

Uterus Rüptürü

Yrd. Doç. Dr. Mertihan Kurdoğlu

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van

Giriş

Gebelikte uterus rüptürü; uterusun musküler duvarının bütünlüğünün bozulmasıyla karakterize, nadir görülen ancak yüksek fetal ve maternal morbidite ile birlikte seyreden bir olaydır.

Klasifikasyon

Uterus rüptürü, tipik olarak komplet ve inkomplet olarak ikiye ayrılmaktadır. Komplet tipi, uterin duvar ile üzerini saran serozanın tam kat ayrılması şeklinde tanımlanmakta olup klinik olarak ciddi uterin kanama; fetüs ve eklerinin abdominal kaviteye atılması ve acil sezaryen, uterin onarım ya da histerektomi gerektirmesi ile karakterizedir. Bu tip rüptürü de, travmatik ve spontan olarak ikiye ayıran yazarlar mevcuttur. İnkomplet rüptür [gizli rüptür, uterin dehiscens (ayrılma)] cerrahi skarın ayrıldığı, ancak visceral peritonun (uterin serozanın) intact kaldığı formu tarif etmektedir. Bu form, genellikle asemptomatik olması, acil cerrahi gerektirmemesi ve nadiren majör maternal ve fetal komplikasyonlara yol açması nedeniyle bazı yazarlar tarafından aşikar bir uterus rüptürü olarak tanımlanmamaktadır. Önceki sezaryenle doğuma bağlı skar varlığı uterin rüptür için iyi bilinen bir risk faktörü olmakla birlikte, uterin skar bütünlüğünün bozulduğu durumların çoğunda aşikar uterin rüptürden ziyade uterin skar ayrılması görülmektedir. Çoğunlukla doğum eylemi esnasında gerçekleşmekle birlikte, uterin skarların üçte birine yakını gebeliğin üçüncü trimesterinde ayrılabilir.

İnsidans ve Risk Faktörleri

Gebelikte ilişkili uterin rüptürün insidansı genel olarak %0.07 olarak bildirilmektedir. Uterin rüptür riskini arttıran faktörlerden başlıcaları; multiparite, konjenital uterus anomalileri (örn. az gelişmiş uterin horn), uterin travma ve enstrümantasyon (örn. rotasyonel forseps kullanımı), daha önceden myomektomi veya sezaryen operasyonu (sayısı ve tipi önemli)

geçirmek, doğum indüksiyonu, doğum eyleminin ilerlememesi, servikal laserasyon, plasenta perkrata veya inkreata, hidramnios, çoğul gebelik, prezantasyon anomalileri, koryokarsinom, fetal makrozomi ve anomali şeklinde sayılabilir.

Nedbesiz Uterus Rüptürü

Doğumdaki oranı genel olarak %0.0033 olarak bildirilmiştir. Tıbbi olanaklara ulaşamama nedeniyle ihmal edilmiş ilerlemeyen doğum eylemlerinin oranı yüksek olduğundan, gelişmekte olan ülkelerdeki insidansı 8 kat daha fazladır (%0.11). Çoğunluğu termde ve grand multipar gebelerin doğum eylemi sırasında (%86) meydana gelmekte olup sadece %14 kadarının doğum eylemi başlamadan önce gerçekleştiği bildirilmiştir. Uterusu nedbesiz olan gravidalarda oksitosin kullanımıyla uterin rüptür riskinin arttığı kesin olarak gösterilememiştir. Anomalili, nedbesiz uteruslarda gebelikte gerçekleşen uterin rüptür oranı normal uteruslarda görülenden daha fazla olmakla birlikte, her bir uterin malformasyon tipi için risk oranları ayrı ayrı ortaya konamamıştır.

Önceden Myomektomi ve Uterin Rüptür Olması

Laparotomik yol ile gerçekleştirilen myomektomi hikâyesi olan gebelerde rüptürlerin neredeyse tamamı üçüncü trimesterde ya da doğum eylemi sırasında gerçekleşmektedir. Ancak, miyomların sayısı, büyüklük ve lokalizasyonlarının; uterin insizyonların sayısı ve lokalizasyonlarının; uterin kaviteye girilip girilmesinin ya da kapatma tekniği gibi faktörlerin takip eden gebelikte uterin rüptür gelişmesi açısından önemi tam olarak ortaya konamamıştır. Laparoskopik myomektomiden 8 yıl sonra bile uterin rüptür gerçekleşebildiği bildirildiğinden, bu teknikle gerçekleştirilen myomektomi skarlı kadınların uzun dönem takip sonuçlarına ihtiyaç vardır.

