

İlk trimester sonrasında görülen minör abdominal travmanın gebeliğe etkileri

The effects of minor abdominal trauma in pregnancy after the first trimester

Seyfettinoğlu S Akman L Kazandı M

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: Gebelik sırasında abdominal travmaya maruz kalmak sık görülen bir durumdur ve özellikle gebeliğin son döneminde risk artar. Bu çalışma gebeliği sırasında minör abdominal travma geçirmiş hastaları ve takiplerini sunarak travmanın gebeliğe olan etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimize 2006 ile 2011 yılları arasında minör abdominal travmayla başvuran 29 gebe retrospektif olarak incelendi. Gebeliğinin ilk trimesterinde olan ve majör travma geçirenler incelemenin dışında tutulmuştur. Hastaların yaş ortalaması 27.3±5.9 (yaş aralığı 18-38) olup, travma anında gebelik haftası ortalama 26.4±6 (14-39 hafta arası) hafta idi. Etiyolojide 13 (%45) hastada basit düşme (ev kazaları), 9 (% 31) hastada araç içi trafik kazası, 4 (%13.7) hastada karnına direkt darbe, 2 (%6.8) hastada araç dışı trafik kazası ve bir (%3.4) hastada darp olarak saptandı. Bütün hastalara fizik ve jinekolojik muayene yapıldı. Tam kan sayımı, tam kan biyokimyası, tam idrar tetkiki, 24 hafta ve üzeri gebelere non stres test (NST) ve obstetrik ultrasonografi yapıldı. Gözlem amaçlı yatışı kabul etmeyen 3 hasta dışında tüm hastalar en az 24 saat izlendi.

Bulgular: Jinekolojik muayenede hiçbir hastada vajinal kanama saptanmadı. Obstetrik ultrasonografik değerlendirilmede plasenta ile ilgili kanama veya başka bir anormallik izlenmedi. Bir hasta dışında tokolitik tedavi gerekmedi. Travma nedeniyle hiçbir hastada gebelik sonlandırılmadı. Doğan tüm bebekler sağlıklı idi.

Sonuç: Bu çalışmada, ilk trimester sonrasında oluşan minör abdominal travmalarda gebenin ultrasonografik ve jinekolojik değerlendirilmesinde anormallik saptanmazsa, minör travmanın anne ve bebek için major bir komplikasyon yaratmadığı gözlemlendi. Bu nedenle, endişe ve panik içinde gelen minör abdominal travmalı gebeler konu hakkında bilgilendirilmelidir. Bu hastalarda 24 saatlik izlem yeterli olabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, travma, izlem.

Summary

Introduction: Exposure to abdominal trauma during pregnancy is frequent and increases risk of abortion especially in the last trimester. The purpose of this study is to evaluate the effects of minor trauma on pregnancy.

Materials and Methods: We retrospectively evaluated 29 pregnant women who were admitted to our clinic with minor abdominal trauma between 2006 and 2011. First trimester pregnant women and patients who had been exposed to major trauma were excluded from the study. The mean age and gestational age at the time of trauma were respectively 27.3±5.9 (age range: 18-38) years and 26.4±6 (14-39) weeks. Etiologic factors were a simple fall in 13 patients (45%), motor vehicle accident in 9 patients (31%), a direct blow to the abdomen in 4 patients (13.7%), blow with motor vehicle in 2 patients (6.8%) and a beating in one patient (3.4%). Physical and gynecologic examination were performed to all patients. A complete blood count and biochemistry, total urinalysis, non stress test (NST, later than 24 weeks gestational age) and obstetric ultrasonography were evaluated. All patients, except 3 who did not consent, were hospitalized for observation for at least 24 hours.

Results: There was no vaginal and placental hemorrhage or any other abnormality determined during the gynecologic exam and obstetric ultrasonographic observation. There was no necessity for tocolytic treatment except one patient. Gestational termination was not performed on any of the patients because of the trauma and all newborns were healthy.

