

UTERUS RÜPTÜRÜ

Dr. Tahsin Gümüşburun (x)
Dr. Kemal Eyiceoğlu (xx)
Dr. M. Akif Gökceoğlu (xxx)

ÖZET :

Bu Klinik analizde 1982-1986 yılları arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine müracaat etmiş 40 uterus rüptürü vakası değerlendirilmiştir. Hastanemiz obstetrik komplikasyonlar için başvuru merkezi olduğundan insidens % 1,378 olarak bulundu. Etiolojik faktörlerin geçirilmiş klasik sezeryan, ihmal edilmiş yan geliş, baş pelvis uygunsuzluğu, Grand multiparite, sık doğum, dikkatsiz obstetrik müdahaleler, bölgemizde kışın ulaşımın güçlüğüyle yapılması olduğu görüldü. Maternal mortalite % 2,5, fetal mortalite ise % 85 olarak bulundu. 21 vakaya (%52,5) histerektomi, 19, vakaya (%47,5) repe-rasyon yapıldı. Konu ile ilgili literatürler taranarak, operasyon sırasında ve postoperatif dönemde karşılaşılan komplikasyonlar ve morbidite tartışıldı.

ANAHTAR KELİMELELER:

Rupture of The Uterus, Morbidite.

GİRİŞ:

Uterus rüptürü, acil obstetriğin en acil vakalarından birisidir. Rüptürde uterusun tüm tabakaları ayrılır. Fetusun canlılık kazanmasından önceki ektopik gebelik rüptürleri, ve uterus perforasyonları konumuz dışında tutulmuştur. Uterus rüptürü anne ve çocuk için çok ciddi komplikasyonlar yapar. (6,8,10).

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Arşt. Görevlisi

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı

(xxx) Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

Uterus rüptürünü Krishna-Menan Kategorisine göre:

1-Skar Rüptürü, 2-Spontan Rüptür, 3-Travmatik Rüptür olarak incelemiştir. Önceki, operasyon skarının mevcudiyetinde oluşan uterus rüptürü (Önceki sezeryan, myomektomi, histerotomi, veya kornual rezeksiyon). 1970'den beri travmatik ve skar rüptüründe insidens azalmıştır. Cerrahi tekniğin değişmesi, örneğin abdominal doğumların çoğu, 1960'dan önce klasik sectio yapılmaktaydı. 1970'den bu yana abdominal doğumların çoğu alt segment yapılmaktadır. Skar rüptürü en yaygın tip olup ve genellikle geçirilmiş sezeryan skar rüptürü şeklinde olur. Travmatik ve spontan rüptürler arasındaki ayırıcı tanı nedenlere göre yapılır. (5,6,8,10).

Uterus rüptürü nedenleri arasında:

1-Daha önceki gebeliklerin yaptığı travma: Önceki sectio, myom enükleasyonu, kürtaj, uterus perforasyonu, histerotomi, endometrit, elle halas yapılmış vakaların (Plasenta increata) bıraktığı nedbe, strasman veya metroplasty operasyonları, Cournual rezeksiyon.... Nedbe rüptürlerinde rüptür yeri avasküler sahha olduğu için pek fazla kanamaz, bu tip nedbe rüptürleri sinsi seyreder. Nedbe yerinde hassasiyetin artması rüptürü düşündürmelidir.

2-Mevcut gebelikte doğumla ilgili faktörler: Uterus stümülasyonu (İndüklem ve operatif doğumlar), versiyon ekstraksiyon (internal), hidrosephaly, orta ve yüksekte forseps uygulamaları, baziotripsisi, ambriyotomi, omuz distosisi, ihmal edilmiş yan geliş, aşırı fundal basınç, grand multiparite, dekolman plasenta, plasenta accreata, plasenta increata, makadi doğumlar,.

