

Bir Olgu Nedeniyle Uterus Rüptürlerinin İrdelenmesi (Olgu Sunumu)*

An uterine rupture case (Case report)

Ender YUMRU, İnci DAVAS, Yeşim ÇELİK, Ayşe AYDIN KARA, Ferit AKKURT

Şişli Etfal Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Şişli Etfal Hastanesi 2. Kadın Doğum Acil Polikliniği'ne genel durumu kötü olarak başvuran 27 yaşındaki hastada, vulvada makadi yolla omuz sınırına kadar doğmuş, siyanotik, FKA'sı olmayan bebek tesbit edilmiştir. Yapılan vaginal nuayene, USG ve klinik bulgularıyla makadi doğum + hidrosefali + dekolman plasenta ön tanısı olarak interne edildi. Abdominal USG'de BPD 150 mm ve hidrosefali ile dekolman saptandı. Hastanın genel durumu da gözönüne alınarak acil laparotomiye alındı.

Acilen operasyona alınan hastaya seksiyö sezaryen uygulandı. Baş perfore edildi. Bir yardımcı ile vaginal yolla 49 cm, 2500 gr kız bebek doğurtuldu. Yapılan laparotomide uterin rüptür tespit edildi. Genel durum, kanama problemi gözönüne alınarak sezaryen histerktomi uygulandı. Herhangi bir problemi gelişmeyen hasta postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi.

Literatürde batı toplumlarındaki uterus küptürü insidansının, 1/2000 ila 2500 gebelik arasında olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde bu konuda yeterli veri yoktur. Maternal mortalite %50'lere kadar çıkabildiğinden uterus rüptürü en korkulan obstetrik komplikasyonlardan biri olmaya devam etmektedir.

ANAHTAR KELİME: Uterus rüptürü

SUMMARY

A patient, applied The Emergency Section of Şişli Etfal Hospital 2nd Obstetric & Gynecology Clinic having bed general condition. She was 27 years old. It was noticed that a baby who didn't have fetal heart beat and was cyanotic, expelled from vulva with breech presentation to nadir margin of shoulder. First diagnosis were breech labor, hydrocephalus and decolman placenta. After vaginal examination, USG and clinical findings were taken the patient's interned. Bipedal diameter was 150 mm and hydrocephalus with decolman placenta were seen at abdominal USG. It was concluded to perform laparotomy rapidly because of the general condition of patient.

Urgently, the patient operated and sectio cesarean performed. The head of baby was perforated. A helper delivered the girl baby, 48 cm height 2500 gr weight, vaginally when laparotomy applied, uterine rupture noticed immediately because of the bed general condition of patient and bleeding disorder. Cesarean hysterectomy performed. No complication occurred and the patient charged from hospital with cure 7 days after the operation.

In literature, the incidence of uterine rupture is estimated 1 per 2000 to 2500 pregnancies at western countries. There is no sufficient data for our country. Uterine rupture still keep on one of the most fearful complication in perinatal period. Because perinatal mortality rate can rise up to 50%.

KEY WORD: Uterine rupture.

Yazışma Adresi:

Op. Dr. Ender Yumru
Şişli Etfal Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve
Doğum Kliniği
Şişli/İstanbul
Tel: (0 212) 231 22 09/1775

GİRİŞ

Gebeliği, özellikle doğumu komplike eden olaylar arasında en korkulan komplikasyonlardan biri de uterus rüptürleridir. Fetus genellikle kaybedilir, maternal yaşam ise tehdit altındadır (1).

Uterus rüptürleri çok nadiren spontan oluşabilse de, sıklıkla önceki sezaryen seksiyö (%30-40) sonrası, önceki uterin cerrahiye takiben (myomektomi vs.) başlayan aktif travay ile eylemin ikinci evresinin uzadığı ve obstrükte olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (2). Rüptürler, ligamentum latum intakt ise

* Bu çalışma 2. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi (16-20 Mayıs 1997, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

inkomplet olarak tanımlanır, aksi durumda komplet rüptürden söz edilir. İnkomples rüptür her an komplet olabilir. Yine seksiyon skarının "ayrılması" söz konusudur. Bu durumda klinik seyir daha hafif olabilmektedir, fetal membranlar intakttır ve fetus peritoneal kaviteye atılmaz (3).

Tanı her zaman kolay olmayabilir. Eğer uterin rüptürden şüphelenilirse, cerrahi girişim ve kan ürünlerinin replasmanı gerekmektedir (1). Uterusun korunması tercih edilmekle birlikte, karar rüptürün lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlıdır. Sezaryen histerektomi özellikle ciddi kanamalarda endikedir (2).

