

UTERINE RUPTURE IN A PATIENT WITH AN UNSCARRED UTERUS: A CASE STUDY

Skarsız uterusda uterin rüptür: Olgu Sunumu

ÖZHAN ÖZDEMİR, OGUZ YÜCEL, SEDA KESKİN, D. DENİZHAN KESKİN

*Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
Suleymaniye Obstetrics And Gynecology Education And Research Hospital, İstanbul, Turkey*

ÖZET

Giriş: Doğum esnasında uterin rüptür hemen teşhis edilip, müdahale edilmediği takdirde anne ve bebek ile ilgili ağır mortalite ve morbidite riski taşıyan, nadir ve ciddi bir komplikasyondur. Uterin rüptür, daha önceden mevcut uterin hasar veya anomali sonucunda oluşabileceği gibi travma ile de ilişkili olabilir ya da daha nadir olarak skarsız uterusda görülebilir. Travayda uterin rüptür en sık olarak skarlı uterusda oluşurken, skarsız uterusda görülmesi çok nadirdir.

Olgu sunumu: 33 yaşında skarsız uterusu olan bir ve intravenöz oksitosin infüzyonu ile doğumun indüklendiği hastada gerçekleşen bir uterin rüptür vakası.

Sonuç: Çok nadir olmakla beraber skarsız bir uterusda da rüptür olma ihtimali vardır. Erken teşhis ve beraberinde acil medikal ve cerrahi tedavi ve yenidoğan bakım ünitelerinin gelişimi ile maternal ve neonatal mortalite ve morbidite azalacaktır. Multiparitenin ve gereksiz indüksiyonun azalması, gebenin antenatal takiplerinin daha fazla olması ve doğum için daha elverişli koşulların sağlanması rüptür insidansını azaltabilir.

Anahtar kelimeler: skarsız uterin rüptür, risk faktörleri, maternal mortality, perinatal mortality

ABSTRACT

Background : Uterine rupture during labor is a serious and uncommon obstetrical complication that can lead to severe prognosis for the mother and her child unless immediately diagnosed and treated. Uterine rupture may occur as a result of preexisting injury or anomaly, and it may be associated with trauma or it may complicate labor in a previously unscarred uterus. Most spontaneous uterine rupture occurs during labor in parturient with a scarred uterus, and they are much rarely seen on an unscarred uterus.

Case Presentation: We report the case of a uterine rupture on unscarred uterus in a 33 year old woman after a labor induced by intravenous oxytocine injection.

Conclusion: Despite being very rare, rupture incidence is possible on unscarred uterus. Early diagnosis of unscarred uterine rupture along with an immediate medical intervention and the development of neonatal care units will decrease the maternal and neonatal mortality and morbidity. The reduction of multiparity and unnecessary inductions, increased antenatal monitoring of pregnant women, and convenient conditions for delivery and labour can decrease the rate of rupture incidence.

Key words: Unscarred uterine rupture, risk factors, maternal mortality, perinatal mortality

GİRİŞ

Skarsız uterusun rüptürü çok nadirdir ve hem anne hem de bebek için potansiyel mortalite riski taşımaktadır. Skarsız uterusda rüptürün teşhisi daha zordur ve obstetrisyenlerin rüptür belirtileri ve bulguları açısından tedbirli olmaları gerekmektedir. Spontan uterin rüptür

vakalarının gözden kaçma ihtimali olduğundan maternal ve fetal mortalite ile sonuçlanma riski vardır. Tedavisi ise acil laparotomidir.

OLGU SUNUMU

33 yaşında, gravide 2, parite 1, 38. gebelik haftasındaki kadın, doğum ağrısı şikayeti ile gebe polikliniğe başvurdu.

Yapılan pelvik muayenede 3 cm servikal dilatasyon ve %60 efasman tespit edildi. Prenatal takiplerinde bir özellik bulunmazken; bir önceki gebeliği 9 yıl önce miadında komplike olmamış spontan vajinal doğumla sonlanmıştı ve hikayesinde daha önceden geçirilmiş abdominal ya da pelvik cerrahi öyküsü bulunmuyordu. Hastanın travay odasına alınmasının 6. saatinde uterin kontraksiyonların regüler olmaması ve kontraksiyonların şiddetinin yetersiz olması üzerine hastaya intravenöz infüzyon şeklinde oksitosin augmentasyonu başlandı. Yaklaşık 3 saat sonra, fetal baş seviyesi +1' de ve serviks tam dilate durumdayken persiste eden geç deselerasyonlar (fetal kalp tepe atımının <60/dk olduğu) izlenmesi ve vajinal kanamanın başlaması üzerine acil sezeryan kararı verildi. Operasyon esnasında uterusun alt uterin segment seviyesinde komplet rüptüre halde olduğu ve rüptüre segmentin sol yanda vajene doğru yaklaşık 5-6 cm kadar seyrettiği izlendi. Fetüs batin içerisindeydi ve 4070 gr 1-5 Apgar erkek fetüs doğurtuldu. Rüptüre segment primer olarak kapatıldı. Anne postoperatif 2 gün yoğun bakım ünitesinde kaldı ve hastaya taşikardi ve hipotansiyon semptomlarının eşlik ettiği hemoglobin düşüklüğü (Hgb: 7gr/dl) sebebiyle 3 Ü eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Postoperatif 5. günde hemodinamik stabilite sağlanması üzerine anne taburcu edilirken, bebek yoğun bakımda 3. günde kaybedildi.