3-Diğer faktörler: Uterus anomalileri, travma, otomobil kazaları. Kornual gebelik, bilinmeyen faktörler. (6,8,13)

Uterus rüptürünün değişik otör ve faktörlere göre çeşitli sınıflandırılması vardır. 1-Etkili Kuvvetlere göre: a-Spontan Rüptür, b-Travmatik rüptür, 2-Yırtık yerine göre: a-Yırtık korpusta veya uterus alt segmentinde olur. b-Serviksin vajinadan ayrılıp kopması (Colporrhexis) uterus rüptürüne dahildir. 3-Periton iştirakine göre: a-İncomplet uterus rüptürü (Periton sağlamdır, yalnız uterus duvarı yırtılmıştır) b-Komplet uterus rüptürü (Periton dahil bütün uterus tabakaları yırtılmıştır.) 4- Zamana göre: a-Gebelik esnasında meydana gelen rüptürler. b-Travay esnasında meydana gelen rüptürler... diye adlandırılır. (1.6.)

Uterus rüptürü başarılı tedavisindeki anahtar nokta erken tanıdır. Her doğumdan sonra, ister spontan ister forsepsle sonuçlansın, rutin olarak vagina serviks ve uterus vaginal yoldan dikkatlice kontrol edilmelidir.

Uterus rüptürünün klasik semptomları, abdominal hassasiyet, şok levhası, travayın birden duruşu, ile rüptür gerçekleşir. Buna ek olarak tuşede önde gelen kısım kaybolur, futusun karın boşluğuna gelen kısımları net olarak ele ge-

lir. Önceden bulunan uterin skarın her zaman rüptür olacağı akıldan çıkartılmamalıdır. Skar rüptürü yeri avasküler saha olduğu için kanama spontan ve travmatik rüptürden daha azdır. Eğer doğum esnasında rüptür olursa, kontraksiyonlar devam ettirilir. Rüptür ligamentum latuma doğru uzamışsa hipotansiyon geç görülür. Skarlı uterusların % 24'ü doğum kasılmaları başlamadan önce rüptüre olabilir. Bazen rüptür alanı, fetusun bir parçası ile tikanır ve buraya bası yapılarak kontrol edilen kanama teşhisi geçiktirir. Bir hastada hem uterus rüptürü, hemde atoni kanamasının aynı anda görüleceği unutulmamalıdır. Uterus rüptürü idiopatik obstetrik şokun ayırıcı tanısında ilk olarak akla gelmelidir. Pulmoner emboli, myocardial infartus, amniotik sıvı embolisi doğum ve gebeliği komplike hale sokan diğer faktörlerden ayrılmalıdır. (10,11,12)

Sezeryan veya vaginal doğumu takiben çeşitli nedenlerle yapılan, uterus çıkarılma operasyonuna postpartum histerektomi denir. Bu operasyon 1876'da hemoraji ve enfeksiyon nedeni ile ilk başarılı operasyonu gerçekleştiren Dr. Eduardo Porro'nun adıyla anılmaktadır. Post partum histerektomi komplikasyonları olarak, batin rahatsızlıkları, distansiyon, mesane ve ureter zedelenmeleri, piyelitis, sistit, idrar çıkaramama, tromboflebit pulmoner emboli.....v.s. Post partum histerektomi Alfara, Miller, Simpson, Cosgrove, Lash ve Cummings' in yayınlarında belirttiği gibi basit ve süratle uygulanan bir operasyon olmayıp mortalite ve komplikasyon oranı yüksektir. Postpartum Histerektomi endikasyonu olan hastalar tecrübeli kişiler tarafından yapılmalıdır. (2,4,6,8,10.)

