

**İkinci Trimesterde Tespit Edilen Uterus Rüptürleri: Olgu Serisi****Second Trimester Uterine Ruptures: Case Reports**Melahat ATASEVER<sup>1</sup>, Alev ÖZER<sup>2</sup>, Numan ÇİM<sup>3</sup>, Seda Şahin AKER<sup>4</sup><sup>1</sup> Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye<sup>2</sup> Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye<sup>3</sup> Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van, Türkiye<sup>4</sup> Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara, Türkiye**ÖZ**

Modern obstetrik gelişmelere rağmen, uterus rüptürü anne ve fetus için morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir obstetrik komplikasyondur. Gelişmiş ülkelerde uterus rüptürünün başlıca nedenleri arasında geçirilmiş sezaryen öyküsü iken, gelişmekte olan ülkelerde ise, zorlu doğumlar gelmektedir. Uterus rüptürünün semptom ve bulguları non-spesifiktir. Abdominal ağrı, vajinal kanama ve kardiyotokografide fetal kalp hızı anormallikleri uterus rüptürünü düşündürülen belirtilerdir. İkinci trimesterde tespit edilen, şüphelenilmediğinde erken tanının gecikebileceği, uterus rüptürü olgularını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. Uterus rüptürü için risk grubunda olan olgularda klinik bulgular ile birlikte, uterusun ultrasonografik olarak değerlendirilmesi tanıyı kolaylaştıracaktır. Tedaviye karar verirken; annenin ve fetüsün durumu, kanama miktarı ve gelecekteki fertilizasyon durumu da göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler :** Uterin rüptür, sezaryen skar gebeliği, riskli gebelik.

**ABSTRACT**

Despite modern obstetric developments, uterine rupture is an important obstetric complication causing maternal and fetal morbidity and mortality. The most common cause of uterine rupture is cesarean section in developed countries, and in other countries the most common cause is difficult births. Uterine rupture symptoms and findings are non-specific. Abdominal pain, vaginal bleeding, and abnormal fetal heart rate cardiotocographic findings are uterine rupture findings. We aimed to present cases of uterine rupture detected in the second trimester, which may delayed diagnosis in if not suspected. Ultrasonographic evaluation of the uterus, with clinical findings in cases of risk for uterine rupture, will facilitate recognition. We decide treatment on maternal and fetal condition, amount of bleeding and future fertilization status

**Keywords :** Uterine rupture, caesarean scar pregnancy, risky pregnancy.

**Giriş**

Modern obstetrik gelişmelere rağmen, uterus rüptürü anne ve fetus için hala son derece morbidite ve mortalitesi yüksek olan, obstetrik bir komplikasyondur. Dünya sağlık örgütünün bir sistemik derlemesinde genel popülasyondaki uterus rüptürü insidansını 5,3/10.000 olarak bildirmişlerdir (1). Türkiye’de yapılan, doğum oranlarının yüksek olduğu ve takipsiz gebelerin sık rastlandığı Doğu Anadolu Bölgesi’ndeki çalışmalarda ise, bu oran % 0,13 olarak bildirilmiştir (2).

Uterus rüptürüne bağlı maternal mortalite % 10,3-16 olarak bildirilirken, fetal mortalite oranları ise % 70-90 oranında bildirilmektedir (3).

Gelişmiş ülkelerde uterus rüptürünün başlıca nedenleri arasında geçirilmiş sezaryen öyküsü iken, gelişmekte olan ülkelerde ise, zorlu doğumlar gelmektedir. Uterus rüptürünün diğer risk faktörleri arasında; geçirilmiş uterin cerrahiler (myomektomi, histeroskopik myometrial rezeksiyonlar vb.), multiparite, anormal plasantasyon, fetal makrozomi, oksitosin ve prostoglandinlerin kontrolsüz kullanımı, müdahaleli abortus ve vakum yardımıyla doğum öyküsü, konjenital

uterus anomalileri, kokain kullanımı, travmalar ve aşırı fundal baskı sayılabilir (4,5).