Conclusion: In this study, it was observed that there was no major complication either to mother or baby if there was no abnormality at the ultrasonographic and gynecologic evaluation for minor abdominal trauma. Therefore, pregnant women who are referred to the hospital with exposure to minor abdominal trauma after the first trimester in an apprehensive and panic status should be informed of this situation and observation for 24 hours can be sufficient.

Key Words: Pregnancy, trauma, follow-up.

Giriş

Gebelik sırasında abdominal travmaya maruz kalmak nadir olmayan bir durumdur ve özellikle gebeliğin son trimesterinde risk artar. Gebelerin %6-7'si gebelikleri süresince en az bir kez minör travmaya maruz kalır (1). Son trimesterde artan ortostatik hipotansiyon, çıkık karın, pelvik eklemlerin gevşekliği ve çabuk yorulma düşmeye yatkınlığı arttırır (2). Gebelikte düşmeye bağlı abdominal travmalar trafik kazasına bağlı travmalardan daha sık görülürken, en sık abdominal travma nedeni ise yumruklama gibi direk darbelerdir (3).

Ancak bazı kaynaklarda motorlu araç kazalarının gebelikte en sık travma nedeni olduğu belirtilmiştir (4). Abdominal travma geçiren gebeye yaklaşımda günümüzde halen tam bir algoritma yoktur. Rutin uygulamada en az 24 saat hastanede izlem önerilmektedir (5). Ancak gebelikte geçirilen abdominal travmalara yaklaşımda prospektif bilgilerimiz yetersizdir. Travma sonrası obstetrik değerlendirmede *abruptio* plasenta, preterm eylem, uterin rüptür, fetomaternal kanama, fetal mortalite riskleri bulunmaktadır. Maternal hasarın az olması fetüsün daha az hasar göreceği anlamına gelmez (6).

Bu tanımlayıcı çalışmada gebeliği sırasında abdominal travma geçirmiş hastalarımız ve takiplerini sunarak travmanın gebeliğe olan etkilerini incelemek istedik.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimize 2006 ile 2011 yılları arasında abdominal travmayla başvuran gebeler retrospektif olarak incelenmiştir. Değerlendirmeye 12 gebelik haftasından küçük olanlar ve majör travmalı hastalar alınmamıştır. Tanımlayıcı çalışmamızda sadece minör travma geçiren 29 gebe dahil edilmiştir. Hayatı tehdit etmeyen yaralanmalar, abrazyon-basit kontüzyonlar ve travma şiddet skoru (*injury severity score*, ISS) 0 olan gebeler minör travma olarak değerlendirilmiştir. Bu anatomik skorlama sistemi çoklu yaralanma hastalarının genel değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Buna göre vücut 6 bölgeye (kafa, yüz, göğüs, batin, ekstremiteler veya pelvis, yumuşak doku) ayrılmış ve yaralanmanın şiddetine göre her bölgeye 1'den 6'ya kadar puan verilmiştir. ISS skoru en fazla yaralanan 3 bölge puanının karelerinin toplanması ile hesaplanır (7).

Bütün hastalara yapılan fizik ve jinekolojik muayenenin ardından tam kan sayımı, tam kan biyokimyası, tam idrar tetkiki ve obstetrik ultrasonografi yapıldı. Spekulum ile bakıda, vajinal kanama veya amnion mayi sızıntısı varlığı değerlendirildi. Uygun gebelik haftasında olanlara; fetusun iyilik halinin değerlendirilmesinde NST uyulandı. Obstetrik ultrasonografik değerlendirmede *abruptio* plasenta, preterm eylem, uterin rüptür, fetomaternal kanama veya erken membran rüptürü gibi patolojilerin