Gebe uterusda rüptür tanısı konulur konulmaz, acilen damar yolu açılır, kan tranfüzyonu yapılır, volüm açığı kapatılır, ve acilen laparotomiye alınır. Batin çok hızlı bir şekilde açılır. Cilt altı hemostazına az zaman ayrılır. Genital organlar explore edilir ve rüptürün derecesi saptanır. Tedavide hastanın genel durumu, rüptür alanı, ve çocuk durumuna göre reperasyon veya histerektomi yapılır. Laserasyon serviksten vagina içerisine doğru yayıldığı uterus rüptürleri çok ciddidir. Laserasyon cervikse doğru ise uterusun total olarak çıkartılması tercih edilir. Adnexlerde patoloji yoksa yerinde bırakılır. Eğer vagende bir laserasyon varsa, batin kapatılmadan vaginal bir yaklaşımla laserasyon kapatılmamalıdır. Sık olarak laserasyon broad ligamentin içerisine yönelir. Ve parametrium içerisine yayılırsa histerektomi kanamayı kontrol edemez. Hemostazı lokal olarak durdurmak ureterler için zararlı olacaktır. Bu durum farkına varılır varılmaz ilgili hypogastrik arter ligasyonu yapılmalıdır. Uterus rüptüründe en uygun tedavi histerektomidir. Uterustaki laserasyon tamiri daha sonraki gebeliklerde risk faktörü oluşturur. Ancak çok genç kadınlarda tüp ligasyonu ile beraber veya tüp ligasyonsuz reperasyon uygulanabilir. Total histerektomi tercih edilir, Zaman ve kan kaybı nedeniyle ağır durumlarda subtotal histerektomi tercih edilir. 40 yaşının altındakilerde adnexlerde patoloji yoksa bir tarafta en azından bırakılmalıdır. Soldaki adnex kısmen sigmoid kolon ile kaplı olduğundan genelinde bırakılan adnex olarak tercih edilir. (3,4,6,7,8,10,13)

MATERYAL VE METOD:

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 1982-Aralık 1986 tarihleri arasında toplam 2958 doğum vakasının retrospektif analizinde 40 uterus rüptürü vakası tesbit edilmiştir. Bu vakalar tedavi, prognoz ve komplikasyon yönünden incelenmiştir.

Uterus rüptüründe tedavi seçimi olarak reperasyon veya histerektomi yapılmıştır. Tanı, hastanın anemnezi, klinik muayenesi ile konulup acil laparotomiye alınmıştır.

Histerektomi esnasında dokular ödemli olduğundan, disseksiyon gebe olmayana göre daha kolaydır. Fakat damarların hipertrofisi nedeniyle kanama daha fazladır. Operasyonda kanama yerleri geniş klemples kullanılarak sağlanmıştır..

Hastalara ortalama 7 gün civarında Ampisilin 4 gr./gün olarak verilmiş, olup bazı vakalarda klinik durumu göre ilave antibiyotik tedavisine alınmıştır.

Hastaların hepsi genel anestezi altında opere edilmiş olup, anestezi süreleri 90-240 dakika arasında değişmekteydi. (Ortalama anestezi süresi: 120 dakika.) Hastalar servisimizde 7-58 gün arasında yatmış olup (Ortalama: 12 gün) olarak bulunmuştur.

BULGULAR

Kliniğimizde 5 yıldaki doğumların tipi ve uterus rüptürünün yıllara göre dağılımı Tablo : 1 de gösterilmiştir. Sezeryan insidensi % 28,89 Rüptür ise % 1,378 olarak bulunmuştur.

TABLO: 1 Uterus Rüptürü Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı

Yılı:	Toplam:	Vaginal Doğum:	Yüzde %	Sezeryan	Yüzde %	Rüptür	Yüzde %
1982	521	457	82.28	64	12.28	8	1.53
1983	534	439	82.21	95	17.79	10	1.87
1984	625	467	74.72	158	25.28	7	1.12
1985	480	319	66.46	161	33.54	6	1.25
1986	798	554	69.43	244	30.57	9	1.25
Toplam:	2958	2236	%76.11	722	%28.89	40	%1.378

Uterus rüptürü olan 40 vakanın, protokol, yaşı, gravida, parite, abortus, ve yaşayan çocuk sayıları Tablo:2'de gösterilmiştir. Vakaların yaşları 21-42 Yaş arasında olup (ortalama 30,85) dir. Gravida 2-12, (Ortalama: 6,5), Parite 1-12

(Ortalama:5,62), abortus 0-3 (ortalama: 0,6), yaşayan çocuk sayısı: 0-8 (ortalama: 3,125) arasında değişmektedir.

