiditenin en sık görülen nedenidir.
  - **Plasenta, membranların retansiyonu**
  - **Vasküler anomaliler (arteriyo-venöz şant vb)**
  - **Nadir** nedenler:Kanama diatezi,c/s skarında ayrılma  
Adenomiyozis,polip,myom,kanser,divertikül

# PPK-değerlendirme

- Placenta tam ayrılmış mı?
- Uterin fundus kontrakte mi?
  - diffüz atoni
  - alt segment atoni
- Vulva-vajen-serviks intakt mı?
- Pıhtılaşma normal mi?
- Gerekirse GAA da muayene
- Uterin rüptür?
- C/S sonrasında mutlaka vajinal kanama kontrolü

**Postpartum kanamada ilk  
yapılacak işlem**

**YARDIM İSTEMEK**

- *teşekkürler*