değerlendirilmesi amacıyla, retroplasental kanama alanı ve amnion mayi miktarları incelendi. Trafik kazası nedeniyle başvuran hastalar gerektiğinde multidisipliner bir yaklaşım ile genel cerrahi, beyin cerrahisi ve ortopedi bölümleri ile konsülte edildiler. Kendi isteği ile taburcu edilen 3 hasta dışında tüm hastalar en az 24 saat izlendi. İzlem süresi boyunca gebeler vital bulguların yanında vajinal kanama ve ağrı yönünden takip edildiler. Şikayeti olmayan gebeler aralıklı ultrasonografi ve kardiyotokografi ile fetusun canlılığı ve plasental patoloji açısından değerlendirildiler.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 27.3±5.9 yıl (yaş aralığı 18-38), travma anında gebelik haftası ortalama 26.4±6 hafta (14-39 arası), ortalama gebelik sayısı 2 (1-7 arası) ve ortalama parite sayısı 1 (0-2 arası) idi. Hiç bir hastada travma öncesi ek sistemik ve obstetrik hastalık yoktu. Gebelerin travma geçirdikleri dönem ve travma şekilleri Tablo-1'de özetlenmiştir.

Jinekolojik değerlendirmede hiçbir hastada vajinal kanama izlenmedi. İki hastanın abdominal muayenesinde uterin hassasiyet dışında bulgusu yoktu. Obstetrik ultrasonografik değerlendirmede plasentada kanama alanı veya başka bir anormallik izlenmedi. Amnion mayi miktarı her hasta için gebelik haftasına göre normal sınırlardaydı. 42 yaşında 32 haftalık gebe olan ve araç dışı trafik kazası nedeniyle kliniğimize başvurmuş olan bir hasta dışında hiçbir hastanın tokolitik tedavi ihtiyacı olmadı. Hastaların tam kan sayımı, tam kan biyokimyası ve tam idrar tahlillerinde özellik yoktu. Hastalar hemodinamik açıdan incelendiğinde nabız, tansiyon arteriyel ve ateş gibi vital bulguları izlemeleri boyunca stabil idi. Travma nedeniyle hiçbir hastada gebelik sonlandırılmadı. Yatışı kabul etmeyen 3 hastaya daha sonra telefonla ulaşıldı ve gebeliklerinde travmayla ilgili herhangi bir sorunla karşılaşmadıkları öğrenildi.

Tablo-1. Gebelerin travma geçirdikleri dönem ve travma şekilleri.

	n	%
Gebelik dönemi		
<i>İkinci trimester</i>	9	%31
<i>Üçüncü trimester</i>	20	%69
Travma nedeni		
<i>Basit düşme</i>	13	%45
<i>Araç içi trafik kazası</i>	9	%31
<i>Karına direk darbe</i>	4	%13.7
<i>Araç dışı trafik kazası</i>	2	%6.8
<i>Darp</i>	1	%3.4

Tartışma

Gebelikte döneminde oluşan fizyolojik değişiklikler sonucu gebelikte travmaya olan yatkınlık artar. Geçirilen major travmaların anne ve fetusun hayatını tehdit ettiği bilinmektedir (1). Major Travma sonucunda orta-ağır durumdaki gebeliklerin en az %40'ında fetal kayıp görülür. Yaralanma boyutu arttıkça maternal resusitasyonda gereken volüm miktarı artmakta, Glasgow koma skalası düşmekte ve maternal hipoksi sonucu gelişen asidoz ile fetal hipoksi ile fetal mortalite artmaktadır (6-8). Ancak gebelikte geçirilen minör travmalar ile ilgili bilgiler yetersizdir. Minör travmanın fetal mortalite ile ilişkili olabileceğini bildiren (8,9) yayınların yanı sıra, çok yakın takibin gereksiz olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (1). Ayrıca gebelikte geçirilen künt abdominal travmalara yaklaşım konusunda literatürde tam bir fikir birliği yoktur (2). Bizim çalışmamızda minör abdominal travma geçirmiş gebeler değerlendirildi. Yapılan jinekolojik değerlendirmede hiçbir hastada vajinal kanama izlenmedi. İki hastanın abdominal muayenesinde uterin hassasiyet mevcuttu. Obstetrik ultrasonografik değerlendirmede plasentada kanama alanı veya başka bir anormallik izlenmedi.

