

Nedbesiz uterus rüptürü: Bölgesel insidans, nedenler ve tedavi

Mehmet Sıddık Evsen¹, M. Erdal Sak², Yaşar Bozkurt³, Murat Kapan⁴, Çetin Bakır⁵

^{1,5}Diyarbakır Doğumevi Hastanesi, ²Ergani Devlet Hastanesi Kadın-Doğum Kliniği,

³Özel Güneymoğlu Tıp Merkezi Üroloji Kliniği, ⁴Diyarbakır Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Nedbesiz uterus rüptürüne kadınların yüksek sayılarda doğum yaptığı bölgelerde daha sık rastlanılmaktadır. Bu çalışmada Diyarbakır doğumevinde 3 yıl içinde saptanan nedbesiz uterus rüptürleri incelendi. Bu süre içinde gerçekleşen 55013 doğumdan 26'sında (%0.047) nedbesiz uterus rüptürü saptandı. Böylece insidansın 2119 doğumda 1 olduğu görüldü. Hastaların %95.6'sında (25 hasta) rüptür uterusun alt yan servikal duvarında idi. Rüptür nedenleri sıklık sırasına göre; 14 (%53.8) hastada baş-pelvis uygunsuzluğu, 7 hastada (%26.9) kontrolsüz indüksiyon uygulanması, 5 hastada (%19.2) malprezentasyon idi. Tedavi olarak bu hastalardan 18'ine (%69.2) total veya subtotal histerektomi, 8'ine (%30.8) uterus onarımı, 7'sine (%26.9) tek taraflı salpingooferektomi ve 5'ine (%19.2) bilateral hipogastrik arter ligasyonu uygulandı. Bir hasta dışında maternal mortalite gelişmedi ancak 13'ünde (%50.0) perinatal fetal mortalite gelişti. Hastalarımızda yüksek oranda histerektomi yapılmış olması maternal ileri yaş ve hastaların çocuk sayılarını tamamlamış olmaları nedenleriyle gerçekleşti. Yeterli antenatal bakım, acil ve uygun cerrahi tedavi ile nedbesiz uterus rüptürü sonucu gelişebilecek maternal ve fetal mortalite azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: nedbesiz uterus rüptürü, maternal mortalite, perinatal mortalite, sıklık

Uterine rupture: Regional incidence, causes and treatment

SUMMARY

Unscarred uterine rupture is most commonly seen in women having very high parity. In present study, unscarred uterine ruptures in Diyarbakır Maternity Hospital, throughout the last 3 years, were reviewed. In that time period, 26 (0.047%) unscarred uterine rupture were detected among a total of 55013 deliveries. Rupture was occurred at lower side wall of uterus in 25 (95.6%) patients. Causes of uterine rupture were cephalopelvic disproportion (53.8%), excessive use of uterotonics (26.9%) and malpresentation (19.2%). Treatment modalities were total/subtotal hysterectomy in 18 (69.2%) patients, uterine repair in 8 (30.8%), unilateral salpingooferectomy in 7 (26.9%) and hypogastric artery ligation in 5 (19.2%) of patients. Maternal mortality occurred in one patient however perinatal fetal mortality was 13 (50.0%). High hysterectomy ratios of our patients resulted from older age and high parity.

In conclusion, maternal and fetal mortality can be decreased in unscarred uterine ruptures, by regular antenatal follow-up and appropriate emergent treatment.

Key words: Unscarred uterine rupture, maternal mortality, perinatal mortality, incidence

Yazışma Adresi: Uz. Dr. Mehmet Sıddık EVSEN, Diyarbakır Doğumevi Hastanesi- DİYARBAKIR.