Bu yazıda, ikinci trimesterde tespit edilen, şüphelenilmediğinde erken tanının gecikebileceği, uterus rüptürü olgularını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

**Olgu Sunumu**

**Olgu 1:** 21 yaşında gravida 1 olan hasta şiddetli karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden antenatal takiplere gitmediği öğrenilen hastanın yapılan muayenesinde kan basıncı 70/40 mmHg, nabız 112/dk ve batında rebound saptandı. Ultrasonografide batında yaygın serbest sıvı saptanması nedeniyle acil laparotomi uygulandı. Bikornuat görünümde olan uterusun sağ kornusunda aktif kanamaya neden olan rüptür izlendi. Yaklaşık 20 haftalık gebelik materyali batına rüptüre olmuştu. Kavitede kalan gebelik materyalinin elle temizlenmesini takiben rüptür hattı onarıldı. Postoperatif izlemde sorun olmadı.

**Olgu 2:** 29 yaşında gravida 2 parite 1 olan ve düzenli antenatal takiplere gitmemiş olan hasta vajinal kanama ve karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ultrasonografide uterin fundusta yaklaşık 8 cm’lik myom ve kavitede aşağı yerleşimli

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Melahat Atasever

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,

Giresun, Türkiye

Tel/Phone: 0532 661 62 02

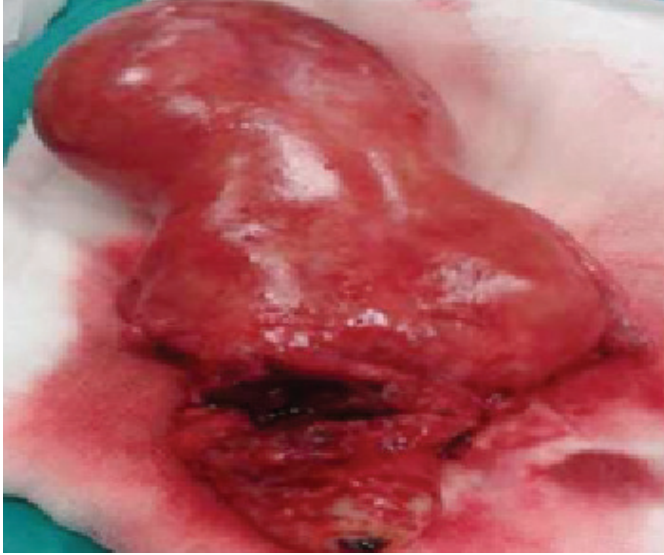
E-mail: melatasever@mynet.com

Geliş Tarihi/ Received: 24/05/2016

Kabul Tarihi/Accepted: 05/9/2016

CRL'si 15 haftayla uyumlu gebelik, sezaryen skar hattında yaklaşık 5 cm'lik hematoma ve batında serbest sıvı izlendi. Laparatomide sezaryen skar yerinden rüptür ve yoğun kanama izlendi. Hastanın hemodinamik instabilitesi ve rüptür hattının onarılmaya çalışılmasına rağmen yoğun kanamanın devam etmesi nedeniyle histerektomi uygulandı (Resim 1). Postoperatif izlemde sorun olmadı.

**Resim 1 :** Olgunun histerektomi spesmeni



**Olgu 3:** 27 yaşında gravida 3 parite 1 olan hasta aşağı yerleşimli plasenta nedeniyle takip edilmekteydi. 21. gebelik haftasında vajinal kanama ve şiddetli karın ağrısıyla başvuran hastaya akut batın nedeniyle acil laparotomi uygulandı. İzlemde sezaryen skar hattında rüptür ve aktif kanama saptandı. Plasantanın ayrılmaması nedeniyle histerektomi uygulandı. Postoperatif izlemde sorun olmadı.

**Olgu 4:** 35 yaşında, gravida 4, parite 3 olan hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde 3 yıl önce myomektomi operasyonu olduğu öğrenildi. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound tespit edildi. Pelvik muayenede serviks multipar vasıfta idi. Ultrasonografide 21 hafta ile uyumlu ex fetüs tespit edildi. Uterus anterior duvarda düzensizlik mevcuttu. Uterus etrafında sıvı tespit edildi. Laparatomide uterus anterior duvarda rüptür hali mevcuttu. Batında yaklaşık 300 cc hemorajik vasıfta mayi mevcuttu. Uterin kavite boşaltıldıktan sonra uterus primer onarıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

**Olgu 5:** 42 yaşında, gravida 7, parite 5, abortus 1 olan hasta sancı şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde transvers geliş nedeniyle 1 defa sezaryen olduğu öğrenildi. Fizik muayenede batında hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound tespit edilmedi. Pelvik muayenede serviks multipar vasıfta idi. Ultrasonografide 18 hafta ile uyumlu ex fetüs mevcuttu. Uterus alt segmentte eski sezaryen alanının ileri derece incelendiği ve bu alanda düzensizliğin olduğu tespit edildi. Laparotomi kararı alındı. Operasyonda uterus eski sezaryen skarında rüptür tespit edildi. Amnion zarı intakt tespit edildi. Uterus boşaltıldıktan sonra, uterus primer onarıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