Motorlu araç kazaları, düşmeler, fiziksel şiddet künt abdominal travmaların en sık nedenleridir. ABD'de obstetrik olmayan maternal ölümlerin en sık nedeni künt travmalardır (10). Travmanın şiddeti göz ardı edilerek yapılan çalışmalarda fetal mortalite oranlarının %3.4-%38 arasında bildiren çalışmalar mevcuttur (11,12). Bu kadar yüksek fark olmasının en önemli nedenlerinden biri muhtemelen geçirilen maternal travmanın şiddetidir.

Travma geçirmiş gebelerde en korkulan komplikasyonlardan birisi plasental dekolmandır. Maternal vajinal kanama olması durumunda Kleihauer-Bekte testinin dekolman için prediktif değeri olup olmadığı tartışmalıdır. Cahill ve ark. (13) 317 minör travma geçirmiş gebeyi inceledikleri prospektif çalışmalarında Kleihauer-Betke (KB) testinin prediktif öneminin azaldığını ve objektif değerlendirme için yeni kriterler araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir (1). Ayrıca bazı retrospektif çalışmalarda da KB testinin kullanışlı olmadığı bildirilmiştir. Pearlman ve ark. (14) ise 85 travma geçirmiş (%88 minör travma) gebeyi inceledikleri prospektif kohort çalışmasında %4 oranında plasental dekolman saptamışlar. KB testinin fetomaternal hemorajiyi göstermede iyi bir belirteç olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamıza dahil olan hastalarda vajinal kanama ve plasental dekolman şüphesi olmaması nedeniyle fetomaternal kanama bakılmamıştır.

Kaynaklar

1. Cahill AG, Bastek JA, Stamilio DM, Odibo AO, Stevens E, Macones GA. Minor trauma in pregnancy—is the evaluation unwarranted? *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(2):208-12.
2. Runnebaum IB, Holcberg G, Katz M. Pregnancy outcome after repeated blunt abdominal trauma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;80(1):85-6.

Travma geçirmiş gebelerde vajinal kanama olsun veya olmasın plasental dekolman ekarte edilmelidir. Bunun için en önemli bulgu fizik muayenedir. Muayenede karın ağrısı, fundusta duyarlılık, uterin irritabilite ve tonusunun artması, fetal kalp atımındaki değişiklikler, maternal hipovolemi, bazen de posterior yerleşimine bağlı olarak sırt ağrısı plasental ayrılmanın ilk belirtisi olabilir (10,15). Tanıda kliniğin yanında ultrasonografik değerlendirmede retroplasental hematoma görülmesi faydalı olmakla birlikte çoğu zaman izlenemez (16). Schiff ve ark. (17) motorlu araç kazası sonrası plasental ayrılmanın, ağır yaralanmalarda (major travma) %13, ağır olmayan yaralanmalarda (minör travma) %7.4 ve yaralanma olmayan kazalarda %8.5 olduğunu bildirmişlerdir. Serimizde künt travma geçiren hiçbir gebede plasental dekolman ile karşılaşılmadı. Fizik muayenede uterin hassasiyet olan 2 hastamızda (birisi araç içi trafik kazası, diğeri düşme) ultrasonografik değerlendirmeleri normaldi. Her iki hastada 24 saat izlemin ardından taburcu edildi ve sonraki takiplerinde obstetrik problem yaşanmadı.