Tel: +90- 505- 357 4363 E-posta: mevs26@yahoo.com

Geliş Tarihi : 27.10.2008

Yayına Kabul Tarihi : 07.11.2008

GİRİŞ

Geçirilmiş uterin cerrahiye bağlı olmayan (nedbesiz) gebe uterusun rüptürü çok nadirdir ve beklenmeyen bir durum olduğu için gebelikte hayatı tehdit eden en ciddi komplikasyonlardan biri olmaya devam etmektedir^{1,2}. Uterus rüptürü, maternal ve fetal mortalite ve morbiditeye neden olan obstetrik acillerdendir³. Uterus rüptürü predispozan faktörlerine göre sınıflandırıldığında, bunlar; önceki nedbenin rüptürü (miyomektomi, sezaryen vb.), nedbesiz uterusun travmatik rüptürü (künt travma sonucu), altta yatan patolojiler sonucu nedbesiz uterusun spontan rüptürü (anomaliler, multiparite) ve görünüşte normal olan primigravida hastanın nedbesiz spontan uterus rüptürü olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak literatürde bildirilen vakaların büyük çoğunluğu ilk kategorideki skarlı uterus rüptürü ile ilgilidir⁴⁻⁶. Nedbesiz uterus rüptürüne gelişmiş ülkelerde nadiren rastlanırken, gelişmekte olan ülkelerde daha sık rastlanılmaktadır⁷⁻⁹.

Nedbesiz uterus rüptürü, travmatik (abdominal travma, doğum indüksiyonu) veya spontan (Grand multiparite, malpresentasyon, uzamış doğum eylemi) olabilir. Bu retrospektif çalışma, normal doğum esnasında gelişen nedbesiz uterin rüptürün bölgemizdeki sıklığı, nedenleri, jinekolojik ve obstetrik özellikleri ve fetal-maternal sonuçlarını incelemek amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Diyarbakır doğumunda, Eylül 2005 ile Ağustos 2008 tarihleri arasında normal doğum yapmış olan gebelerin hastane kayıtları incelendi. Belirtilen süre içinde 55013 normal doğum ve 8450 sezeryan (C/S) operasyonu (C/S oranı: %15.4) gerçekleştirilmişti. Daha önceden sezeryan operasyonu geçirmiş 9 hastadaki uterin rüptürler çalışmaya dahil edilmedi. Nedbesiz uterus rüptürü 26 doğumda saptandı. Bilgiler hastane arşivindeki dosyalardan elde edildi. Gebelerin yaşı, parite sayısı, rüptür nedeni, perinatal mortalite, maternal mortalite ve tedavi şekilleri kaydedilerek değerlendirildi. Uterus rüptürü tanısı alan hastalara kan transfüzyonu yapıldı,

kan basıncını normale getirmek için ilave sıvılar ve destekleyici tedavi uygulandı. Hastalara enfeksiyon bulgusu olmasa bile geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik başlandı. Rüptürün genişliği, adnekslere uzanımı, daha sonra çocuk sahibi olma istekleri ve hemorajinin kontrol altına alınması gibi faktörler dikkate alınarak göre, cerrahi tedavi modaliteleri uygulandı.

İstatistiksel analiz

Veriler ortalama±standart sapma (minimum-maksimum) değerleriyle sunuldu. Subgruplar arasındaki farklılıklar değerlendirilirken sayımla elde edilen veriler için χ^2 - testi, ölçümle elde edilen veriler için Mann-Whitney U testi uygulandı. İstatistiksel analiz için SPSS 12.0 bilgisayar programı kullanıldı. P değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Geçirilmiş uterin cerrahiye bağlı olmayan uterus rüptürü 55103 doğumdan 26'sında (% 0.047) saptandı. Primipar hiçbir doğumda uterin rüptür saptamadık

Tablo 1. Nedbesiz uterus rüptürü gelişen gebe kadınların demografik ve obstetrik özellikleri (Ortalama±Standart sapma)

Yaş, yıl	35.8±6.6 (22-47)
Parite	2-4 5 (%19.2)
	≥5 21 (%80.8)
Gestasyon yaşı, hafta	38.4±2.5 (30-42)
Doğum ağırlığı, gram	3460±870
Kan kaybı, ml	<1500 8 (%30.8)
	1500-2500 11 (%42.3)
	>2500 7 (%26.9)
Yatış süresi, gün	5.2±2.4 (1-11)

