Bölüm 50
ÖLÜMLERİ AZALTMA: POLONYA KIRSALI LUBLIN'DEN DERSLER

J. Oleszczuk, B. Leszczynska-Gorzelak, D. Szymula, M. Grzechnik, G. Pietras,
J. Bartosiewicz, J. J. Oleszczuk
S. Büyükkurt

GİRİŞ

Her yıl yarım milyon kadın gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonlara bağlı olarak ölmektedir: Bu, yılda 15 kere 11 Eylül saldırısı olması demektir! Doğum sonu kanama Polonya'da da, diğer yerlerden farklı olmayarak, ölümlerin en sık nedenidir. 1991–2000 arasındaki 10 yıl boyunca 135 kadın doğum sonu kanamadan ölmüştür. Bu rakam tüm anne ölümlerinin % 35'ini oluşturmaktadır. Lublin ülkenin güneydoğusunda bulunan 2.181.018 kişinin yaşadığı bir şehirdir. Şehirde üç seviyeden oluşan, doğum bakımı veren, iyi gelişmiş bir sistem bulunmaktadır. Sistem 1993'te uygulamaya konmuştur ve perinatal ölümlerde belirgin azalmaya neden olmuştur. Sisteme dahil olan 25 doğum servisi – birinci seviyede 18, ikinci seviyede 5, üçüncü seviyede 2 – bulunmaktadır. Üçüncü seviyedeki kurumlar perinatal merkez olarak anılmaktadırlar. Lublin Tıp Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölüm Şefi olan kişi aynı zamanda şehrin doğum şefi olarak da kabul edilmekte ve tüm doğum ve yenidoğan bölümlerinin organizasyon yapısının başında bulunmaktadır. 2002'den beri Lublin'de doğum sonu kanamaya bağlı anne ölümü meydana gelmemiştir.

Bu bölümde her doğum sonu kanama olgusunda olan özel durumlar ışığında Lublin'deki bölgesel sistem tanıtılmaktadır. Ayrıca sistem detaylı olarak ele alınmış ve başka yerlerde de uygulanabilmesi için olası yaklaşımlar dile getirilmiştir. Bunu, Polonya'nın bir bölgesinde anne ölümlerini ortadan kaldırmayı hedefleyen ve başaran bir hareketin toplum temelli, çok merkezli, ileriye dönük, kontrollü bir çalışması olarak görmek mümkündür. Bizler bölgemizdeki deneyimlerin tüm dünyada uygulanabileceği ve yersiz anne ölümlerinin önüne geçilmesinde büyük etkisi olacağı inancını taşımaktayız.

SİSTEM

Lublin'de bulunan sistemin bölge merkezi şehirdeki tüm doğumhane ve yenidoğan ünitesi başkanlarıyla sıkı bir iletişim içindedir. Şehirdeki perinatal merkezlerden birinin de başında bulunan bölge şefi, sistemin işlemesinden sorumludur.

Doğum sonu kanama zinciri, çok ciddi doğum sonu kanamanın olduğu olguların çoğunda bölgesel merkezde sonlanan, merkezi bir destek sistemidir. Eğer yerel doğum servisinde ciddi sorunu olan bir hasta varsa ve deneyimli bir doğum doktorunun yardımına ihtiyaç duyuluyorsa, şef doğum doktorundan mutlak destek istenir. Eğer şef doğum doktoru uygun değilse (çalışma sırasında 33 olgudan dördünde buna ihtiyaç duyulmuştur.), doğum sonu kanamayla mücadele ekibinin diğer en deneyimli kişisi yardıma çağrılır. Bölge şefinin hastanesinden bir doğum sonu kanama kitini (faktör VIIa, NovoSeven®, NovoNordisk ve B-Lynch ameliyatı için hızlı emilebilen dikiş malzemesi) ve şefi almak üzere bir ambulans gönderilir. Üniteler arasındaki en uzun mesafe 130 km olduğundan ulaşım en olağan dışı koşullarda da 1,5 saatte gerçekleşebilmektedir. Çağrının yapılmasıyla şef doğum doktorunun getirilmesi arasında geçen süre ortalama 90 dakikadır.

Şef geldiğinde hastanın yönetimini devralıp hastayı değerlendirir ve en uygun yaklaşımı belirler. Yapılan işlemlerden sonra hasta çoğu kez başka bir yere nakledilmez (ya da varsa o hastanenin yoğun bakımına alınır). Ancak nadiren de merkez hastaneye taşınması gerekebilir. İyileşme döneminde hastanın durumu doğum doktorları ve yoğun bakım doktorları tarafından şef doğum doktoruna telefon konsültasyonlarıyla bildirilir.