OLGU

A. K. 5.5.1996 st: 13:00'te acil polikliniğimize (prot: 136/3624) başvurduğunda vulvadan makadi yolla omuz sınırına kadar doğmuş, siyanotik, FKA'sı olmayan bebek tespit edildi. Tuşede dilatasyon 7 cm, efasman %70, baş kolluma takılmış durumda idi. Hastanın genel durumu kötü, TA: 90/60 mmHg, NDS: 108 filiform idi. Soğuk terlemesi mevcuttu.

Yakınlarından alınan anamneze göre 27 yaşında, 9 yıldır evli olan olgunun (G7P2A4) 1 canlı çocuğu mevcuttu, bir çocuğu daha makadi prezantasyonla ölü doğmuştu. Öz ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Bu gebeliği sırasında hiç antenatal kontrole gitmemiş, ağrıları başlayınca evde doğurtulmaya çalışılmış, genel durumu bozulunca hastaneye getirilmişti. Yapılan ultrasonografisinde BPD: 150 mm ve hidrosefali ile dekolman plasenta tespit edilince genel durumu da göz önüne alınarak acil laparotomiye karar verildi. Derhal iki damar yolu açılıp tetkik için kan alındıktan sonra, sıvı replasmanına başlandı ve idrar sondası takıldı.

Preop tetkik sonuçlarında kan grubu A Rh(-), Hb: 10.7 gr/dl, Hct: %31.5, PTT: 21.5 sn (12.14 sn), PTA: %40.3 (%100), aPTT: 64.9 sn (22-40 sn), fibrinojen: 397 mg/dl (200-400 mg/dl) olarak geldi. Genel anestezi altında Pfannenstiel insizyonu ile cilt-ciltaltı geçilip batin açıldı. Uterusun alt segmentine Kerr insizyonu uygulanarak başa perforasyon yapıp, diğer bir yardımcı tarafından vajinal yolla 49 cm, 2500 gr bir kız bebek doğurtuldu. Plasenta çıkarıldığında tamamına yakının dekolle olduğu gözlemlendi. Uterus incelendiğinde sağ yan duvarda a. uterinayı da içine alan ve vajene dek uzanan 10 cm'lik rüptür tespit edildi. Sağda a. uterinayı da içerecek şekilde kanama bölgesi klempe edilip bağlandı. Rüptürün lo-

kalizasyonu ve kanama problemi yüzünden sezaryen histerektomiye karar verildi. Bilateral lig. rotundumlar ve lig. ovarii propriumlar tutuldu, kesildi, bağlandı. Sol tarafta a. uterina tutuldu, kesildi, bağlandı. Bilateral lig kardinalelere de aynı işlem uygulandıktan sonra vajene kollum sınırından sirkumferensiyel insizyon yapıp histerektomi tamamlandı. Vajen kafizet sütürlerle oluşturuldu. Kanama kontrolünü takiben periton kapatıldı. Douglas boşluğuna bir adet dren konarak batin usulüne göre kapatıldı ve ameliyata son verildi.

Operasyondan sonra TA: 110/60 mmHg, NDS: 92/R, kontrol Hb: 10.0 gr/dl, Hct: %31 idi. Kristalize penisilin 8x3 milyon ünite iv infüzyon, gentamisin (80 mg amp) 3x1 im, klindamisin (600 mg amp) 2x1 im başlandı, 2 ünite kan istendi, sıvı replasmanına devam edildi. Takiplerinde tansiyon arteriyel, nabız dakika sayısı ve diürezisi sorunsuz seyretti. Postop 1. gününde genel durumu iyi, tüm vital bulguları stabil, barsak sesleri normoaktif idi. Sondası çekilip mobilize edildi. Drenden 50 cc mayı geldiği için çekildi. Tekrarlanan tetkiklerinde Hb: 7.9 gr/dl, Hct: %23, PTT: 1.3 sn, PTA: %100, aPTT: 50.5 sn, fib: 486 mg/dl olarak tespit edildi. İki ünite A Rh(-) tam kan transfüzyonu yapıldı. Oral dopergine 3x1 tbl. başlandı. Postop 2. gününde gaz deşarjı oldu, Hb: 9.2 gr/dl, Hct: %28.5 bulundu, postop 3. gün kristalize penisilin kesilip 4x1 gr oral penisiline geçildi. Yapılan pansumanı temizdi. Postop 4. gün gaita deşarjı oldu, 5. gün pansumanı tekrarlandı, 6 gün sütürleri alındı, 7. gün artık sorunu kalmayan hasta antibiyotik tedavisini 10 güne evde tamamlamak üzere salah ile taburcu edildi. Postop 10. gün ayaktan kontrolü yapıldı.