Hastalarımızın yaş ortalaması 35.8±6.6 yıl (22-47 arası) ve parite ortalaması 6.3±2.5 (2-13 arası) idi. Ortalama gestasyon yaşı 38.4±2.5 hafta ve hastanede yatış süreleri 5.2±2.4 gün olarak bulundu (Tablo 1). Hastaların 6'sında (%23.1) gestasyon yaşı 37 hafta veya altında

bulunurken, 20'sinde (%76.9) gestasyon yaşı 37 haftanın üzerinde idi. Uterus rüptürü gelişen hastaların 11'i (%42.3) 35 yaş ve altında, 15'i (%57.7) 35 yaşın üstünde idi. Parite sayısı, 4 veya altında olan 5 hasta (%19.2), 5 ve üzerinde olan 21 hasta (%80.8) mevcuttu.

Nedbesiz uterus rüptürü saptanan 15 (%57.7) gebe bize tam servikal açıklık ile başvurdu ve acilen sezeryana alındılar. Bu hastaların anamnezlerinden, antenatal takiplerinin yetersiz olduğu ve hastaneye başvurmadan önce dışarıda doğum eylemi başlamış olup, ev ebeleri yardımıyla normal yolla doğumun gerçekleştirilememiş olduğu öğrenildi. Bu gebelerin 13'ünde fetal kalp atımı saptanmadı (ölü fetus). Bu 13 fetustan, üçünde ileri derecede hidrosefali, ikisinde ise transvers geliş ve kol sarkması saptandı.

Doğum eylemi başlamadan veya başladıktan hemen sonra başvuran 11 hastadan 7'sinde grand multipar oldukları halde indüksiyon verilmesinin uterus rüptürüne neden olduğu, 4'ünde (%15.4) ise baş pelvis uygunsuzluğu ve uzamış doğum eyleminin uterus rüptürüne neden olduğu saptandı.

İntraoperatif komplikasyon olarak bir gebemizde mesane yaralanması gerçekleşti.

Tablo 2. Uterus rüptürü sonucu fetal eksitus gelişen ve gelişmeyen olgularda bazı parametrelerin dağılımı

		Fetal eksitus, [¶] P	
		Sayı (%)*	
İndüksiyon	Var	7/12 (54.5)	AD
	Yok	6/14 (46.7)	
Anne yaşı, yıl	>35	8/15 (53.3)	AD
	≤35	5/11 (45.5)	
Parite	≤5	9/14 (64.3)	AD
	>5	4/12 (33.3)	
Gestasyon, hft	>37	10/20 (50.0)	AD
	37	3/6 (50.0)	

*Satır yüzdeleri, [¶]χ² testi ile, AD: anlamlı değil

Perinatal mortalite 13 (%50.0) fetüste izlendi. Fetal mortalite gerçekleşen ve gerçekleşmeyen olgular arasında anne yaşı (35.5±7.1 ve 36.2±6.4 yıl, P>0.05), parite (5.8±2.2 ve 6.8±2.7, P>0.05) ve gestasyon yaşı (38.5±2.2 ve 38.3±2.8 hafta, P>0.05)

bakımlarından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çeşitli parametrelerin fetal mortalite gerçekleşen ve gerçekleşmeyen hastalara göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastalarımıza intraoperatif ve postoperatif olmak üzere ortalama 4.6±3.2 unite kan tranfüzyonu yapıldı.

Tablo 3. Uterus rüptürü gelişen hastalara uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri

Cerrahi tedavi şekli	Sayı (%)*
Histerektomi	18 (69.2)
Uterin onarım	8 (30.8)
Salpingooforektomi	7 (26.9)
Hipogastrik arter ligasyonu	5 (19.2)

*Bazı hastalara birden fazla yöntem uygulandı

Uterin rüptür lokalizasyonu 25 (%96.2) hastada alt yan servikal duvarda saptanırken, 1 hastada (%3.8) üst uterin bölgede izlendi. Yalnızca bir hastamız eksitus oldu.