Önceki Sezaryenle Doğuma Bağlı Skarlı Uterusun Rüptürü

Daha önceden sezaryenle doğum yapmış kadınlarda vajinal doğum denendiğinde uterin rüptür oranı %0.39 olarak saptanmışken, elektif sezaryen uygulananlarda bu oran %0.16 bulunmuştur. Vertikal orta hat uterin insizyonla klasik sezaryen doğum günümüzün modern obstetrik uygulamalarında çok seyrek uygulanmaktadır (ABD’de %0.5). Bu şekilde gerçekleştirilmiş doğumlardan sonraki gebeliklerin gerek vajinal gerekse sezaryenle doğumlarında uterin rüptür riskine ilişkin bildirilen oranlar açısından çalışmalar arasında oldukça farklılıklar mevcuttur. Plan-sız vajinal doğum denemelerinde %11.5 ve önceden klasik, ters T veya J insizyonu olanlarda %1.9 mutlak rüptür riski bildiren çalışmalar yanında tekrarlanan sezaryen sekiyolarda %0.64 rüptür oranı (%49’u pre-term doğum eyleminde) veya %9 asemptomatik skar ayrılması (dehisans) bildiren araştırmalar da mevcuttur. Bunun nedeni, muhtemelen gerçek rüptür ile skar dehisansı arasındaki ayrımın tam yapılmamış olmasıdır.

Daha önceden alt segment vertikal sezaryen skarı olanlarda (ancak klasik insizyon skarı değil) ise mutlak risk %1.1 olarak bildirilmekte olup alt segment transvers insizyonu olanlara göre uterin rüptür ile maternal ve perinatal sonuçlar açısından bir risk artışı saptanmamıştır. Ancak, değerlendirme yaparken, bu insizyonun tanımı içerisinde aşağı uterin segmentte ne kadar insizyon yapılması gerektiğine ilişkin net bir bilginin olmadığı da göz önüne alınmalıdır.

Daha önceki sezaryenle doğumda yapılan insizyontun tipi bilinmiyorsa uterin rüptür riskinin değerlendirilmesi, obstetrik hikâyeye göre en olası uterin skar tipinin tahmini ile yapılabilir. Bir başka görüş de, günümüzde sezaryenlerin çoğu alt segment transvers insizyonla yapıldığından, insizyon tipi bilinmeyenlerde insizyonun bu şekilde olduğunun farz edilmesidir. Bilinmeyen uterin skarı olanlarda doğum eylemi denendiğinde riskin %0.5 olduğu belirtilmektedir.

Alt segment transvers insizyonla gerçekleştirilen sezaryen doğumlardaki uterin rüptür riski, hastalarda doğum eyleminin denenip denenmeyeceği, denenecekse indüksiyon mu yapılacak yoksa spontan mı takip edilecek ya da elektif tekrar sezaryen mi uygulanacağı gibi pek çok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Daha önceden tek sezaryen operasyonu geçirmiş olgularda planlanmış tekrar sezaryen yapıldığında rüptür saptama oranı %0.16 iken spontan doğum eylemi denen tekil gebeliklerde relatif riskin 3.3 kat artmış olduğu bulunmuştur (%0.52).

Sezaryen sonrası vajinal doğum denemelerinde oksitosin kullanımına ilişkin yeterli kanıtı dayalı klinik rehberler bulunmamaktadır. Ancak mevcut çalışma verileri, bu olgularda doğum eylemi indüksiyonunun uterin rüptür riskini 12 kata kadar arttırdığını ve uygunsuz serviksi olanlara sadece transservikal Foley kateter uygulamanın mantıklı bir seçenek olacağını ortaya koymaktadır.

Daha önceden sezaryenle doğumu olan kadınların sonraki doğum eylemi denemelerinde prostoglandinler kullanıldığında uterin rüptür riski 15.6 kat arttığından ACOG rehberlerinde, bu olguların çoğunda doğum indüksiyonunda prostoglandinlerin kullanımı önerilmemektedir.