SONUÇ

Uterin rüptür hızlı teşhis ve müdahale edilmediği takdirde anne ve bebek açısından ağır sonuçları olan nadir ve önemli bir komplikasyondur. Skarsız uterustaki rüptürlerde maternal ve fetal prognoz skarlı uterin rüptüre göre daha kötüdür (1,2). Rüptürler travmatik ve spontan olarak sınıflandırılabilir. Uterin rüptürün insidansı 0,05-0,07% iken, daha önceden sezeryan doğumu olanlarda daha fazla görülmektedir (1,3). Skarsız uterusta

spontan rüptür insidansı çok daha nadirdir. Spontan uterin rüptürün insidansı yaklaşık olarak 15000 de 1'dir (4). Uterin rüptürü belirlemede temel risk faktörü uterin skar olup olmadığıdır (5). Daha önce sezeryan skarı olanlarda spontan doğuma olan ilginin azalmasıyla skarsız uterusta rüptür tüm rüptür vakaları içinde daha fazla yer almaya başlamıştır (6).

Literatürden elde edilen bilgiye göre rüptür vakalarının çoğunda değişik risk faktörleri vardır ve birçok vakada da birden fazla risk faktörü bulunmaktadır. (7,8). Bu predispozan faktörler içerisinde, önceden geçirilmiş travmatize operasyonlar ya da kürtaj, perforasyon, miyomektomi, metroplasti, kornual rezeksiyon, yüksek parite, travma (motor kazaları, forseps rotasyonu, servikal laserasyonun uzaması), enstrumante düşük öyküsü, uterotonik ajanlarla travayın indüklenmesi, uterusun fazla gerilmesi (hidramnios, çoğul gebelik, makrozomi), doğum esnasında fazla fundal bası manevrası uygulanması, uterin anomaliler, plasenta perkreat ve koryokarsinoma bulunmaktadır (9,10,11,12,13).

Spontan rüptür yüksek pariteli kadınlarda daha fazla görülmektedir (11). Özellikle yüksek pariteli kadınlarda oksitosin uygulanması uterin rüptür ile ilişkili bulunmuştur (14,15). Tüm uterotonik ajanlar yüksek pariteli kadınlarda doğumu başlatmak ve ya hızlandırmak için verilirken çok dikkatli olunmalıdır. Doğum esnasında uterusu uygulanan fundal bası rüptürü kolaylaştıran bir faktördür. Bunun yanında, kronik kortikosteroid kullanımı kollajen sentezini bozarak myometriumu zayıflattığından uterin rüptürlere sebep olabilir (16).

Yukarıda sayılan tüm sebepler gösteriyor ki uterin rüptür ikinci tirmesterden sonra doğum esnasında ya da hemen öncesinde oluşur (17). Hiçbir predispozan faktör olmadan oluşan uterin rüptür aynı zamanda tedavisini, cerrahisini kolaylaştırır.

Çalışmalar skarsız uterusda rüptür gelişmesinde en sık sebep olarak geçirilmiş küretaj ve uterotonik ajanları öne sürmektedir. Bizim vakamızda, hasta kürtaj öyküsüne sahip değildi. Doğum esnasında fundal bası uygulanmıştı, ve uterin myometriumunu etkileyen herhangi bir ilaç kullanımı ya da kronik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Bu vakada, spontan uterin rüptür ile ilişkilendirilebilecek tek faktör oksitosin ile augmentasyondu.

Klasik olarak, fetal bradikardi ve kontraksiyonların kaybolması uterin rüptür için patognomonik sayılır. En sık bulgusu, değişken deselerasyonlardan geç deselerasyonlara, bradikardi ve hatta fetal ölümle sonuçlanabilen güven vermeyen kalp hızı paternidir (18). Genel senaryo, maternal taşikardi, vajinal kanamayı takip eden ani fetal distres ve anne tarafından tarif edilen karın ağrısıdır. Bazen fetal kısımları abdomen üzerinde fark edilebilir. Ayrıca, bizim vakamızda da vajinal kanama ve karın ağrısını izleyen fetal bradikardi farkedilmektedir.

Doğum esnasında alt uterin segmentin gerilmesi uterus duvarının kalınlığını azaltır. Bu yüzden de skarsız uterusda rüptür en sık olarak alt uterin segmentte olur (19). Bizce, skarsız uteruslarda rüptürün özellikle de servikal duvarlar tarafında olmasının sebebinin perforan damarların giriş yerinin zayıf

KAYNAKLAR

1. Grudut KS, Gouda HS, Armani SC, Patil RH(2011) Spontaneous rupture of unscarred gravid uterus. J Forensic Sci;56 Suppl 1:263-265
2. Van der Merwe JV, Ombelet WVAM (1987) Rupture of the uterus: a changing Picture. Arch Gynecol Obstet;240(3):159-171
3. Farmer, RKT, Potter D, Strong T, Medearis A (1991) Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol;165(4):996-1000
4. Miller DA, Paul RH (1996) Rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 174:345
5. Tunner MJ (2002) Uterine rupture. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol;16:69-79.
6. Porreo RP, Clark SL, Belfort MA, et al (2009) The changing specter of uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 200:269.e1
7. Sweeten KM, Graves WK (1995) Athanassiou Spontaneousrupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol;172:1851-1856.
8. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M (2004) Uterine rupture: Differences between a scarred and an unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol;191:425-429
9. Kieser KE, Baskett TF (2002) A 10-year population-based study of uterine rupture. Obstet Gynecol 100:749
10. Pelosi MA III, Pelosi MA (1997) Spontaneous uterine rupture at thirty-three weeks subsequent to previous superficial laparoscopic myomectomy. Am J Obstet Gynecol 177:1547
11. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH (1997) Intrapartum rupture of the unscarred uterus. Obstet Gynecol; 89:671-673.

olması olarak değerlendirilebilir. Bizim vakada uterin rüptür sol vajinal duvara doğru uzanan alt segmenttedir.

Fetal mortalite ister travmatik rüptür olsun ister spontan fetal mortalite oranı % 70'dir. Fetal durum plasental implantasyonun ne derede intakt kaldığıyla yakından ilgilidir. Rüptüre durumlarda fetüsün yaşam şansı acil müdahaleye bağlıdır. Rüptür sebepli anne ölümleri nadirdir (15).

Uterin rüptürün tedavisi histerektomi veya uterusun onarılmasıdır. Uterin rüptürde tedavi seçimi lezyonun yayılımına, kanamanın ağırlığına bağlıdır. Histerektomi en çok önerilen ideal tedavi olmasına rağmen uterin rüptürün tamiri de kullanılmaya başlanmıştır (20). Rüptür tamirinin ardından bir sonraki gebelikte rüptür insidansı % 4,3-9, ve elektif sezeryan rüptür insidansını azaltmak için önerilmektedir (21).

Sonuç olarak, çok nadir olmasına rağmen, skarsız uterusda rüptür mümkündür. Erken tanınması ve acil cerrahi ve medikal girişimler ile çocuk bakım ünitelerinin geliştirilmesi maternal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Multiparitenin ve gereksiz indüksiyonların azaltılması, gebenin daha fazla antenetal bakımı ve doğum için uygun şartların sağlanması rüptür insidansını azaltmaktadır.

12. Pan HS, Huang LW, Hwang JL, Lee CY, Tsai YL, Cheng WC (2002) Uterine rupture in an unscarred uterus after application of fundal pressure. A case report. *J Reprod Med Dec*;47(12):1044-1046
13. Sunner S, Jagminas L, Peipert JF, Linakis J (1996) Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: Case report and literature review of uterine rupture. *J Emerg Med*;14:181-185
14. Fuchs K, Peretz B-A, Marcovici R, et al (1985) The "grand multipara"—is it a problem? A review of 5785 cases. *Int J Gynaecol Obstet* 23:321
15. Rachagan SP, Raman S, Balasundram G, et al (1991) Rupture of the pregnant uterus—a 21-year review. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 31:37
16. Schrinsky DC, Benson RC (1978) Rupture of the pregnant uterus: A review. *Obstet Gynecol Surv*;33:217-232.
17. Wang YL, Su TH (2006) Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus: A twenty-year clinical analysis. *Gynecol Obstet Invest*;62:131-135
18. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) Guidelines for Perinatal Care, 6th ed.
19. Thakur A, Heer MS, Thakur V, Heer GK, Narone RK (2001) Subtotal hysterectomy for uterine rupture. *Int J Gynecol Obstet*;74:29-33
20. David AM, T Murphy Goodwin, Robert BG, Richard HP (1997) Intrapartum rupture of the unscarred uterus *Obstet Gynecol*;89:671-673
21. Ripley D(1999) Uterine emergencies. *Obstet Gynecol Clin.*;26(3):419-434