TARTIŞMA

Uterus rüptürü insidansı dünyanın çeşitli bölgelerinde değişiklik göstermekle birlikte, batı toplumlarında gebeliklerin 1:2000 ile 2500'i arasında olduğu tahmin edilmektedir (4). Diğer bölgelerde daha sık olduğu tahmin edilmektedir, örneğin Güney Afrika siyah popülasyonunda doğumların 1:546'sında olduğu bildirilmiştir (4). Schrimsky ve Benson'un (1978) sunduğu tablolarda, uterus rüptürü insidansı kurumlar arasında 1:100'den 1: 1000'e kadar değişen farklılıklar göstermektedir (3). Ülkemizde ise bu konuda yeterli veri yoktur.

Gebe uterusun rüptür etyolojisinin geniş bir sınıflaması aşağıda yapılmıştır (3).

1. Mevcut gebelikten önce uterin yaralanma

- a. Myometriyumu kapsayan cenahi
- sezaryen seksiyoyu ya da hysterotomi
 - onarılmış eski uterin rüptür
 - endometriyuma yakın ya da endometriyuma ulaşan myomektomi insizyonu
 - interstisyel oviduktlan çıkarmak için yapılan derin kornual rezeksiyon
 - uterin septumun eksizyonu (metroptasti)

b. Uterusa isabet eden travma

- enstrumental aborsiyon (sonda, küret, vb.)

2. Mevcut gebelik sırasında uterin yaralanma

- a. persistan şiddetli spontan kontraksiyonlar
- oksitosin ya da prostaglandin verilmesi
 - hipertonic solüsyonların intraamniyotik injeksiyonu
 - monitör kateter ile perforasyon
 - eksternal keskin veya küntr travma
 - belirgin uterin aşın distansiyon (multipl fetus, hidramnios)

b. doğum sırasında

- internal podalik versiyon
- zor forseps doğum
- makad ekstraksiyonu
- alt segmenti aşırı gelen fetal anomali
- doğumda aşın fundal bası uygulanması
- plasentanın zor olarak elle çıkarılması

3. Travmayla her zaman ilgisi olmayan uterin defektler

a. konjenital

- inkomplet gelişmiş ya da uterin kornudaki gebelik

b. akkiz

- plasenta inkreata ya da perkreata
- invaziv mol ya da koryokarsinoma
- adenomyozis
- adheren retrovert uterus sakkülasyonu.

Olgumuzda alt segmenti aşın geren fetal anomali (2b) varlığında, muhtemelen başın fundal bası uygulanması söz konusuydu. Mansouri ve ark. uterin skardan sonra en sık rüptür nedeninin sıklıkla hastane dışında uygulanan abdominal baskı ile ilgili olduğunu yazmıştır (5).

Yapılan tüm çalışmalarda en sık rüptür nedeninin geçirilmiş sezaryene bağlı uterin skar olduğu belirtilmektedir (5, 6, 7). Seksiyon skarının rüptürü yapılan insizyonla da bağlantılıdır. Klasik vertikal insizyon skarı, alt segment insizyon skarından 10 kat fazla

rüptüre olmaktadır (4). Klasik skar rüptürlerinin üçte biri travaydan önce oluşmaktadır (3). Klasik seksiyon sonrası rüptürlerin %6.4, alt segment insizyonu sonrası ise %1.4 olduğu bildirilmiştir (4). alt segment insizyonlarının ayrılması da daha siktir.

Travmatik rüptürün en sık nedeni internal versiyon ve serviks tam dilate olmadığı halde doğumu forse etmektedir (4). Diğer presipitan faktörler illegal abortta instrumentasyon, forseps ile doğum, omuz distozisi, baş-pelvis uygunsuzluğu, transvers duruştur (4).

Spontan rüptür tanı olarak normal bir uterusun gebelik ya da eylem sırasında rüptüre olmasıdır, ama pratikte konjenital anormal uterus, kornual gebelik ve plasenta accretanın rüptür komplikasyonlarında görülmektedir (4). Manouana ve ark. 43 yaşındaki bir olguda epidural anestezi altında spontan rüptür tespit etmiştir. Bu olgu skarı olmayan uterusu bile spontan rüptürün her zaman olası olduğunu göstermektedir (8).

Rüptürlerin bir kısmı da oksitosin ile stimülasyona bağlıdır. Ancak bunların tamamen normal bir gebelikte sadece oksitona mi bağlı olduğu, yoksa zaten komplike gebelikler mi olduğu tartışmalıdır (4).