Pek çok çalışmada; önceden vajinal doğum yapmış olmanın, sezaryen sonrası vajinal doğum teşebbüslerinde uterin rüptür riskine karşı koruyucu bir etkisinin olabileceği ortaya konmuştur. Yine benzer şekilde, sezaryen sonrası başarılı bir vajinal doğumun, uterin rüptür açısından koruyucu bir avantajının olduğu saptanmıştır. Bu avantaj, maternal pelvisin denenmiş olması ve kemik pelvisin fetüsün geçişine izin verecek kadar yeterli olduğunun gösterilmesi yanında uterin skar bütünlüğünün doğum eylemi ve doğumdaki stres/gerilme altında korunmuş olduğunun ispatlanmasına dayanmaktadır.

İki gebelik arasındaki sürenin uzun olması, daha önceki sezaryen skarının maksimum gerilme kuvvetine ulaşabilmesine imkân tanımaktadır. Histerotomisi tek kat kapatılanlarda uterin rüptür riskinin 4-5 kat arttığı, doğumlar arası süre 24 aydan daha az olduğunda da uterin rüptür oranının %5.6’ya yükseldiği ortaya konmuştur.

Daha önceden 2 veya daha fazla sezaryenle doğumu olanlarda uterin rüptür riskinin %0.9-6 civarında olduğu ve bu riskin, tek sezaryenle doğumu olanlara göre 2-16 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. ACOG’un 2004 rehberlerinde, önceden 2 sezaryenle doğumu olanlardan sadece vajinal doğum hikâyesi olanlarda doğum eyleminin denenmesi önerilmiştir.

Doğum ağırlığının uterin rüptür oranıyla doğru- dan ilişkili olduğu ve <3500 gr, 3500-3999 gr ve >4000 gr ağırlıklarda uterin rüptür oranlarının sırasıyla %0.9, %1.8 ve %2.6 olduğu bulunmuştur.

İleri anne yaşının da uterin rüptür oranını arttırdığı ve 30 yaşın üzerindekielerde %1.4 görülürken, daha gençlerde %0.5 oranında görüldüğü bildirilmiştir.

Uterin Rüptürün Semptom ve Bulguları

Klasik belirti ve bulguları; fetal kalp hızı anomalileri ile ortaya konan fetal distres, uterin kontraktilete

kayıbı ve azalmış bazal uterin basınç, abdominal ağrı, prezente olan fetal kısmın geri çekilmesi, kanama ve şoktur. Aniden başlayan bir gros hematüri de rüptür belirteçlerindendir. Bu tablo daha sıklıkla komplet uterin rüptürlerde ortaya çıkmakta ve pek çok benign obstetrik durumla karışabilmekte, uterin dehisans ise daha sessiz kalabilmektedir.

Uterin rüptürün çoğunlukla ilk ve tek bulgusu uzamış, geç veya tekrarlayan değişken (variable) deselerasyonlar veya fetal bradikardidir (%78-87). Bunlardan daha seyrek olmak üzere, ani veya atipik maternal abdominal ağrı da görülebilir (%13-60) ve sadece %5 olguda rüptürün ilk bulgusu olabilmektedir. Ancak epidural analjezi uygulananlarda bazen hissedilemediğinden, ağrı güvenilir bir bulgu olarak kabul edilmemektedir. Yine de ACOG 2004 kılavuzlarında epidural analjezinin uterin rüptürün belirti ve bulgularını nadiren maskelediği belirtilerek, sezaryen sonrası doğum eylemi denemelerinde kullanımı için mutlak bir kontraendikasyon olarak gösterilmemiştir. Anormal uterin aktivite paternlerinden tetani ve hiperstimülasyon ya da azalmış uterin tonus ve uterin aktivite de çoğunlukla saptanamamaktadır. Eksternal veya internal monitorizasyon, fetal ve maternal morbidite ile mortaliteyi değiştirmemektedir. Vajinal kanama ve şok da olguların sırasıyla %11-67 ve %29-46'sında görülebilmektedir.