**Olgu 6:** 30 yaşında, gravida 4, parite 3 olan hasta vajinal kanama ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. TA: 80/50 mmHg, nabız: 92/ dakika idi. Öz geçmişinde 3 defa sezaryen ameliyatı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede batında hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound mevcuttu. Pelvik muayenede servikal açıklık ve silinme yoktu. Spekulumda minimal vajinal kanama mevcuttu. Ultrasonografide 15 hafta ile uyumlu ex fetüs mevcuttu, uterus düzensizlik ve uterus etrafında sıvı olduğu tespit edildi. Hemogram tetkikinde Hgb: 7,6 mg/dl, Htc: 24, Platelet: 170 bin idi. Laparotomi kararı alındı. Operasyonda uterus eski sezaryen skarında rüptür tespit edildi. Fetal yapıların rüptür hat-

tından batına aborte olduğu ve batında yaklaşık 400 hemorajik vasıfta mayi tespit edildi. Uterus boşaltıldıktan sonra, uterus primer onarıldı. 3 ünite eritrosit süpsansiyonu verilen hasta, postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeden hasta şifa ile taburcu edildi.

**Olgu 7:** 28 yaşında, gravida 2, parite 1, hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde 1 defa sezaryen olduğu öğrenildi. Fizik muayenede batında hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound mevcuttu. Pelvik muayenede servikte açıklık- silinme tespit edilmedi. Ultrasonografide 23 hafta ile uyumlu ex fetüs mevcuttu. Uterus alt segmentte eski sezaryen alanında düzensizlik olduğu tespit edildi. Batında minimal sıvı mevcuttu. Laparotomi kararı alındı. Operasyonda uterus eski sezaryen skarında rüptür tespit edildi. Amnion zarı intakt tespit edildi. Uterus boşaltıldıktan sonra, uterus primer onarıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi (Tablo 1).

**Tablo 1 :** Hastaların özellikleri

Olgu	Yaş	G/P	G.H.	Şikayet	Etyoloji	Operasyon
Olgu 1	21	G1 P0	20	Akut batın	Bikornu uterus kornual rüptür	Rüptür onarımı
Olgu 2	29	G2 P1	15	Akut batın	C/s skar gebelik rüptürü	Histerektomi
Olgu 3	27	G3 P1	21	Vajinal kanama	C/s skar gebelik rüptürü	Histerektomi
Olgu 4	35	G4 P3	21	Akut batın	Myomektomi skar rüptürü	Rüptür onarımı
Olgu 5	42	G7 P5	18	Akut batın	C/s skar gebelik rüptürü	Rüptür onarımı
Olgu 6	30	G4 P3	15	Akut batın	C/s skar gebelik rüptürü	Rüptür onarımı
Olgu 7	28	G2 P1	23	Akut batın	C/s skar gebelik rüptürü	Rüptür onarımı

## Tartışma

Uterus rüptürünün semptom ve bulguları non-spesifiktir. Bu da tanıda karışıklığa neden olmakta, maternal ve fetal morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Uterus rüptüründe ciddi uterin kanama, fetal distress, fetüsün ve eklerinin rüptür hattından batın boşluğuna atılması görülebilmektedir. Sezaryen ile doğum ve uterus tamiri ya da histerektomi de gerekebilmektedir (6).

Landon ve ark. yaptıkları çalışmalarında önceden tek sezaryen operasyonu geçiren kadınlarda vajinal doğumda uterus rüptürü görülme oranı; % 0.7 iken, multipl sezaryen operasyonu geçirenlerde ise % 0.09 olarak tespit etmişlerdir ve sezaryen sayısı ile uterus rüptürünün ilişkili olmadığını öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte histerektomi ve maternal mortalite oranının tekrarlayan sezaryen öyküsü olanlarda daha yüksek oranda görüldüğünü de ifade etmişlerdir (7). Önceki sezaryen öyküsü uterus rüptürünün en önemli sebeplerinden biridir. Olgularımızdan beşinde geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu. Bu olgulardan bir tanesi de daha önce üç defa sezaryen ile doğum yaptığını ifade etti. Ayrıca bir olgumuz da öz geçmişinde myomektomi operasyonu geçirdiğini ifade etti. Geçirilmiş uterus cerrahileri uterus rüptürünün başlıca risk faktörleri arasında gelmektedir.

