

BARSAK EVİSSERASYONU İLE SEYREDEN POSTKOİTAL VAJİNAL RÜPTÜR

Postcoital Vaginal Rupture Complicated with Bowel Evisceration

Cevat Rifat CÜNDÜBEY¹, Mehmet DOLANBAY²

ÖZET

Cinsel ilişki sonrası barsak evisserasyonu ile seyreden vajinal rüptür nadir rastlanan bir klinik durumdur. Postmenopozal kadınlarda vajinal rüptür daha çok intraabdominal basınç artışı yapan durumlar, pelvik cerrahi öyküsü ve vajinal atrofi ile ilişkili iken menopoz öncesi rüptürlerde geçirilmiş pelvik cerrahi en önemli risk faktörüdür. Cinsel ilişki sonrası karın ağrısı ve kanama ile gelen olgularda vajinal rüptür akılda bulundurularak vajinal eksplorasyon tüm forniksleri görece şekilde yapılmalı ve görüntüleme yöntemleri ile intraabdominal kanamaların olabileceği düşünülerek muayene desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: *Postkoital yaralanma; Künt travma; Vajinal rüptür; Vajinal evisserasyon*

ABSTRACT

Postcoital vaginal rupture complicated with bowel evisceration is a rare complication. Despite an increased risk of vaginal rupture is associated with high intra-abdominal pressure, previous pelvic surgery and atrophy of vagina in postmenopausal women previous pelvic surgery is the most common cause of vaginal rupture in reproductive age. In case of abdominal pain and hemorrhage after coitus vaginal rupture must keep in mind and a large exploration including vaginal fornix and good scanning for excluding intra-abdominal bleeding.

Keywords: *Postcoital Injury; Blunt trauma; Vaginal rupture; Vaginal evisceratio*

¹Taşköprü Devlet Hastanesi, Kastamonu

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri

Cevat Rifat CÜNDÜBEY, Uzm. Dr.
Mehmet DOLANBAY, Doç. Dr.

İletişim:

Uzm.Dr. Cevat Rifat Cündübey
Taşköprü Devlet Hastanesi, Kastamonu
Tel: 05352215555
e-mail:
drcundubey@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 20.04.2019
Kabul tarihi/Accepted: 09.12.2019
DOI: 10.16919/bozoktip.556466

Bozok Tıp Derg 2020;10(1):272-5
Bozok Med J 2020;10(1):272-5

Giriş

Cinsel ilişki sonrası barsak evisserasyonu ile birlikte ya da izole vajinal rüptür nadir rastlanan bir klinik durumdur. Postmenopozal kadınlarda vajinal rüptür daha çok intraabdominal basınç artışı yapan durumlar, pelvik cerrahi öyküsü ve vajinal atrofi ile ilişkili iken ;menopoz öncesi rüptürlerde geçirilmiş pelvik cerrahi en önemli risk faktörüdür (1-4). Reprodüktif çağıdaki kadınlarda rapor edilen vajinal rüptür vakalarında ise en sık neden histerektomi operasyonudur ve bu vakalarda cuff ayrışma sıklığı yaklaşık %0,24 olarak bulunmuştur (5). Diğer pelvik cerrahilerde ise bu oran % 0,03 dür (1).

Literatür incelendiğinde cinsel ilişki sonrası evisserasyon vakaları bulunmaktadır (6). İlk vaka 1978 yılında genç sağlıklı bir kadında, tecavüz sonrasında oluşmuştur (7). Daha sonra premenopozal ve pelvik cerrahi öyküsü olmayan 3 vajinal rüptür vakası daha rapor edilmiş ve bu vakalardan ilki motor kazası sırasında metal bir objenin vajinal yoldan saplanması ile oluşmuştur. İkinci vaka sunumu tıbbi öyküsü bildirilmemiş bir kadında cinsel ilişki sonrasında gelişen spontan rüptür vakasıdır. Son vaka takdiminde ise 13 yaşında kendi rızası sonrası gelişen cinsel ilişki ile ortaya çıkan rüptür tariflenmiştir (1,8).