Tanı

Uterin rüptür, en uygun şekilde standart belirti ve bulgular temelinde tanınabilir. Ayrıca, ultrasonografi ile anormal fetal pozisyon, fetal ekstremitelerin ekstansiyonu veya hemoperitoneumun tespiti de tanıyı destekler. Bunun dışındaki gelişmiş tanı metodlarının (bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme) kullanımı fetüsün hayatının kurtarılması için gerekli, çok değerli zamanın kaybedilmesine neden olur. Sezaryen sonrası doğum eylemi denemek isteyen seçilmiş olgularda uterin rüptür riskini değerlendirmek üzere önerilen amniyografi, radyopelvimetri ve pelvik muayenenin de yararı gösterilememiştir. Sezaryenle doğum sonrası uterin skar defektlerinin saptanmasında transabdominal, transvajinal veya sonohisterografik ultrasonografinin yararlı olabileceği ileri sürülmüştür. Bu olgularda, özellikle transabdominal sonografi ile 36-38. haftalarda ölçülen alt uterin segment duvar kalınlığının 3.5 mm'den daha ince olması durumunda uterin rüptür riskinin arttığı gösterilmiştir.

Uterin Rüptürün Sonuçları

Sonuçlar, tanı ve tedavinin başlangıcı arasında kaybedilen süreye bağlı olarak değişmektedir. Genel

olarak fetal morbidite ve mortalite %46 oranında görülmekte olup, ciddi sorunların oluşmaması için kesin tedavi olan doğumun 10-37 dakika (ortalama 17 dakika) içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu esnada hayatı tehdit edici uterin kanama durdurulana kadar anneye destek tedavisi ve resusitasyon uygulanmalıdır.

Uterin rüptürün fetal ve yenidoğan sonuçlarını; fetal hipoksi veya anoksi, fetal asidoz, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış ve fetal ya da neonatal ölüm oluşturmaktadır. Hızlı müdahalenin her zaman için ağır metabolik asidoz ve ciddi neonatal hastalıktan koruduğu gösterilemese de neonatal ölümleri sınırladığı tespit edilmiştir. Fetal asidoz oluşumundaki en önemli faktörün fetüs ve plasentanın maternal abdomene tam olarak atılması olduğu gösterilmiştir. Uterin rüptür sonrası yenidoğanların %32-73'ünün yoğun bakıma alındığı da önemli bir gerçektir. Uterin rüptür ile ilişkili ölüm insidansı, 1978'lerden önce bildirilen %65 rakamlarından günümüzün optimum modern şartlarında %2'lere kadar gerileyebilmiştir.

Uterin rüptürün maternal sonuçları ise ağır kan kaybı veya anemi, hipovolemik şok, yaygın damar içi pıhtılaşma, histerektomi, üreter ve mesane yaralanmaları, postoperatif enfeksiyon, pitüiter yetmezlik ve ölümdür. Uterin rüptür sonrası annelerin yaklaşık %25-44'üne kan transfüzyonu yapılma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Yıllar önce, annelerin yaklaşık %46'sında hipovolemik şok gelişirken, günümüzde olguların sadece %29-34'ünde bu tablo ortaya çıkmaktadır. Uterin rüptürlü olguların yaklaşık %8-19'unda ek olarak mesane yaralanması da görülmektedir. Histerektomi ise %6-78 gibi geniş bir aralıkta yapılmaktadır. Modern, gelişmiş ülkelerde maternal mortalite %0-1 civarında iken, bu oran gelişmekte olan ülkelerde %5-10 düzeylerindedir (ortalama %4.2). Doğumdan sonra uterin rüptür tanısı konanlarda, doğumdan önce tanı alanlara göre maternal mortalite oranları daha yüksektir (sırasıyla %10.4'e %4.5).

Tedavi

Uterin rüptür tedavisinde başarının anahtarı, zamanında tanı koymak ve kesin cerrahi tedaviye kadar geçen süreyi kısaltmaktır (10-37 dakika idealdir). Özellikle yüksek riskli olgularda son derece şüpheli olunmalıdır. Operatif doğumlarda uterus ve doğum kanalı tam olarak muayene edilmelidir. Tanı konulur konulmaz, anne stabilize edilerek fetüs hemen doğurtulmalıdır. Fetüsün doğumunu takiben anneye uygulanacak cerrahi tedaviyi belirlerken; annenin genel durumu, kanamanın derecesi, uterin rüptürün uzanımı, annenin ileride çocuk doğurma isteği göz

önüne alınmalıdır. Laparotomi, bazen başarılı bir vajinal doğumdan sonra bile şüpheli varsa uterin rüptür oluşup oluşmadığını tespit ve kanamayı kontrol için gerekli olabilir.