SONUÇLAR

Lublin'de 1 Ocak 2002 ile 31 Mart 2006 arasında

Tablo 1: Lublin'de 2002–2006 arasındaki anne ölümü nedenleri

	Yıl					
	2002	2003	2004	2005	2006 (1 Ocak – 31 Mart)	Toplam
Doğumlar	20.260	20.337	19.896	20.598	5146	86.237
Anne ölümü nedeni						
Doğum sonu kanama	0	0	0	0	0	0
İnfeksiyon	0	0	0	1	0	1
Emboli	0	0	0	0	0	0
Hipertansif hastalıklar	1	1	0	0	0	2
Dolaylı anne ölümleri	0	0	0	0	0	0
Gebelik dışı nedenlerle ölümler	0	0	0	0	0	0
Toplam	1	1	0	1	0	3

toplam 86.237 doğum gerçekleşmiştir. Bu zaman aralığında doğum sonu kanamaya bağlı anne ölümü bildirilmemiştir. Tablo 1'de anne ölümüne neden olan diğer nadir nedenler özetlenmiştir. Dolaylı anne ölümleri ya da annelik dışı nedenlere bağlı ölümler de meydana gelmemiştir.

Bu zaman aralığında yukarıda tanımlanan ortak çalışma modeliyle 33 doğum sonu kanaması olan hastaya müdahalede bulunulmuştur. Her olguda bölgesel doğum ekibi kanamayı ilaçlarla durdurmaya gayret etmemiş, ilaç tedavisini ve tedavi şeklini (laparotomi ya da yeniden laparotomi) değiştirmemiştir. Her seferinde şef doğum doktoru çağrılmış ve hasta ona devredilmiştir (Bkz. Bölüm 22'de anne ölümünü azaltmak için ABD hastanelerindeki yaklaşım).

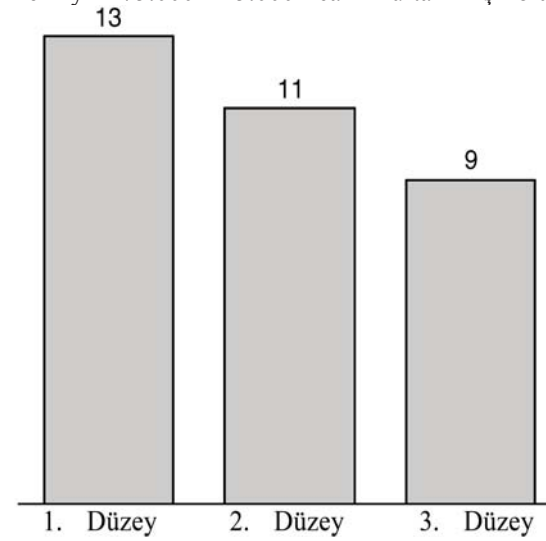
Şef doğum doktoru gelip hastayı devraldığında çeşitli düzeyde olgular bildirilmiştir (Bkz. Şekil 1):

- Kanama nedeniyle ameliyata alınan hasta. Histerektomi yapmadan kanamanın durdurulması zordur.
- Kanama nedeniyle ameliyata alınan hasta. Histerektomi yaptıktan sonra da kanamanın durdurulması zordur.
- Sezaryen sonrası laparotomi gerektiren hasta. Histerektomi ya da uterusu korumak için
- Doğum sonu koruyucu yöntemlerle başarı elde edilemeyen hasta. Koruyucu tedavi şekli değiştirilecek ya da ameliyata karar verilecek.