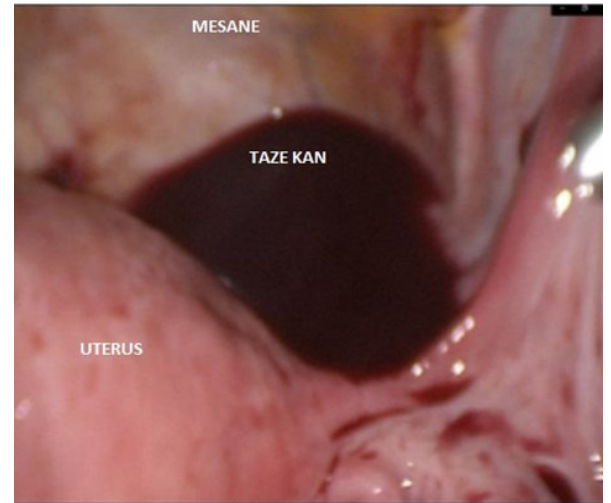
OLGU SUNUMU

31 yaşında (G3,P3) hasta ikinci basamak sağlık kuruluşuna şiddetli alt karın ağrısı ve vajinal kanama şikayetleri ile başvurmuş, hasta mevcut merkezde yapılan ilk değerlendirme sonrası vajinal rüptür tanısı ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine sevk edilmiştir. Anamnezinde ağrı ve kanamanın eşyle birlikte olduktan sonra oluştuğu, eşinin yaklaşık 1 yıldır cezaevinde yattığı, çıktıktan sonraki ilk birliktelikleri olduğu, eşinin birliktelik sırasında istekli ve sert davrandığı, kendisinin çok istekli olmadan bu birlikteliğin gerçekleştiği öğrenildi. Genel durumu orta-ajite, tansiyon 100/70 mmHg, nabız 90 /dakika ve hemoglobin (hb) :7,8 mg/dL olarak değerlendirildi. Karın muayenesinde defans ve rebound izlenmedi. Alt kadranlarda yaygın hassasiyet mevcuttu. Yapılan spekulum muayenesinde vajen sağ yan duvardan posterior fornixe uzanan yaklaşık 4 cm laserasyon ve bu alandan kaynaklanan sızıntı şeklinde kanama izlendi. İkinme ile barsakların 4 cm'lik defektten

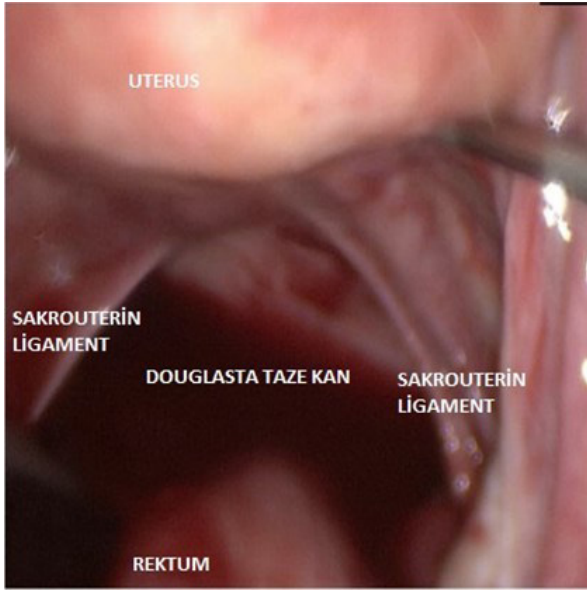
vajene evissere olduğu gözlemlendi. Servikal hareketlerde hassasiyet mevcuttu. Transvajinal ultrasonografide de douglası dolduran 5-6 cm taze kan ile birlikte hematom izlendi.Uterus ve overler normal görünümde idi. Hastaya vajinasında yırtılma olduğu,ameliyatla bu yırtığın onarılmasının gerektiği anlatıldı. Hastanın onamı alınarak operasyona karar verildi. Ultrasonda douglasta hematom ve taze kan olması nedeniyle batın içi kanama odağı olup olmadığının tespiti için diagnostik laparoskopi planlandı.

Anestezi altında yapılan değerlendirmede posterior forniksde, 4 cm, horizontal, yara dudakları düzgün, rüptür ile uyumlu alan mevcuttu. Laparoskopik eksplorasyonda douglasta ve uterus ön yüzde yaklaşık 300 cc hemorajik vasıfta mayi ve hematom mevcuttu (Resim 1,2,3).Uterus ve overler normal izlendi. Batın içi ek patolojik görünüm izlenmedi. Pelvisteki ve batındaki hemorajik mayi ve hematom temizlendi. Laserasyon alanı 1 numara vikril ile suture edildi.Komplikasyon olmadan işleme son verildi(Resim 4).