TABLO 2 Rüptür Vakalarının Yaş, Protokol, Adı Soyadı, Gravida, Parite, Abortus, Yaşayan Çocuk Sayıları:

Hasta	Protokol:	Yaşı:	Gravida:	Parite:	Abortus	Yaşayan Çocuk.S.
1-AA	11782/11797	40	10	10	—	7
2-MŞ	4687/4700	40	7	6	1	5
3-HB	6205/6215	26	5	3	2	—
4-ND	4812/4807	35	7	7	—	3
5-SS	927/927	27	7	7	—	6
6-GB	257/257	31	7	7	—	3
7-ZV	13612/13622	25	8	8	—	4
8-FP	14111/14117	34	3	3	—	1
9-AU	2675/2677	40	9	8	1	7
10-CI	1735/1735	23	4	2	2	1
11-BÇ	10014/10019	35	4	4	—	1
12-ND	6705/6711	33	9	8	1	2
13-HÖ	8118/8122	25	4	4	—	2
14-TK	8596	30	5	5	—	4
15-SŞ	13040/13048	21	5	2	3	1
16-KE	9443/9448	42	12	12	—	7
17-NR	2969/2969	40	10	9	1	6
18-GŞ	5118/5119	34	11	10	1	3
19-HS	1412/1413	27	5	5	—	2
20-BB	8324/8325	22	4	3	—	—
21-HT	9790/9791	40	9	8	1	2
22-FK	1538/2539	30	7	7	—	5
23-ZY	2192/2193	35	6	6	—	3
24-GY	350/350	27	2	2	—	1
25-ZÇ	2234/2234	27	2	1	1	—
26-HY	2520/2520	23	3	3	—	1
27-GE	10430/10430	32	3	3	—	2
28-RB	12902/12902	28	8	7	1	6
29-RK	441/441	41	7	6	1	5
30-ND	8474/8474	40	10	9	1	8
31-NA	1041/1041	35	4	3	1	1
32-RT	3209/3209	30	9	7	2	3
33-NG	5928/5928	30	2	2	—	1
34-NP	10818/10818	24	4	4	—	1
35-NY	6701/6701	28	3	3	—	2
36-YC	5871-5871	27	4	4	—	1
37-PD	3871/3876	37	11	9	2	5
38-İA	3868/386	30	7	7	—	6
39-ZK	11719/11719	30	9	9	—	6
40-MK	5582/5582	22	4	2	2	1

Uterus rüptürü vakalarının 19'u (% 47,5) reperasyon, 11 (%27,4) subtotal histerektomi, 10 (% 25) 'inde total histerektomi, Total histerektominin 2 si (%5)'inde ise Hypogastrik arter ligasyonu yapılmıştır. Reperasyon yapılan 5 vaka ya Pomeroy Usulü Bilateral Tüp ligasyonu yapılmıştır.) (%12,5). Tablo:3

TABLO: 3 Uterus Rüptürü Vakalarında Operasyon şekilleri:

Operasyon:	Olgu:	Yüzde	Hypogastrik Lig.	Bil.Tüp.Lig.
Reperasyon	19	%47.5	—	5 (%12.5)
Subtotal Histerektomi	11	%27.5	—	—
Total Histerektomi	10	%25	2 (%5)	—
TOPLAM:	40	%100	—	—

Vakalarımızda skar rüptürü (20 (%50), spontan rüptür 15 (% 37.5), travmatik rüptür 5 (% 12-5) olarak bulundu. Tablo:4

TABLO: 4. Rüptür Vakalarında Kalsifikasyon:

Klasifikasyon:	Vaka:	Yüzde:
Skar Rüptürü:	20	%50
Spontan Rüptür:	15	%37.5
Travmatik Rüptür:	5	%12.5
TOPLAM	40	%100

Tüm rüptür vakalarımızda intraoperatif veya postoperatif dönemde bir veya daha fazla komplikasyon görülmüştür. En sık görülen komplikasyon kan tranfüzyonunu gerektiren hemorajidir. 37 vakaya (%92,5) 1-7 Ünite arasında kan tranfüzyonu yapılmıştır. (Ortalama 2,07 Ünite). Üriner infeksiyon 12 vakada (% 30), ateş 8 vakada (%20), Tromboflebit 4 vaka (% 10) Barsak obstrüksiyonu 4 vaka (% 10) ile dördüncü sırada gelmektedir.