Literatürde myomektomi yapılan kadınlarda gebelik döneminde uterus rüptürü, plasenta dekolmanı veya plasenta perkreat gelişen olgular tespit edilmiştir. Bu komplikasyonlar hem anne, hem de fetüs için letal olan durumlardır. Uterus rüptürü büyük oranda doğumdan önceki gebelik döneminde, ikinci trimester veya erken üçüncü trimester döneminde olmaktadır. Myomektomi operasyonlarında elektrokoter kullanımı ve uterin insizyon hattının tek katman suture edilmesi uterus rüptürü ihtimalini arttıran en önemli nedenler olarak belirtil-

mektedir. Uterin insizyon hattının tek katman sütüre edilmesi, iki katman sütüre edilmesine göre rüptür riskini 4 kat arttırdığı ifade edilmektedir (8).

Abdominal ağrı, vajinal kanama ve kardiyotokografide fetal kalp hızı anormallikleri uterus rüptürünü düşündürülen belirtilerdir. Normal travay seyrinde uterus kontraksiyonlarında kesilme ya da fetüsün prezente olan kısmının seviyesinde değişiklik ile birlikte fetal kalp hızında değişiklikler, ciddi bradikardi veya fetal kalp seslerinin alınmaması komplet uterin rüptürün iyi bilinen semptomları arasındadır (9). Olgularımızın tipik şikayeti kanın ağrısı ve vajinal kanamadır. Uterustaki rüptür hattının büyüklüğüne ve rüptür hattında meydana gelen kanamanın miktarına bağlı olarak şikayetler artmakta ve hipovolemik şok bulguları da tabloya eklenebilmektedir. Doğum döneminde veya son trimesterde geçirilmiş sezaryen öyküsü bulunanlarda uterus rüptürü ilk akla gelen tanı olmaktadır. Bizim olgularımızdaki gibi ikinci trimester olgularında tanıda gecikme olabilmektedir. Ultrasonografi ile uterusun değerlendirilmesi tanıda yardımcı olabilmektedir.

Uterus alt segmentinin ultrasonografi ile değerlendirilmesi uterus rüptürü tanısında yardımcıdır. Ultrasonografide alt segmentte düzensizlik, amnion kesesinin myometrial dokudan batın boşluğuna herniasyonu veya fetal yapıların uterus dışında batın boşluğunda bulunması tanıyı kesinleştirir. Ancak rüptür gelişmeden önce myometrium kalınlığında inceleme tespit edilmesi uterus rüptürü öngörüsünde önemlidir. Alt segment uterus kalınlığı >3.5 mm olan olgularda uterus rüptürü gelişme ihtimali %0.66 iken, < 3.5 mm olanlarda ise %11.7'dir (10,11). Olgularımızda ultrasonografik değerlendirmede, uterus alt segmentinde düzensizliğin olması, uterus etrafında sıvı imajının olması önemli tanı bulgularıydı. Klinik semptomlar ile birlikte ultrasonografik bulguların değerlendirilmesi tanının erken dönemde konulmasına yardımcı olmaktadır. Tanıdaki gecikmeler maternal ve fetal mortaliteyi arttırmaktadır.

Rathod ve ark. çalışmalarında uterus rüptürüne bağlı fetal mortalite % 90.5 olarak bildirirken, maternal mortalite oranını ise % 13.5 olarak bildirmişlerdir (12). Sahu ve ark. ise fetal mortaliteyi %94.07, maternal mortaliteyi ise % 2.76 oranında bildirmişlerdir (13). Olgularımızda maternal mortalite gelişmedi fakat tüm olgularımızda intra uterin fetal ölüm tespit ettik. Olgularımızın ikinci trimesterde olması, rüptür tanısının erken dönemde konulması ve cerrahi müdahalenin hemen yapılması maternal mortaliteyi azalttığı görüşündeyiz. Fetüslerin viabl haftalarda olmaması, kanamaya bağlı fetal etkilenmenin hızlı gelişmesi, intra uterin ölüm nedeni olabilir.