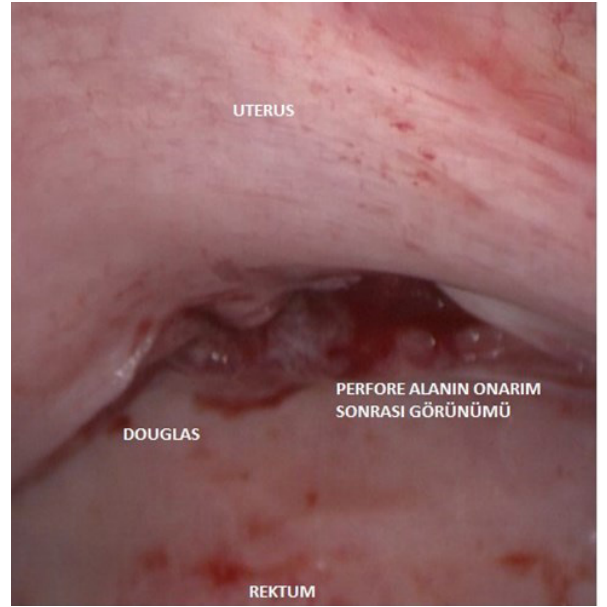
Hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Post operatif takiplerinde problem olmayan ve genel durumu iyi olan hasta postop 2.günde öneriler ile taburcu edildi.



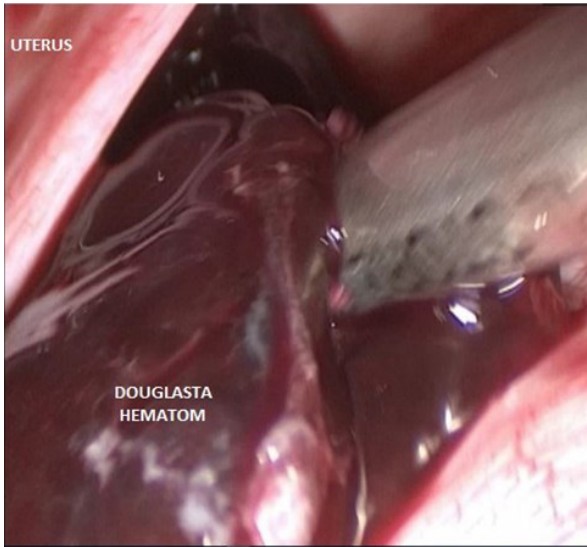
Resim 1.Uterus ön yüzde hemorajik mayi



Resim 2. Douglasa hemorajik mayi



Resim 4. Onarılan rüptür alanı



Resim 3. Douglasa hematoma

TARTIŞMA

Cinsel ilişki sonrası vajinal rüptür nadir görülen klinik durumlardandır (9-11). Bilinen risk faktörleri postmenopozal vajinal atrofi, kollojen doku hastalıkları, vajinal prolapsus ya da enterosel, ileri yaş, ciddi vajinal travma, genital anomaliler ve geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsüdür (1-3,8,9). Vajinal rüptüre sekonder hemorajik şok ve sepsis nadir görülen komplikasyonlardandır (10). Hemorajik şok tablosu olacak kadar kanayan vakalarda cerrahi yaklaşım hayat kurtarıcıdır (10-12). Haney 1978 yılında yayınladığı vaka takdiminde vajinal rüptürlerin posterior üst vajinal duvarın yüzüstü gerçekleşen cinsel birleşme sırasında ön-yan bağ dokusu tarafından yeterince desteklenmemesine bağlı gelişebileceğini savunmuştur (7). Cinsel birlikteliğin heyecan fazında vajinal sekresyonlarda artış oluşur, kayganlık artar ve vajen uzunluğu ile genişliği artar. Ayrıca uterus ve serviks pelvik boşlukta yükselir (13). Vajinanın bu fizyolojik hazırlığı olmadan gerçekleşen ilişkinin vajinal yaralanmaya yol açması daha olasıdır. Özellikle tecavüz durumlarında, üst vajina duvarı yeterince uzayamazsa, arka duvar bu güce maruz kalır ve yaralanma riski oluşur (7). İlk ilişki, kaba yada rıza dışı birliktelik, kadının dorsal dekübüt pozisyonunda ve kalçanın fleksiyonda olması, erkek-kadın genital organlar arası uyumsuzluk vajinal

laserasyon ve rüptür riskini arttırmaktadır. (10,11,14–17)(Tablo1).

Tablo 1. İlişki Sonrası Vajinal Yaralanmaya Neden Olan Faktörler

İlk koitus
Kaba veya rıza dışı koitus
Dorsal dekübit pozisyonunda kadın
Erkek: kadın genital organ orantısızlığı

Benzer şekilde Croak ve ark. nın tek merkezli yaptığı en büyük vajinal rüptür vaka serisinde, ilişkinin coşku fazında asimetrik anterolateral pozisyonda olunmasının ve beraberinde erkek ve kadın genital organ boyut orantısızlığının yaralanmaya katkı sağladığı tespit edilmiştir (1).