Tedavi olarak, nedbesiz uterin rüptürü saptanan 18 (%69.2) hastamızda total veya subtotal histerektomi uygulandı. Yedi hastaya rüptürün adnekslere ulaşması nedeniyle salpingooforektomi, 5'ine ise hipogastrik arter ligasyonu uygulandı. Hastalara uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri Tablo 3'de gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Uterus rüptürü yüksek anne ve bebek mortalitesinin birlikte bulunduğu acil bir obstetrik durumdur ve tedavi gecikmesi sonucu kötüleştirilmektedir. Nijerya'da yapılan bir çalışmada; spontan, skarlı ve travmatik uterus rüptürü saptanan 131 hastada anne ve bebek mortalitesi sırasıyla, %25.2 ve %88.6 olarak rapor edilmişti¹⁰. Özellikle sepsis ve anemi ile gelen ve antenatal düzenli takipleri yapılmayan hastalarda subtotal histerektominin daha uygun bir cerrahi yaklaşım olabileceği ileri sürülmüştür¹⁰.

Tıbbi literatürde bildirilen uterus rüptürlerinin büyük çoğunluğu doğum sırasında veya geç gebelik döneminde gerçekleşmiştir¹. Bizim hastalarımızda

ortalama gestasyon yaşı 38.4 hafta idi, hastalarımızın tamamı doğum sırasında veya geç gebelik döneminde başvurmuştu.

Nedbesiz uterus rüptürü risk faktörlerini belirlemek için bir çok çalışma yapılmıştır^{11,12}. Bu faktörlerin başında yüksek parite, uterotonik ilaç kullanımı, önceden yapılan intrauterin manuplasyon (küretaj, elle plasenta çıkarılması), fetal anomaliler, uterus anomalileri ve plasentanın anormal yerleşimidir. Taiwan'daki çalışmada nedbesiz uterus rüptürü gelişmesinde etkili olduğu öne sürülen en sık faktörler; önceden küretaj uygulanması ve uterotonik ilaç uygulanması idi¹. Biz çalışmamızda, birçok hastamızda uterus rüptürüne neden olabilecek birden fazla risk faktörü saptadık, nedbesiz uterin rüptürlü hastalarda birden fazla risk faktörü olabileceği daha önceki çalışmalarda da rapor edilmişti¹³.

Nedbesiz gebe uterusun spontan rüptür insidansı 8000 doğumda 1 ile 15.000 doğumda 1 arasında değişmektedir⁵. Taiwan'da 20 yıllık sürede doğum yapan 121.653 gebeden 11'inde nedbesiz uterus rüptürü saptanarak sıklığı %0.009 olarak rapor edilmişti¹. Ülkemizde ise Isparta'da yapılan ve bir Doğum Hastanesinde 19 yıllık sürede gerçekleşen 63489 doğumu içeren bir çalışmada 8 adet nedbesiz uterus rüptürü saptanmıştı¹⁴. Total olarak 19 yıllık süredeki 7937 doğumda 1 nedbesiz uterus rüptürü oranı ile Isparta'daki veriler bizim sonuçlarımızdan çok düşüktür¹⁴. Bizim çalışmamızda ise insidans 2119 doğumda 1 ile literatürde bildirilen oranların çok üstünde gözükmektedir. Nedbesiz uterus rüptürü sıklığının bizim çalışmamızda, önceki raporlara nazaran yüksek çıkması; ikinci basamak referans hastanesi olmamız dolayısıyla sorunlu olabilecek doğumların selektif olarak bize refere edilmesi ve bölgemizde grandmultiparitenin yüksek oranda olması nedeniyle olabilir.

Multipar hastalarda doğum eylemi ilerlemiyorsa oksitosin kullanılması uterin rüptüre neden olmaktadır^{9,11}. Uterusun alt segmenti en sık rüptür olan kısım olarak rapor edilmiştir¹⁵. Bizim serimizde de 26 hastadan 25'inde rüptür alt segmentte gerçekleşmişti. Uterin rüptürlerin servikal kısımda sık olması, serviksiz doğum esnasında incelenmesi ve üst uterin bölgeye nazaran daha az kontraktıl

hücreye sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir¹⁶. Nedbesiz uterus rüptürünün özellikle yan servikal duvarda sık olmasının, uterin damarların bu kısımdan uterusu girmesi ve relatif olarak zayıflığa neden olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Uterus rüptüründen şüphelenildiğinde erken müdahale edilmeli veya uygun müdahale imkanı bulunan merkeze hemodinamisinin sağlanıp acilen transportunun sağlanması anne ve fetus hayatı için son derece önemlidir. Mortalite gelişen tek hastamız, 37 yaşında olan ve 13.doğumu esnasında, tam servikal açıklık ile gelip acil sezeryane alınan hastamızdı. Sezaryenle 5000 gr ağırlığında bir fetus doğurtuldu ve intraabdominal hemoraji kontrol altına alınmadan maternal mortalite gerçekleşti.