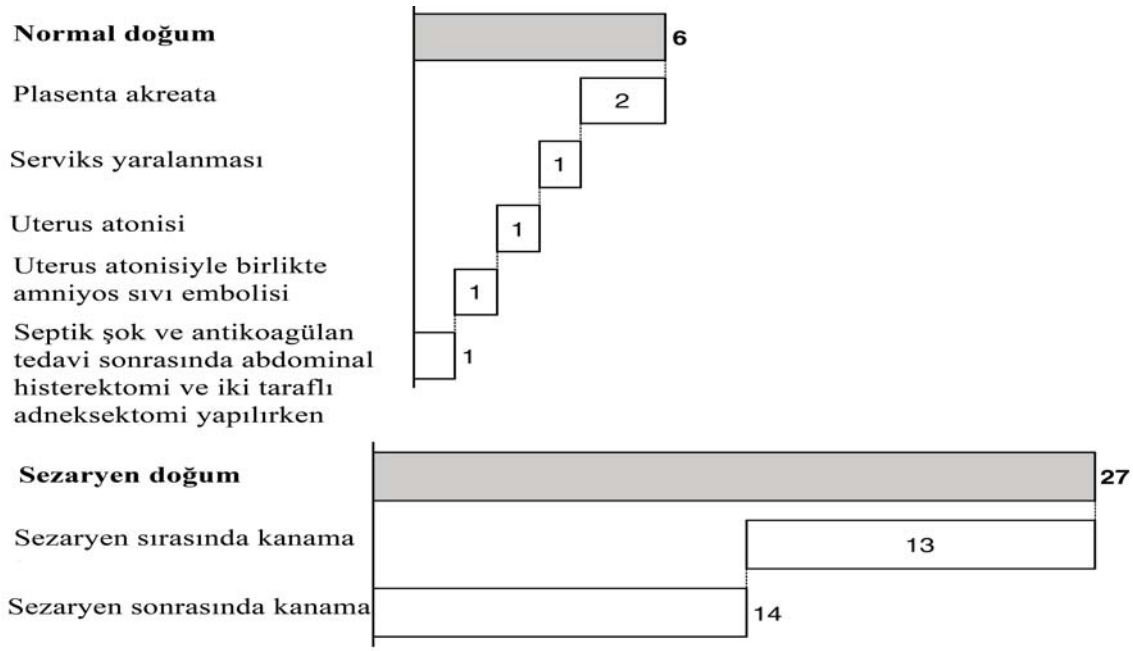
Müdahale edilen hastaların altısı normal doğum, 27'si sezaryen sonrasıydı (Şekil 2). Tablo 2'de bu bölümde bahsedilen, ciddi doğum sonu kanaması olan 33 hastaya yapılan tedaviler gösterilmektedir.

TARTIŞMA

İyi planlanmış, uyumlu bir program dahilinde doğum sonu kanamaya bağlı anne ölümlerini ortadan kaldırmak mümkündür. Dünya genelinde bu ölümlerin yarısının bile önüne geçilebilse her yıl 75.000–125.000 can kurtarılmış olur.



Şekil 1: 2003–2006 arasında doğum sonu kanama nedeniyle bölgesel doğum ünitesinde müdahale edilen 33 hastanın düzeyleri



Şekil 2: Lublin'de 2003–2006 arasında ciddi doğum sonu kanaması olan 33 hastadaki altta yatan patolojiler

Tablo 2: Lublin'de 2003–2006 arasında ciddi doğum sonu kanaması olan 33 hastaya yapılan tedavi yaklaşımları

Yaklaşım	*Olgu sayısı*
Laparotomi	3
Yeniden laparotomi	9
Total histerektomi	14
Subtotal histerektomi sonrası serviks güdüğünün çıkarılması	1
Kanama veya hematoma bağlı tek taraflı adneksektomi	4
Septik şoka bağlı iki taraflı adneksektomi (total histerektomiyle birlikte)	1
Periton arkasından kanama boşaltılması	2
Uterus arterinin bağlanması	8
Over arterinin uterusa uzanan dallarının bağlanması	8
Hipogastrik arterin iki taraflı bağlanması	20
Hipogastrik arterin tek taraflı bağlanması	1
Serviks yaralanmasının onarılması	1
B-Lynch dikişi	1
Hayman dikişi	1
NovoSeven	7
Uterus korundu	8

komplikasyonu yoktu. Bu hastaların kanamaları Otuzüç hasta da ameliyattan kısa süre sonra toparlandılar ve taburcu edilirken nörolojik ya da başka kanama sonrası bölgesel hastanedeki iyi eğitimli doğum ekibi tarafından durdurulamayan ve bu nedenle şef doğum doktorunun çağrıldığı, doğum sonu kanamanın en ciddi şeklini yaşayan hastalar olduklarını akıldan çıkarmamalıyız. Bölge hastanelerinde meydana gelen diğer doğum sonu kanamalar, dışarıdan destek alınmadan yapılan girişimlerle durdurulabilen, daha hafif şiddetteydi.

Lublin'de doğum sonu kanamaya bağlı anne ölümlerinin önlenmesindeki başarının altında bölgesel çözüm sistemi yatmaktadır. Sistemin temeli çok karmaşık olacağı öngörülebilen olguların doğum öncesinden merkezlere gönderilmesini hedeflemektedir (daha önce sezaryen geçirmiş plasenta previa olguları gibi). Akut olgularda hastanın nakli mümkün değilse deneyimli doğum hekiminin, bölge hastanesinde bulunmayan teknik destek olanaklarıyla birlikte, hastanın bulunduğu yere ulaştırılması yaşamsal öneme sahiptir. Yılın her günü ve her zamanı desteği sağlayabilmek için merkezde doğum sonu kanamayla mücadeleye hazır bir takım bulundurulmalıdır. Doğum sonu kanama nadir bir durum olduğundan, doğum sonu kanamayla mücadele eden ekibin her üyesi kendini bu öğrenilmesi ve uygulanması basit cerrahi teknikler hakkında geliştirmek ve daha fazlasını

yapabilmek konusunda yetiştirmelidir.