İlk 12 hafta içindeki gebeliklerde, uterus pelvis içinde kaldığı için bu tür minör travmalarda şikayeti olmayan gebelerde hastanede izlemin gerekli olmadığı belirtilmektedir (10). 20 hafta üzerindeki gebeliklerde ise izlem süresinde fikir birliği yoktur. 4-48 saatlik izlem farklı çalışmalarda önerilse de, 4 saatlik izlemin güvenilir olduğu belirten yayınlarda mevcuttur (2, 18, 19).

Sonuç

Travma geçiren gebeler, şikayetleri olmasa da fetal kayıp düşüncesi ile büyük bir endişe sağlık kurumuna başvurumaktadırlar. Maternal stres, uterin kasılmalara yol açabilmektedir (8). Çalışmamızda takip ettiğimiz minör abdominal travmalı hiçbir gebede ciddi bir maternal ve fetal komplikasyonla karşılaşmadık. Gebelerin bu stresli durumu göz önünde bulundurularak, özellikle fizik muayenesi normal gebeler, konu hakkında detaylı bilgilendirilmeli ve rahatlatılmalıdır. Ancak literatürde bu hasta grubunda belirtilen plasental dekolman olguları da göz önünde bulundurulduğunda (17), bu grup gebelerde hem maternal stresi azaltıp rahatlamayı sağlamak hem de obstetrik takibin yapılması için 24 saatlik izlemin uygun olduğunu düşünmekteyiz. Daha kesin izlem sürelerinin belirlenmesi için fazla sayıda olguyu içeren çalışmalar gerekmektedir.

3. Williams JK, McClai L, Rosemurgy AS, Colorado NM. Evalutaion of blunt abdominal trauma in the third trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1990;75(1):33-7.
4. Aniliene R, Proseviciute L, Aniulis P, Pamerneckas A. Trauma in pregnancy: Complications, outcomes and treatment. *Medicina (Kaunas)* 2006;42(7):586-91.
5. Schneider H. Trauma and pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 1993;253(Suppl):4-14.
6. Gezginç K, Göktepe H. Gebelikte Travmaya Yaklaşım. *Selçuk Tıp Dergisi* 2011;27(4):250-4.
7. Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Long WB. The injury severity score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* 1974;14(3):187-96.
8. Schiff MA, Holt VL. The injury severity score in pregnant trauma patients: predicting placental abruption and fetal death. *J Trauma* 2002;53(5): 946-49.
9. Scorpio RJ, Esposito TJ, Smith LG, Gens DR. Blunt trauma during pregnancy: Factors affecting fetal outcome. *J Trauma* 1992;32(2): 213-6.
10. Grossman NB. Blunt Trauma in Pregnancy. *American Family Physician* 2004;70(7):1303-10.
11. Rogers FB, Rozycki GS, Osler TM, et al. A multi-institutional study of factors associated with fetal death in injured pregnant patients. *Arch Surg* 1999;134(11):1274-7.
12. Baerga-Varela Y, Zietlow S, Bannon MP, Harmsen WS, Ilstrup DM. Trauma in pregnancy. *Mayo Clin Proc* 2000;75(12):1243-8.
13. Dahmuş MA, Sibai BM. Blunt abdominal trauma: Are there any predictive factors for abruptio placentae or maternal-fetal distress? *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):1054-9.
14. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. Blunt trauma during pregnancy. *N Engl J Med* 1990;323(23):1609-13.
15. Muench, MV, Canterino, JC. Trauma in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 343(3):555-8.
16. Kuhlmann RS, Warsof S. Ultrasound of the placenta. *Clin Obstet Gynecol* 1996;39(3):519-21.
17. Schiff MA, Holt VL. Pregnancy outcomes following hospitalization for motor vehicle crashes in Washington State from 1989 to 2001. *Am J Epidemiol* 2005;161(6):503-10.
18. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. A prospective controlled study of outcome after trauma during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(6):1502-7.
19. Connolly AM, Katz VL, Bash KL, McMahan MJ, Hansen WF. Trauma and pregnancy. *Am J Perinatol* 1997;14(6):331-6.