Maternal ölüm 1 vakada görülmüştür. (%2,5). Tablo : 5

Rüptür vakalarının yenidoğanları 6'sı canlı olarak doğmuştur (% 15) 34 ise (%85) ölü olarak ve genellikle ölübebek batından çıkartılmıştır. Tablo:6

40 Rüptür vakamızın aylara göre dağılımı yapılmıştır. Kış aylarında rüptür olgularının 21 (% 52,5) olarak diğer aylardan daha fazla rastlandığına dikkat çekilmiştir. Tablo: 7

Vakaların, rüptür etiyojilerine göre yapılan sıralamada, 20 vaka (%50) geçirilmiş sectio, 12'si (% 30) İhmal Edilmiş Yan geliş+Kol Sarkması, 3'ü Baş Pelvis Uygunsuzluğu, (% 7,5), 3'ü (% 7,5) İnternal Versiyon Ekstraksiyon, Vakanın 1'i Baziotripsi (%2,5),1'i Dekolman Placenta+Travma (%2,5) Tablo:8.

TABLO: 5. Uterus Rüptürlerinde görülen postoperatif Komplikasyonlar:

Komplikasyonlar:	Hasta Sayısı:	Yüzde (%)
Kan tranf��zyonunu gerektiren		
Hemoraji:	37	% 92.5
Üriner Enfeksiyon:	12	% 30
Ateş:	8	% 20
Tromboflebit:	4	% 10
Barsak Obstrüksiyonu	4	% 10
Kesi Enfeksiyonu:	2	% 5
Akut Böbrek Yetmezliği:	2	% 5
Maternal ��l��m:	1	% 2.5
Üreter Ligasyonu:	1	% 2.5
Kanama Diatezi:	1	% 2.5
Kardiak Arrest:	1	% 2.5
Diare:	1	% 2.5
Pneumoni:	1	% 2.5

TABLO: 6. Rüptür Vakalarında Perinatal Mortalite:

Operasyon Tipi:	Yenidoğan Canlı:	Yüzde:	Yenidoğan ��l��:	Yüzde:
Reperasyon:	4	% 10	15	%37.5
Histerektomi:	2	%15	19	%47.5
Toplam:	6	%15	34	%85

TABLO: 7. Rüptür vakalarının Aylara Göre Dağılımı:

Aylar:	Vaka:	Yüzde: %
Aralık		
Ocak, Şubat	21	% 52.5
Mart:		
Mayıs, Nisan		
Haziran, Temmuz	11	% 27.5
Ağustos, Eylül		
Ekim, Kasım.	8	% 20

TABLO. 8: Vakaların Etiyolojilerine Göre Uterus R pt rleri:

Etiolojik Faktör:	Vaka Sayısı:	Yüzde:
Geçirilmiş Sectio:	20	%50
İhmal Edilmiş Yan Geliş+ Kol Sarkması:	12	%30
Baş Pelvis Uygunsuzluğu:	3	%7.5
İnternal Versiyon Ekraksiyon:	3	%7.5
Baziotiripsi:	1	%2.5
Dekolman Plasenta Travma:	1	%2.5
TOPLAM:	40	%100

TARTIşMA

Obstetride uterus rüptürlerinde eskiden olduğu gibi bu gün de anne ve çocuk mortalitesi yüksek olmasına karşın, acil bir laparotomi ile hayat kurtarılabilir. Çocuk için sonuç hemen daima karanlıktır. Çok erken müdahale edilen vakalarda çocuğu kurtarmak mümkündür. (1,8,12).

Corpus uteride yapılmış sectiolarda rüptür, alt segment sectiolalarına oranla 10 misli daha fazladır. (1,8,10) Bizim skar rüptürlerinin hepsi geçirilmiş klasik sectioya ait skar rüptürü oluşturmaktadır. 20 vakamız (% 50)'sinin nedeni  evre hastanelerde çeşitli nedenlerle klasik sectio yapılmıştır. Ayrıca bu vakalarda ilk sezeryan yapılırken cilt kesilerinin göbek altı median insizyon tercih edildiği dikkati çekmiştir. O'Driscoll (10) geçirilmiş alt segment skarlarından 2170 inden 30'unda (% 1,4) ve eski klasik sezeryan skarları olan 79 undan 5'inde (% 6,4) rüptür rapor etmişlerdir. Palermo ve Friedman (10) % 2,2 lik klasik sezeryan s skarlarından. % 1,3 l k alt segment vertikal skarlarından, % 0,7 lik ise alt segment transvers skarlarına bağlı rüptür insidansı bildirmişlerdir.

Rüptür etiolojisinde diğer bir faktör Grandmultiparitedir. (1,3,8-812.) Bizim vakaların gravidası, 2-12 arasında (Ortalama: 6,5), Parite, 1-12 arasında (ortalama: 5,6) olduğu g r lm ştir.

Rahman ve çalışma arkadaşları (9), Libyada uterus rüptürü nedenleri arasında çok sık doğum, ana faktörün başında geldiğini ifade etmektedirler. Diğer faktörler arasında baş pelvis uygunsuzluğu, ihmal edilmiş yan geliş, Oxitocin ile st m lasyon, ve zararlı obstetrik müdahaleler olarak yayınlamışlardır. Bizim 40 uterus rüptürünün 20 (% 50) si, geçirilmiş klasik sectio, 12(%30) si ihmal edilmiş yan geliş, 3'  (% 7,1)'i baş pelvis uygunsuzluğu, 3'  (% 7,5) internal versiyon ekstraksiyon, 1 tanesi (% 2,5) baziotripsisi, 1 tanesi (% 2,5)'i de dekolman plasenta ve travma olarak bulunmuştur.

Rüptür vakalarında tedavide, acil laparatomide reperasyon yeterli olmayıp, hemoraji kontrolü için subtotal, total histerektomi, hypogastirik arter ligasyonu

ile sağlanabilir. (1,2,3,4,8,12.) Bizim vakalarımızın 19 (% 47,5) reperasyon, bununda 5 tanesine, (% 12,5) Bilateral Pomeroy usülü Tüp ligasyonu yapıldı. 11 vakaya (%27,5) subtotal histerektomi, 10 vakaya (%25) total histerektomi, total histerektominin 2 tanesine (%5) hypogastirik arter ligasyonu yapılmıştır.

İleobachie GC ve çalışma arkadaşları, ihmal edilmiş yan gelişe bağlı uterus rüptürlerinin neden olduğu 9 vesiko uterin fistül vakası çalışmışlardır. (7). De Costa ve arkadaşları (3) sezeryan histerektomi komplikasyonları olarak, postoperatif distansiyon, infeksiyon, operasyon sırasında mesane ve üreter travmaları, pyelitis, pyelonefritis, tromboflebitis, pulmoner emboliyi yayınlamışlardır. Erk ve Arkadaşları (4) postpartum Histerektomi operasyonunda en sık görülen komplikasyonları: Kan tranfüzyonu gerektiren hemoraji (% 87,5), üriner enfeksiyon (% 25), ateş (% 18,75) kesi enfeksiyonu (%18,75 , maternal ölüm (%12,5) olarak yayınlamışlardır. Bizim yaptığımız uterus rüptürü operasyonlarında en sık görülen komplikasyon 37 vakada (% 92,5) kan tranfüzyonu gerektiren hemoraji, olup hastalara 1-7 ünite (Ortalama:2,07.Ü) arasında kan verilmiştir. Üriner enfeksiyon 12 (% 30), ateş 8 (%20), tromboflebit 4 (%10), barsak obstrüksiyonu 4(%10) , kesi enfeksiyonu 2 (% 5), akut böbrek yetmezliği 2 (%5), maternal ölüm 1 (% 2,5), kardiyak arrest 1 (% 2,5), üreter ligasyonu 1 (% 2,5), kanama diatezi 1 (% 2,5) görülmüştür. Üreter ligasyonu, Hypogastirik arter bağlanırken ligatüre edilmiştir. Hastaya postoperatif 4. gün Ureterosistostomi yapılmış ve şifa ile taburcu edilmiştir.

Spontan ve travmatik rüptürler skar rüptürlerinden daha fazla tehlikelidir. (8) Bizimde bir vakamız ihmal edilmiş yan geliş nedeniyle rüptür olmuş, expolorasyonda üreterin de lasere olduğu görülmüştür. Hastaya operasyon esnasında Adnexler bırakılarak total abdominal histerektomi+Sol ureteroneosistestomi yapılmış ve sağlığına kavuşmuştur. Diğer bir olgumuz, baziotripsi ile doğum esnasında rüptür olmuş, laparatomide reperasyon yapılmıştır.

3 olgumuz internal versiyon ekstraksiyon esnasında rüptür olmuş, bu vakaların bir tanesine reperasyon, birisine subtotal histerektomi, bir tanesine de total histerektomi yapılmıştır. Rüptür vakalarımızdan bir tanesi, Miadında Multigravida+Geçirilmiş Sectio+Uterus rüptürü+Hemorajik şok tanısı ile yatırılıp opere edilmiş Fakat hasta solunum ve kalp yetmezliğinden ex olmuştur.

O'Sullivan ve arkadaşları (8), travmatik rüptürde maternal ölümü % 24 spontan rüptürde ise, % 3,07 olduğunu vurgulamışlardır. Rahman. J ve Çalışma arkadaşları (9) perinatal mortaliteyi (% 70), anne mortalitesini ise % 5-10 olarak yayınlamışlardır.

Bizim vakalarımızda perinatal mortalite % 85 matemel mortalite ise % 2,5 olarak bulunmuştur.

Rüptür vakalarımızın mevsimsel dağılımı olarak, Aralık, Ocak, Şubat, Mart

aylarında 21 vaka (% 52,5) muracaat ettiği dikkat çekmiştir. Bunun nedeni, ise, Doğu Anadolu Bölgesinde bu aylarda ulaşımın güçlüğüyle yapılmasıdır.

Rüptür insidansını, Rahman J ve Arkadaşları (9) 1/585, Shreve RW ve Arka daşları Amerika Birleşik Devletlerinde 1500 canlı doğumda bir rüptür olduğunu bildirmişlerdir. Ayırtman ve Çalışma Arkadaşları rüptür insidansını (2), % 0,054 olarak yayınlamışlardır.

Uterus rüptüründe tanı kriterleri, dolayısıyla insidans göstergesi, sessiz bir rüptürün veya daha önceki sezeryan sectio skarının açılmasının rapor edilen verilere dahil edilip edilmeyeceği sorusuna göre değişiklik arz etmektedir. (10) Sherewe RW Arkadaşları obstetrik komplikasyonlar için baş vuru merkezleri olarak hizmet gören hastaneler daha yüksek bir uterus rüptür insidansı rapor etmişlerdir.

Bizim servisimiz de, obstetrik komplikasyonlar için başvuru merkezi olarak hizmet görmektedir. Normal doğum insidansının az olması, çevre hastanelerde hala sectionun klasik olarak yapılması, hastalarımızın çoğunun grandmultipar olması, kışın ulaşımın güçlüğüyle yapılması nedeni ile insidans: % 1,378 olarak bulunmuştur.

SONUÇ

Bu çalışmamızda 40 uterus rüptürü vakası, etiyoloji, tedavi, komplikasyonlar, prognoz ve morbidite yönünden çalışılmıştır. Rüptür vakalarımızın 20'si (% 50) skar rüptürü olduğu görülmüştür. Bu skar rüptürlerinin de hepsinin geçirilmiş klasik sectionun ana etken olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca abdominal doğumda alt segment transvers sectionun tercih edilmesine dikkat çekilmiştir. Ayrıca rüptürlerimizin etiyolojisinde diğer faktörler arasında kol sarkması, ihmal edilmiş yan geliş, baş pelvis uygunsuzluğu, ve obstetrik mudahaleler olduğu görülmüştür. Rüptür insidansımızın yüksek olmasının diğer faktörleri arasında, servisimizin obstetrik komplikasyonlar için baş vuru merkezi oluşu, ve kışın bölgemizde ulaşımın güçlüğüyle yapılmasına dikkat çekilmiştir.

Vakaların durumuna göre reperasyon veya histerektomi tercih edilmiştir. Diğer postpartum histerektomilerde olduğu gibi uterus rüptüründe operasyonun tecrübeli ellerde ve kan temini mümkün olan merkezlerde yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Rupture Of The Uterus

Summary

With this analysis, we have evaluated 40 cases of uterin rüptüre who have been recorded at department of OB/GYN, MEDICAL FACULTY OF ATA-

TÜRK UNIVERSITY IN ERZURUM between 1982 and 1986. In our hospital, which serves as referral center for obstetric complications, we found that the incidence of uterin rüptüre was 1,378 % (This rate was higher than the others) The causes included previously cesarean, sectioin arm dystocia, cephalopelvic dysproportion neglected labor, fruquent labor, and difficulty in arrival in winter in this area. We have also calculated that fetal and maternal mortality are 85 % and 2,5% respectively. Of the total cases, in 21 hysterectomy, in 19 reparier of uterin have been performed. By reviewing the previous studies about this subject, we have discussed morbidity and the complication which occurred during operation and postoperative period.

KAYNAKLAR

- 1- Arısan K.: Rupture Uteri. Doğum Bilgisi Çeltüt Matbaacılık Koll Şti. İstanbul. 1978, s: 461-466.
- 2- Ayırtman M., Oral Ö.: Uterus Rüptürlerinde Konservatif Ameliyatların Önemi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 1983. 14/3, s: 369-375.
- 3- De Costa E J.: Cesarean Section and other Obstetrics Operations . Textbook of Obstetrics and Gynecology, second edition, Editor David N. Danforth Medical Book Department. Harper and Row, Publishers New York, Evanston San Francisco, London 1971. pp: 684-703.
- 4- Erk A., Söylemez F., Siphai T.: Postpartum Histerektomi. Kadın Doğum Dergisi 1986 2/3, s: 128-132.
- 5- Eastman NJ.: Rupture of the. Uterus, Williams Obstetrics, Eleventh Edition Appleton, Century, Crofts, Inc New York, 1956, pp: 942-953.
- 6- Goplerud Cp. : Bleeding in Late Pregnancy. Textbook of Obstetric and Gynecology, second edition Editor David N. Danforth Medical Book Department. Harper and Row, Publishers New York, Evanston, San Francisco, London 1971, pp: 377-396.
- 7- İleobachie GC and Njoku O.: Br . J. Urol 1985 57/4 pp: 438-439.
- 8- O'Sullivan, MJ.: Ruptured Uterus, Managing OB/GYN Emergencies. Second Edition, Edited by John. T. Queenan, Medical Economics Books 1983. pp: 93-99.
- 9- Rahman J. , Al-Sibai M H and Rahman MS. : Rupture of the uterus in labor, Areview of 96 cases. Acta Obstet Gynecol Scand. 1984. 64/4 pp: 311-315.
- 10- Shreve RW and Russo JN.: Rupture of the Uterus. Sciarra Gynecology and Obstetrics 1985 Vol. 2 Capther: 80,1/9.

- 11- Webb CF and Gibbs JV.: Cesarean Hysterectomy, Sciarra, Gynecology and Obstetrics, 1985 Vol: 2, Capther: 85,1/9.
- 12- Willson JB.: Cesarean Hysterectomy. Atlas of Obstetric technic Second edition The CV Mosby Company Saint Louis 1969, plate: 54 pp: 288-297
- 13- Waters EG.: Surgical Techniques of Cesarean Section Sicara, Gynecology and Obstetrics 1985, Vol: 2, Capther: 84,1/30.