

# Önceki Gebelikte Uygulanan Klasik Sezaryene Bağlı Spontan Uterus Rüptürü

*Spontaneous Uterus Rupture Due To The Classical Caesarean In The Previous Pregnancy*

*Karaca M, Yıldırım C,  
Göçmen A*

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

**Dr. