

NEDBESİZ UTERUS RÜPTÜRÜ: 8 OLGUNUN ANALİZİ

Mehmet GÜNEY, Baha Oral, Mesut ÖZSOY, Fuat DEMİR, Demir ÖZBAŞAR

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

ÖZET

Objektif: Sekiz nedbesiz uterus rüptürü olgusundaki risk faktörlerini incelemek ve maternal-neonatal sonuçları değerlendirmektir.

Planlama: 1985-2004 yılları arasında klinikte tanısı konulan 8 nedbesiz uterus rüptürü olgusu retrospektif çalışmaya alındı.

Ortam: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ve Isparta Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Hastalar: 63489 vaginal doğumdaki 8 nedbesiz uterus rüptürü olguları.

Değerlendirme Parametreleri: Etiyoloji, risk faktörleri, klinik bulgular ve fetal-maternal sonuçlar

Sonuç: 1985-2004 yılları arasında önceden sezaryen doğumu olmayan kadınlar arasında 8 nedbesiz uterus rüptürü saptandı.

Nedbesiz uterus rüptürü insidansı 7937 doğumda 1 idi. Ortalama yaş, gebelik haftası ve parite sırasıyla 31.4 yıl, 39.2 hafta ve 5.4 idi. İlişkili faktörler fundal basınç uygulaması (1 olgu), oksitosin kullanımı (3 olgu), prostaglandin kullanımı (1 olgu), makat prezantasyonu (2 olgu) ve vakum-forceps kullanımı (1 olgu) idi. Beş olgu (%62.5) 1985-1994 yılları arasında, 3 olgu (%37.5) 1995-2004 yılları arasında saptandı.

Yorum: Obstetrik uygulamada ve modern tıpta son zamanlarda ortaya çıkan gelişmeler nedbesiz uterus rüptürü insidansında azalmaya yol açmıştır.

Anahtar kelimeler: maternal morbidite, nedbesiz uterus, nedbeli uterus, risk faktörleri, perinatal mortalite, uterin rüptür

SUMMARY

Rupture of the unscarred uterus: a review of 8 cases

Objective: To examine risk factors and evaluate maternal and neonatal outcomes in eight cases of rupture of the unscarred uterus.

Design: In this retrospective study, 8 cases of unscarred uterine rupture diagnosed in our clinics between 1985 and 2004 were included.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Süleyman Demirel University and Isparta Women's and Children's Hospital

Patients: Eight cases of unscarred uterine rupture in 63489 vaginal delivery

Main outcome measures: Etiology, risk factors, clinical findings and fetal-maternal outcomes.

Results: From 1985 through 2004, we identified 8 uterine ruptures in women without previous cesarean deliveries. The incidence of rupture of an unscarred uterus was in 7937 deliveries. The mean age, the mean gestational age and the mean parity were 31.4 (year), 39.2 (week) and 5.4, respectively. Associated factors included application of fundal pressure (1 case), oxytocin use (3 cases), prostaglandin use (1 case), breech presentation (2 cases) and use of vacuum or forceps (1 case). Five (%62.5) cases were identified from 1985 through 1994 and 3 (%37.5) cases were identified from 1995 through 2004.

Conclusion: Recent advances in obstetric practice and modern medicine have resulted in a decrease in ruptures of the unscarred uterus.

Key words: maternal morbidity, perinatal mortality, risk factors, scarred uterus, uterine rupture, unscarred uterus,

GİRİŞ

Günümüzde modern tıbbın tüm imkanlarına rağmen uterus rüptürleri maternal, fetal mortalite ve morbiditenin en büyük nedenlerinden biridir. Uterus rüptürleri komplet ve inkomplet olmak üzere iki tiptir. Komplet uterus rüptürü uterin duvarın bütün katlarıyla yırtılmasıdır. Önceden operasyon geçirmemiş uteruslarda meydana gelen uterin rüptürler komplet rüptürlerdir. Komplet uterin rüptürler çoğu zaman acil müdahale gerektirmektedir. Tanı ve tedavide geç kalındığında aşırı kan kaybına bağlı anne ve bebek ölümlerine neden olabilmektedirler. Nedbesiz uterin rüptür prevalansı nedbeli uterin rüptürlere göre daha düşüktür. Uterin rüptür insidansı 585 doğumda 1 ila 6673 doğumda 1 olarak bildirilmektedir⁽¹⁾. Nedbesiz uterin rüptür 17000-20000 doğumda 1 görülmekte ve maternal ölümlerin %1.9'undan sorumlu tutulmaktadır^(2,3). Rüptür travmatik ve spontan olabilir. Maternal, fetal mortalite ve morbidite nedbesiz uterin rüptürlerinde diğer uterus rüptürlerine göre daha yüksektir^(4,5). Travmatik faktörler ise doğumun oksitosin ve prostaglandinler ile indüksiyonu, internal, eksternal podalik versiyon, doğumda vakum-forseps kullanımı, asiste makat doğumlar olarak sayılabilir^(6,7). Diğer risk faktörleri grandmultiparite, konjenital uterin anomaliler (unicornuate-bicornuate), plasenta anomalileri (acreatapercreata), baş pelvis uygunsuzluğu, fetal cerrahi, plasentanın elle alınması, omuz distosisi ve gebeliğin cerrahi vaginal yoldan sonlandırılmasıdır⁽⁸⁾. Çalışmamızda nedbesiz uterusda oluşmuş 8 spontan rüptür olgusunun etyolojileri potansiyel risk faktörleri, klinik bulguları ve sonuçları değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

1985-2004 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Isparta Doğum ve Çocuk Hastanesi'ndeki komplet nedbesiz uterin rüptürlü 8 olgu bulundu. Uterus rüptürü önceden operasyon geçirmeyen, yırtılmanın bütün uterin duvar kalınlığını içerdiği, operatif girişim gerektiren akut maternal kanamalı hastaları kapsadı. Ayrıntılı bilgiler hastahane kayıtlarından ve hasta dosyalarından elde edildi. İki vakada tam ayrıntılı bilgilere ulaşılamadı.

BULGULAR

1985-2004 yılları arasında önceden sezaryen ve uterin nedbesi olmayan 63489 doğum olgusu incelendi. Bu süre içinde rüptür insidansı 7937 doğumda 1 olarak bulundu. Tablo I'de olguların obstetrik, sosyodemografik ve klinik takip özellikleri görülmektedir. Ortalama maternal yaş 31.4 yıl⁽²⁶⁻⁴²⁾, parite 5.4⁽¹⁻⁹⁾, grandmultipar olgusu 2 olup primigravid olgu yoktu. Gestasyonel yaş ortalaması 39.2 hafta⁽³⁷⁻⁴²⁾, doğum ağırlığı ortalaması 3450 gr (2500-4600 gr) idi. Önceki abortus sayısı 3⁽¹⁻⁵⁾, kız bebek sayısı 3, erkek bebek sayısı 5, oligohidramnioslu olgu sayısı 1, polihidramnioslu olgu 1, diabet ve hipertansiyonlu olgu sayısı 1 idi. Abdominal travma (fundal basınca bağlı) 1 olguda, oksitosin ile doğum indüksiyonu 3 olguda, prostaglandin ile indüksiyon 1 olguda, makat prezantasyonu 2 olguda, vakum ve forseps uygulanması 1 olguda, anormal NST bulguları 3 olguda, mekonyum görülmesi 3 olguda mevcuttu.

Tablo I: Olguların obstetrik, demografik ve klinik özellikleri

Maternal yaş (yıl)	31.4(26-42)
Gestasyonel yaş (hafta)	39.2(37-42)
Parite	5.4(1-9)
Doğum ağırlığı (gram)	3450 (2500-4600)
Cinsiyet	
Kız	3 (%37.5)
Erkek	5 (%62.5)
Önceki Abortus	3(1-5)
Oligohidramniyos	1(%12.5)
Polihidramniyos	1 (%12.5)
Diyabet+HT	1 (%12.5)
Grandmultipar (>5)	2 (%25)
Doğum indüksiyonu	
Oksitosin	3 (%37.5)
Misoprostol	1 (%12.5)
Makat prezantasyonu	1 (%12.5)
Vakum ekstraksiyon	1 (%12.5)
Anormal NST	3 (%37.5)
Mekonyumlu amnion sıvısı	3 (%37.5)
Perinatal mortalite	5 (%62.5)
Peripartum histerektomi	4 (%50)
Kan tranfüzyonu	8 (%100)
Fetal makrozomi	2 (%25)
Hastahane yatış süresi (gün)	7
Post-op. febril morbidite	3 (%37.5)
1985-1994 yılları arası olgu	5 (%62.5)
1995-2004 yılları arası olgu	3 (%37.5)
Rüptür lokalizasyonu	
(Alt uterin segment)	5 (%62.5)
(Corpus-retroperiton-vagen)	3 (%37.5)

3 rüptür olgusu evde doğum denenmesi üzerine dışarıda oluşmuştu ve kliniğimize sevkle gelmişti. 5 olgu klinikte takip sırasında görüldü. Fetal prezantasyon anomalisi 2 olguda izlendi. Uterin anomali ve önceden invaziv mol öyküsü olan olgu yoktu. 3 vakada NST’de fetal kalp atım bozuklukları özellikle de geç deselerasyonlar izlendi. Geri kalan 5 olguda NST yapılamadı. Klinikte uterin rüptür 4 olguda travayın aktif fazında, 1 olguda doğumun ikinci döneminde oluştu. Bütün olgulara kan transfüzyonu yapıldı. 4 olguya 3’er ünite kan transfüzyonu uygulandı. Primer rüptür tamiri 4 olguya, peripartum subtotal histerektomi 4 olguda uygulandı. Postoperatif febril morbidite 3 olguda izlendi. Hastanede yatış süresi ise ortalama 7 gün idi (4-11gün). 1985-1994 ilk on yıllık dönemde 5 (%62.5) olgu, 1995-2004 yıllarını kapsayan son on yıllık dönemde ise 3 (%37.5) olgu saptandı. Rüptür lokalizasyonu alt uterin segmentde 5 olguda, korpus-retroperitoneal-vagen lokalizasyonunda 3 olguda izlendi. Uterin kontrak-siyonların ortadan kalkmasının görüldüğü 3 olgu, eksternal vaginal hemorajili 1 olgu vardı.

TARTIŞMA

Nedbesiz uterin rüptürler yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle ciddi obstetrik komplikasyonlardan biridir. Sık görülen predispozan faktörler; grandmultiparite, uzamış ve ihmal edilmiş doğum sonucu obstetrik travma, fetal makrosomi, malpresantasyon, internal versiyon, elle servikal dilatasyon, doğumda vakum-forseps kullanılmasıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre uterin rüptür etyolojileri farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde görülen nedbesiz uterin rüptür obstetrik müdahaleler sonucu olan travmatik rüptürdür. Gelişmiş ülkelerde ise sezaryen sonrası vaginal doğum denen vakalarda görülen uterin nedbe rüptürleri daha sıktır. Literatürde önceden sezaryen geçirenlerde rüptür riski %0.18-%1.5, geçirmeyenlerde %0.02 bildirilmiştir⁽⁹⁾. Bizim olgularımızda görülme sıklığı 7937 doğumda 1 idi (%0.012). Bu oran literatürde yer alan bazı çalışmalara göre daha yüksek⁽¹⁰⁾, bazılarına göre de daha düşüktü⁽¹⁾. İlk on yılla karşılaştırıldığında,

ülkemizde obstetrik bakım, antenatal takip ve hastanede yapılan doğumların artması sonucunda son on yılda görülen nedbesiz uterin rüptür olgularımızın oranı azalmıştır (%62.5’e karşılık %37.5).

Uterin rüptür olan olguların çoğunda birden fazla risk faktörü söz konusudur⁽¹¹⁾. PgE2 ve misoprostolün intravaginal, intraservikal uygulanımı sonucu rüptürler bildirilmiştir^(12,13). Bir olgumuz 50 mikrogram intravaginal tek doz Misoprostol uygulanmasından 6 saat sonra rüptür oldu. Prostaglandinler ya da misoprostol gibi uterotonik ajanlar oksitosin indüksiyonu ile birlikte özellikle multipar hastalarda çok dikkatli kullanılmalıdır. 3 rüptür olgumuza doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanmıştı. Maynon ve ark. PgE2 uygulaması sonrasında 9 uterin rüptür olgusu bildirmişlerdir⁽¹⁴⁾. Gebe uterusu travayda fundal basınç uygulanması, makat prezantasyonda aşırı ekstraksiyon yapılması, vakumlu ve forsepsli doğumlar uterus rüptürünü kolaylaştıran faktörlerdir⁽¹⁵⁾. Serimizde vakum ekstraksiyona bağlı 1 olguda, makat doğumda aşırı ekstraksiyona bağlı 1 olguda, fundal abdominal basınç uygulanmasına bağlı 1 olguda uterus rüptürü görüldü. Uterus duvarında kollajen sentezini bozarak myometriu-mun zayıflamasına neden olabilecek kronik kortikos-teroid kullanımı uterus rüptürlerine neden olabilme-ktedir⁽¹⁶⁾. Olgularımız arasında myometriumu etkileyen kronik hastalık ya da ilaç kullanımı yoktu.

Alt uterin segment kaslarının travayda uzaması ve genişlemesi uterin duvar kalınlığını azaltır. Bu yüzden nedbesiz uterin rüptür daha çok uterusun alt segmentinde görülür⁽¹⁷⁾. Serimizde 5 olguda rüptür alt uterin segmentde görüldü. Ayrıca nedbesiz uterin rüptürde komşu organ yaralanmaları da daha sık olmaktadır. Olgularımızda uterus rüptürü komşu organ yaralanmalarına neden olmamıştı.

Uterin rüptür vakalarının cerrahi tedavisi, histerektomi ya da rüptürün primer onarılmasıdır. Sheldon ve ark, Pedowitz ve ark uterin rüptür vakalarının %58- 87’sine histerektomi uygulamışlar ve seçilecek prosedürün histerektomi olduğunu bildirmişlerdir^(18,19).

Günümüzde uterin rüptürün primer onarımı daha yaygın kullanılmaktadır⁽¹⁰⁾. Çalışmamızda olguların %50’sinde histerektomi, %50’sinde uterus rüptür primer tamiri yapılmıştır. Rüptür onarımı sonrası

tekrarlayan gebelikte rüptür olma olasılığı %4.3-%9 'dur⁽²⁰⁾. Bu yüzden önceden primer rüptür onarımı yapılan olgularda takip eden gebelikte rüptür olasılığını azaltmak için travay başlamadan önce elektif sezaryen yapılması önerilmektedir⁽²¹⁾. Serimizde rüptür sonrası gebelik görülmemiştir. Tanı ve tedavideki gelişmeler maternal ve neonatal mortalite oranlarını sıfıra yaklaştırmıştır⁽²²⁾. 3 olgumuzun rüptür olduktan sonra hastaneye gelmesi acil cerrahi müdahalede gecikmelere neden olmuştur. Olgularımızda maternal ölüm görülmez iken neonatal mortalite oranımız %62.5 idi.

External monitorizasyon yapılabilen 3 olgunun hepsinde fetal kalp atım bozukluklarına geç deselerasyonlara rastlandı. Diğer 5 olguya ise fetal monitorizasyon yapılamadı. Lewing ve ark 99 uterin scar rüptürlü serilerinde %92 oranında ağır deselerasyonlara rastladıklarını bildirmişlerdir⁽²³⁾. Beckley ve ark intrauterin basınç monitorizasyonunun rüptür öncesi erken tanıda güvenli olmadığını açıklamışlardır⁽²⁴⁾. Klinik görünüm çok farklı ve değişken olmasına rağmen uterin kontraksiyonların ortadan kalkması, scar ağrısı, external ve internal hemoraji en sık bulgu ve semptomlardır. Çalışmamızda sadece 1 olguda external hemoraji görüldü.

Sonuç olarak nedbesiz uterin rüptürlerde acil tanı, hızlı cerrahi müdahale ve neonatal bakım ünitelerinin gelişmesi maternal, neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

KAYNAKLAR

- Spaulding LB & Gallup DG. Current concepts of management of rupture of the gravid uterus. *Obstetrics and Gynecology* 1979;54:437-441.
- Miller DA, Paul RH. Rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:345.
- Gardeil F, Daly S, Turner MJ. Uterine rupture in pregnancy reviewed. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;56:107-110.
- Lao TT, Leung BFH. Rupture of the gravid uterus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;25:175-180.
- Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980;56:549-554.
- Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997;89:671-673.
- Chen LH, Tan KH, Yeo GS. A ten-year review of uterine rupture in modern obstetric practice. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24:830-835.
- Norman JE. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:332-333.
- Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: Differences between a scarred and an unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:425-429.
- David AM, T Murphy Goodwin, Robert BG, Richard HP. Intrapartum rupture of the unscarred uterus *Obstet Gynecol* 1997;89:671-673.
- Sweeten KM, Graves WK, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1851-1856.
- Azem F, Jaffa A, Lessing JB, Peyser MR. Uterine rupture with the use of a low-dose vaginal PGE2 tablet. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:316-317.
- Akhan SE, Iyibozkurt AC, Turfanda A. Unscarred uterine rupture after induction of labor with misoprostol: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001;28(2):118-120.
- Maymon R, Haimovich L, Shulman A, Pomeranz M, Holtzinger M, and Bahary C. Third trimester uterine rupture after prostaglandin E2 use for labour induction. *Journal of Reproductive Medicine* 1992;37:449-452.
- Pan HS, Huang LW, Hwang JL, Lee CY, Tsai YL, Cheng WC. Uterine rupture in an unscarred uterus after application of fundal pressure. A case report. *J Reprod Med* 2002 Dec;47(12):1044-1046.
- Schrinsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1978;33:217-232.
- Thakur A, Heer MS, Thakur V, Heer GK, Narone JN, Narone RK. Subtotal hysterectomy for uterine rupture. *Int J Gynecol Obstet* 2001;74:29-33.
- Sheldon CP. A record of 26 cases of rupture of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1936;31:455-466.
- Pedowitz P, Perell A. Rupture of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1958;76:161-171.
- Sheth SS. Results of treatment of rupture of the uterus by suturing. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1968;75:55-58.
- Aguero O, Kizer S. Obstetric prognosis of the repair of uterine rupture. *Surg Gynecol Obstet* 1968;127:528-530.
- George AM, Alison C, Emmanuelle P, David MS, Sarah R, Erika S, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: Is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1223-1229.
- Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: Maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:945-950.

24. Beckley S, Gee H, Ratnam SS. Scar rupture in labour after previous lower uterine segment caesarean section. The role of uterine activity monitoring. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:265-269.