Uterus rüptüründe cerrahi tedavi seçimi, lezyonun genişliği, kanamanın şiddeti ve mevcut olanaklara göre yapılır. Hiç yaşayan çocuğu bulunmayan kadınlarda fertilitenin devamı için rüptür tabaka tabaka tamir edilmeli ve sonraki gebeliklerde yakından takip edilmelidir¹. Eğer başka çocuk istenmiyorsa veya sonraki dönemde kontrasepsiyon tehlikeli olacaksa ya tubal ligasyonla birlikte rüptür tamir edilir veya histerektomi yapılır¹. Hipogastrik arter ligasyonu yeterli hemostazı sağlamada yardımcı olabilir¹⁷. Hastalarımızda yüksek oranda histerektomi yapılması; ileri maternal yaş, grandmultiparite nedeniyle birçok hastamızın çocuk sayısını tamamlamış olması ve lezyonun genişliği nedeniyle.

Sonuç olarak, çok nadir olmakla birlikte nedbesiz uterusu da rüptür gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Multiparitenin azaltılması, gebelerin antenatal takiplerinin artırılması, doğum ve travayın uygun merkezlerde yapılmasıyla uterin rüptür oranı azaltılabilir. Uterus rüptürü düşünülen hastalarda acil sezeryan anne ve fetus hayatı için son derece önemlidir. Uygun cerrahi yapılamayacak bölgelerdeki hastalar acilen gerekli cerrahi tedavinin yapılabileceği en yakın merkezlere gönderilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wang YL, Su TH. Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus: A twenty-year clinical

- analysis. *Gynecol Obstet Invest* 2006;62:131-135
2. Kafkas S, Taner CE. Ruptured uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;34:41-44.
 3. 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.
 4. Sweeten KM, Graves WK, Athanassion A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1851-1856.
 5. Langton J, Fishwick K, Nwosu EC. Spontaneous rupture of an unscarred gravid uterus at 32 weeks gestation. *Hum Reprod* 1997;12:2066-2067.
 6. Hockstein S. Spontaneous uterine rupture in early third trimester after laparoscopically assisted myomectomy: a case report. *J Reprod Med* 2000;45:139-141.
 7. Kwee A, Bots ML, Visser GHA, Bruinse HW. Uterine rupture and its complications in the Netherlands: A prospective study. *Euro J Obst Repr Biol* 2006;128:257-261.
 8. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997;89:671-673.
 9. Ekele BA, Audu LR, Muyibi S. Uterine rupture in Sokoto, Northern Nigeria-are we winning? *Afr J Med Sci* 2000;29:191-193.
 10. Adesiyun AG, Zayyan MS, Ameh CA. Ruptured uterus in a tropical teaching hospital: Choice of surgical treatment versus maternal outcome. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2008;9: Online publication
 11. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997;89:671-673.
 12. Rachagan SP, Raman S, Balasundram G, Balakrishnan S. Rupture of the pregnant uterus: A 21-year review. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1991;31:37-40.
 13. 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
 14. Güney M, Oral B, Özsoy M, Demir F, Özbaşar D. Nedbesiz uterus rupture: 8 olgunun analizi. *Türk Jinekoloj Obstet Der Derg* 2005; 2: 342-346.
 15. Konje JC, Odukoya OA, Ladipo OA. Ruptured uterus in Ibadan: a twelve-year review. *Int J Gynecol Obstet* 1990;32:207-213.
 16. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, 3d, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 21st ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2001. p. 646-652.
 17. Clark SL, Phelan JP, Yeh SY. Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1985;66:353-356.