Hasta yönetiminde uterus arterinin bağlanması, over arterinin uterusa giden dalının bağlanması, hipogastrik arterin bağlanması gibi pek çok yol kullanılabilir. Hipogastrik arterin bağlanması periton arkasındaki alanda yapılacak cerrahilere yatkın, ileri derecede deneyimli cerrahlar tarafından yapılmalıdır. Aksi takdirde ciddi damar ve üreter yaralanmaları görülebilir. Bu olguların birinde hipogastrik ven yaralanmış ve cerrahi onarım gerekmiştir. Üstelik bu koruyucu cerrahi girişimlerle sonuç anılamazsa histerektomi gerekebilir ve bunun uygun zamanını belirlemek çok önemlidir. Bu durumlarda uterus serviksle birlikte çıkarılır (total histerektomi) ve adneksler korunur.

Uyguladığımız yaklaşımın iki açık noktası olduğunu saptadık: masrafların ödenmesi ve yasal süreç. Polonya'da masrafların ödenmesi yarı-tanıya dayalı gruplarda gerçekleşmektedir. Ödemenin tamamı hastaneye yapılır ve bunun içinde doktor için özel bir ödeme kesilmez. Yani bizdeki sistem esas olarak doğum sonu kanama ekibinin bedava çalışmasıyla uygulanmaktadır. Ne yazık ki bu durum çok uzun süre devam ettirilemez. Bu nedenle hastane yönetimleri Polonya'daki ulusal ödeme sisteminden uygun bir ücret alınması konusunda anlaşmaya gitmişlerdir. Yasal süreç ise bir diğer sorundur. Polonya'da doktorlar hastanelerinin yaptığı meslek sigortası tarafından korunmaktadırlar ve bu sigorta kuramsal olarak sadece o hastanede yapılanlar için geçerlidir. Açıkça anlaşılacağı gibi doğum sonu kanamayla uğraşan bu ekip, başka bir sağlık kurumunda hastaya müdahale ederken mesleki sigorta kapsamında bulunmamaktadır. Bu da çok uzun süre devam ettirilebilir bir durum değildir. Üstelik bunlar zor olgulardır ve normal bir doğumla karşılaştırıldığında yasal sürece maruz kalma olasılığı çok daha fazladır. Bu konunun da çözümlenmesi için çalışmalara başlanmıştır ve ABD'ndeki Good Samaritan Anlaşması esas alınarak ambulans hizmetlerindeki sigorta sistemi incelenmektedir.

SONUÇ

1. Kalabalık bir toplumda doğum sonu kanamaya bağlı anne ölümlerini önlemek mümkündür.
2. Kalabalık bir toplumda doğum sonu kanamaya bağlı anne ölümlerini ortadan kaldırmayı hedefleyen programlar aşağıdakileri içermelidirler:
   - Tıbbi personel – yüksek kalitede, deneyimli, yeterli sayıda personel
   - Ambulans ya da başka bir araçla günün her anında ulaşılabilme olanağı
   - Tıbbi yardımlar – rekombinant faktör VIIa (ör: NovoSeven®) ve B-Lynch ameliyatı için hızlı emilebilen yapıda dikiş malzemesini de içeren doğum sonu kanama kiti hazırda tutulmalıdır.
   - Yeterli destek – geri ödeme ve meslek sigortası

Kaynaklar

1. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNSPA, 2003
2. World Health Organization. Reduction of Maternal Mortality. Geneva: World Health Organization, 1999
3. Allam MS, B-Lynch C. The B-Lynch and other uterine compression suture techniques. Int J Gynaecol Obstet 2005,89:236–41
4. Hayman R, Arulkumaran S, Steer P. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2002;99: 502–6
5. Troszynski M, Kowalska B, Jaczynska R, Filipp E. Zgony matek w okresie ciazy, porodu i pologu w Polsce w dziesiecioleciu 1991–2000 wg czterech glównych przyczyn. [Maternal mortality from pregnancy, labor and post-partum complications in Poland between 1991 and 2000 by four major causes of death]. Gin Pol 2003 LXXIV;269:Suppl II
6. Sobieszczyk S, Breborowicz GH. Rekomendacje postêpowania w krwotokach poporodowych Czesd I. Protokól postepowania [PPH management recommendations. I. Clinical pathway]. Klin Perinatol Gin 2004;40:60–3
7. Crombach G. Operative Behandlung schwerwiegender postpartaler Blutungen. Gynaekologe 2000;33:286–7
8. Roman A, Rebarber A. Seven ways to control postpartum hemorrhage. Contemp Obstet Gynecol 2003;48:34–53