Intrauterin mort fetus olan gebeliklerde prostaglandin E2 ile bildirilen rüptürler vardır. Myomektomi sonrası bildirilen en erken rüptür 16. gebelik haftasıdır (4). Yine 19. gebelik haftasında spontan rüptür bildirilmiştir (4).

Eylemde komplet uterin rüptür tüm uterin aktivitenin durmasına neden olur, hasta alt abdomende rahatlatma hisseder (2). Abdomen duvarından fetal kısımlar rahat palpe edilebilir. Yine hassasiyet artışı ve hematüri görülebilir (2). Peritoneal lavaj pozitifdir, amniyotik sıvı saptanabilir. Verniksin varlığı diagnostiktir. Bizim olgumuzda hidrosefali tespit edildikten sonra, hastanın genel durumunun kötü ve preşok tablosunda oluşu nedeniyle uterus rüptürü ön tanısı ile laparotomiye karar verilmiştir.

Tedavide tanı ve etkin yaklaşım çok önem taşır. Derhal en az iki damar yolu açılıp, hem sıvı hem de tam kan transfüzyonuna başlanır. Bu arada hazırlıklar hızla tamamlanıp genel anestezi altında laparotomiye geçilmelidir (3). Biz de laparotomi kararıyla birlikte derhal iki damar yolu açıp sıvı replasmanına başladık. İki ünite tam kan istedik. Genel anestezi altında vital bulgular monitorize edilerek laparotomiye geçildi. Laparotomide önce fetus ve plasenta uzaklaştırılır. Uterusun korunması tercih edilmekle birlikte,

karar rüptürün lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlıdır (2). Genellikle tek ve lineer bir yırtık vardır, 2 ya da 3 kat suture edilerek kapatılabilir (2). Ancak ciddi kanamalarda sezaryen histerektomi gerekir (2, 9). Bizim olgumuzda da uterus açılıp fetus, başa uygulanan perforasyonu takiben doğurtulmuş, plasenta ve ekleri tam olarak uzaklaştırılmıştır. Daha sonra uterus incelendiğinde rüptürün lokalizasyonu, a. uterinayı da içermesi, genişliği ve ciddi kanama problemleri yüzünden sezaryen histerektomi kararı verilmiştir. Yine uterin arterin bilateral insersiyon yerinden ligasyonu uygulanabilir. Diğer pelvik organlar, barsak ya da mesane travmatize olduğunda hipogastrik arterin bağlanması gerekir (2).

Maternal mortalite bazı kaynaklarda %6.5-10 arasında bildirilmekte, bazı kaynaklarda ise özellikle batı toplumlarında %1 olarak verilmektedir (3). Genel kanı spontan rüptürlerde, skara bağlı rüptürlere göre mortalitenin daha yüksek olduğudur (4). Ancak perinatal mortalite %50'lere kadar çıkabilmektedir (3).

Tespit ettiğimiz bu olgu ve literatürde bildirilen olgular ışığında obstetrik yönetimde beklenmedik sürprizlerin her zaman olası olduğunu ve ancak dikkat, şüphe ve etkili yaklaşımla komplikasyonların minimale indirilebileceğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

- 1 Dolo-A et al: Uterine rupture during labor. Dakar-Med. 1990; 35(1): 61-4.
- 2 Newton & Newton Complications of Gynecologic and Obstetric Management, 1988 W. B. Saunders Company Ch: 10 pp: 298 and Ch: 1 pp: 501.
- 3 Williams Obstetrics 19th Edition, 1993 by Appleton & Lange Ch: 23 pp: 544-548.
- 4 Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology 3rd edition 1987 Longman Group UK Limited; Vol 2, Ch: 53 pp: 1327-1328.
- 5 el-Masouri-A: Uterine rupture: 50 cases Rev-Fr-Gynecol-Obstet. 1995 Apr-May; 90(4): 208-14.
- 6 Gardeil-F; Daly-S, Turner MJ: Uterine rupture in pregnancy reviewed Eur-J-Obstet-Gynecol-Reprod Biol. 1994 Aug; 56(2): 107-10.
- 7 Khan-NH: Rupture of the uterus JPMA-J-Pak-Med-Assoc. 1993 Sep; 43(9): 174-6.
- 8 Manouana-M et al: Spontaneous rupture of an unscarred uterus during labor and epidural anesthesia J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod-1995; 24(5): 557-60.
- 9 Stanco LM et al: Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am-J-Obstet-Gynecol. 1993 Mar; 168(3 Pt 1): 879-83.
- 10 Phelan-JP: Uterine rupture Clin-Obstet-Gynecol-1990 Sep; 33(3): 432-7.