Uterin rüptür alanındaki yırtılma longitudinal olduğunda transverse göre daha yoğun bir kanama ile karşılaşılabilir. Uterin rüptür alanlarının longitudinal, çok sayıda, aşağı yerleşimli olması veya kanamanın kontrol edilememesi durumunda histerektomi (total veya subtotal) düşünülmelidir. Aşağı, transvers uterin rüptürlerde, kanama kolaylıkla kontrol edilebiliyorsa, yırtık geniş (broad) ligament, serviks veya parakolpoza uzanmıyorsa, annenin genel durumu iyi, klinik ya da laboratuvar olarak koagulopati bulgusu yok ve ileride çocuk doğurmayı istiyorsa konservatif cerrahi düşünülebilir. Alt uterin segment ve uterin arteri de içine alan lateral rüptürlerde eğer kanama ve hematoma operasyon sahasının görülmesine engel oluyorsa, kanamayı durdurmak için ipsilateral hipogastrik arterin bağlanması gerekli olabilir.

Önlem

Normal, intakt uterusu olan gebelerde uterin rüptür riski oldukça düşüktür. Uterin rüptür riskini azaltmanın en iyi yolu riskli hasta sayısını azaltmaktır. Toler edilebilecek risk sınırını keyfi olarak 200'de bir (%0.5) olarak kabul edecek olursak klasik orta hat/aşağı vertikal sezaryen doğumları olan veya aşağı transverse sezaryenle birlikte tek kat histerotomi onarımı yapılanlar; daha önceden, çok sayıda sezaryen operasyonu geçirenler; başarılı vajinal doğum hikayesi olmadan sezaryenle doğumu olanlar; doğum eylemi indüksiyonu veya desteği planlanan ya da 4000 gr üzerinde makrozomik fetüsü olan eski sezaryenliler; önceden sezaryenle doğum yapmış konjenital

anomalili uterusu olanlar; önceki sezaryen doğumundan sonra 2 yıldan daha az zaman geçmiş olanlar ve laparoskopik ya da laparotomik yolla önceden myomektomi operasyonu geçirenler uterin rüptür açısından 1/200'den daha riskli kabul edilmelidir. Bu olguların klinik yönetimi özel olarak tasarlanmalıdır.

Riskli olgularda doğum, ideal olarak, yılda 3000'den fazla doğum yaptıran, acil sezaryen imkânı olan ve kan transfüzyon merkezi bulunan ünitelerde devamlı elektronik fetal monitorizasyon eşliğinde yaptırılmalıdır.

Sonuçlar

Uterin rüptür, seyrek görülen (genel olarak %0.07 ve gelişmiş ülkelerde normal, skarsız uteruslarda %0.012) ama sonuçları anne ve bebek için oldukça kötü olabilen önemli bir obstetrik komplikasyondur.

En fazla, uterin skarlı olan kadınlarda (özellikle sezaryen sonrası) gözlenmekte olup tek ve ≥ 2 sezaryen operasyonu geçirenlerde risk sırasıyla %0.5 ve %2'ye yükselmektedir. Önceden sezaryenle doğum yapanlardan özellikle; histerotomisi tek kat kapatılanlarda, uterin anomalisi olanlarda, gebelikler arası süresi kısa olanlarda, makrozomik fetüsü olanlarda, başarısız bir vajinal doğum denemesi olanlarda ve prostaglandin uygulananlarda risk oldukça fazladır.

Uterin rüptürü tanımada en değerli bulgu; uza-mış, persiste ve derin fetal bradikardi olup abdominal ağrı, vajinal kanama ya da doğum eyleminin anormal ilerleyişinin önemi ve tanıdaki değeri sınırlıdır. Her zaman için fetüste ağır hipoksi ve asidozu ya da ciddi yenidoğan sonuçlarını önlemede yeterli olduğu gösterilemese de rüptür tanısını koyduktan sonra 10-37 dakika içinde cerrahi müdahaleye geçebilmek hedeflenmelidir.