Bu vakamızda uzun süreli ilişkinin olmaması, ilişki sırasında erkeğin sert ve zorlayıcı tavrı ve kadının ilişkide isteksiz olması rüptüre yatkınlık oluşturan faktörler olarak sayılabilir. Yapılan muayenede vajenin ve serviksin yapısal olarak normal olması, daha önce hastanın vajinal doğum öyküsünün olması yapısal olarak vajenin ilişki için müsait olduğunu desteklemektedir. Ancak uzun süreli ilişki eksikliği ve isteksizliğin temelinde zorlayıcı ve vajinal sekresyonların artışına imkân sağlayacak ön sevişme kısmının olmaması rüptürün gelişmesine zemin hazırlamıştır. (18).

Litaratürdeki yayınlarda rüptür onarımları genellikle vajinal ya da laparatomik yapılmıştır (4,8,19,20). Bu vakada olduğu gibi laparoskopik onarım ile tedavi edilen olgularda bulunmaktadır (21). Laparoskopinin iyileşme süresi, hastanede kalış süresi ve hastanın sosyal hayatına dönüş süresini kısalttığı bilinmektedir. İlişki sonrası karın ağrısı ve kanama ile gelen olgular da vajinal rüptür akılda bulundurulmalı, vajinal eksplorasyon tüm forniksleri görecektir şekilde dikkatli yapılmalı ve görüntüleme yöntemleri ile abdominal kanamaların olabileceği düşünülerek muayene desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1 .Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *ObstetGynecol.* 2004 ;103(3):572-6

2. Gujar NN, Choudhari RK, Choudhari GR, BagaliNM, Bendre MB, Adgale SB. Coitus induced vaginal evisceration in a premenopausal woman: A casereport. *Patient Saf Surg*2011;5(1):6
3. Wheelless CR Jr. Vaginal evisceration. In: Mitchell CW, KidKeating M, eds. *Atlas of pelvicsurgery.* 3rd edition. Baltimore, MD: Williams &Wilkins; 1997:62–5
4. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: A literaturere view. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(7): 462–7
5. Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, Hacker MR, Sanfilippo JS, Lee TT. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after differentmodes of hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14(3):311–7
6. Brown ET, Koski ME, Lacour SM. Bowel evisceration through the bladder neck in A paraplegic female secondary to urethral coitus. *J SexMed.* 2012;9(4):1226-8.
7. Haney AF. Vaginal evisceration after forcible coitus with intraabdominal ejaculation. *J Reprod Med.* 1978; 21(4):254-6
8. Usifo F, Sharma R, Macrae R, Hargreaves C, Swinhoe JR. Posterior vaginal fornix rupture and haemoperitoneum following sexual intercourse. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(5):482-3.
9. Young B, Takoudes T, Lim KH, Rana S. Rupture of the posterior cul-de-sac during spontaneous labor. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 2):414-7
10. Lask S. Perforation of the posterior fornix and pouch of Douglas during coitus. *Br Med J.* 1948 24;1(4555):786
11. Diddle AW. Rupture of the vaginal vault during coitus. *West J Surg Obstet Gynecol.* 1948 Jul;56(7):414-6
12. Bhagat, M. Coital injury presenting in a 13 year old as abdominal pain and vaginal bleeding. *Pediatr Emerg Care*1996;12(5):354–355
13. Masters WH, Johnson VE. The human female: anatomy of sexual response. *Minn Med.* 1960;43:31-6.
14. Anate M.Vaginal trauma at sexual intercourse in Ilorin, Nigeria. An analysisof 36 cases. *West Afr J Med.* 1989 ;8(3):217-22
15. Adeleye, JA. Vaginal during coitus in Ibadan: A review of 50 cases. *Niger Med J* 1971;1(3):234–237
16. Sau AK, Dhar KK, Dhall GI. Non obstetric lower genital tract trauma. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1993;33(4):433-5
17. Fallat, ME, Weaver JM, Hertweck SP, et al. Late follow-up and functional outcome after traumatic reproductive tract injuries in women. *Am Surg*1998;64:858–861
18. Cisse CT, Dionne P, Cathy A, Mendes V, Diadihou F, Ndiaye PD. [Vaginal injuries during coitus]. *Dakar Med.* 1998;43(2):135-8
19. Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *ObstetGynecol.* 1975Mar;45(3):315-9
20. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair . *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14(3):218–20
21. Austin JM, Cooksey CM, Minikel LL, Zaritsky EF. Postcoital vaginal rupture in a young woman with no prior pelvic surgery. *J SexMed.* 2013;10(8):2121-4