Uterus rüptüründe tedavide, rüptür tamiri veya histerektomi yapılabilmektedir. Tedaviye karar verirken; annenin ve fetüsün durumu, kanama miktarı, rüptür hattı ve gelecekteki fertilité göz önünde bulundurulmalıdır. Acil peripartum histerektomi endikasyonları arasında uterin atoni, uterus rüptürü ve plasenta invazyon anomalileri başlıca nedenlerdendir. Wani ve ark. peripartum histerektomi yapılan olguların % 8.1'inin uterus rüptürü nedeniyle yapıldığını ifade etmişlerdir (14). Chawla ve ark. ise çalışmalarında uterus rüptürü nedeniyle % 17.9 oranında peripartum histerektomi yapıldığını ifade etmişlerdir (15). Gebelik ile birlikte uterusun anatomisi ve fizyolojisinde değişiklikler olmaktadır. Gebelik fizyolojisindeki değişikliklere bağlı olarak, gebe uterusu yoğun kanlanma göstermektedir. Olgularımızdan bir tanesinde rüptür hattı kornual bölgede olması ve masif kanamanın olması, ikinci olgumuzda ise uterus rüptürü ile birlikte plasenta invazyon anomalisinin de bulunması nedeniyle masif kanamanın olmasından dolayı histerektomi uygulanmıştır. Diğer beş olgumuzda rüptür hattı tamir edilmiştir. Postoperatif takiplerinde komplikasyon olmadı ve tüm olgularımız şifa ile taburcu edildi.

## Sonuç

Uterus rüptürü hem anne için, hem de fetüs için mortal seyreden önemli bir obstetrik komplikasyondur. Geçirilmiş sezaryen, myomektomi veya uterin cerrahiler uterus rüptürü riskini arttıran nedenler arasında gelmektedir. Kanın ağrısı,

vajinal kanama ve fetal kalp hızında bozulma tipik semptomlardandır. Doğumda veya son trimesterde bu semptomların tespit edilmesi tanıyı kolaylaştırırken, daha erken gebelik haftalarında ise tanıda gecikmeler olabilmektedir. Uterus rüptürü için risk grubunda olan olgularda klinik bulgular ile birlikte, uterusun ultrasonografik olarak değerlendirilmesi tanıyı kolaylaştıracaktır. Tedaviye karar verirken; annenin ve fetüsün durumu, kanama miktarı ve gelecekteki fertilitasyon durumu da göz önünde bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

- Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *AM BJOG*. 2005; 112:1221-8
- Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin HG, Kamaci M. Eight years' experience of uterine rupture cases. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:458-61.
- Phillips JA. Ruptured uterus in Mulanje CCAP Hospital, 1974-1982. *Trop Doct*. 1990; 20:175-6.
- Kurdoglu M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali E, Sahin HG. Delayed diagnosis of an atypical rupture of an unscarred uterus due to assisted fundal pressure: a case report. *Cases J*. 2009;2:7966.
- Damiani GR, Gaetani M, Landi S, Lacerenza L, Barnaba M, Spellecchia D, Pellegrino A. Uterine rupture in a nulliparous woman with septate uterus of the second trimester pregnancy and review in literature. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4:259-61
- Revicky V, Muralidhar A, Mukhopadhyay S, Mahmood T. A Case Series of Uterine Rupture: Lessons to be Learned for Future Clinical Practice. *J Obstet Gynaecol India*. 2012;62:665-73.
- Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;108:12-20.
- Kim MS, Uhm YK, Kim JY, Jee BC, Kim YB. Obstetric outcomes after uterine myomectomy: Laparoscopic versus laparotomic approach. *Obstet Gynecol Sci*. 2013;56:375-381.
- Guiliano M, Closset E, Therby D, LeGoueff F, Deruelle P, Subtil D. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;179:130-4.
- Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet* 1996; 347: 281-284.
- Martins WP, Barra DA, Gallarreta FM, Nastro CO, Filho FM. Conservative management of uterine rupture diagnosed prenatally on the basis of sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33:301-6.
- Rathod S, Samal SK, Swain S. A Three Year Clinicopathological Study of Cases of Rupture Uterus. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:4-6.
- Sahu L. A 10 year analysis of uterine rupture at a teaching institution. *J Obstet Gynaecol India*. 2006;56:502-06.
- Wani RV, Abu-Hudra NM, Al-Tahir SI. Emergency peripartum hysterectomy: a 13-year review at a tertiary center in kuwait. *J Obstet Gynaecol India*. 2014;64:403-8.
- Chawla J, Arora D, Paul M, Ajmani SN. Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study from a Teaching Hospital in North India over Eight Years. *Oman Med J*. 2015;30:181-6.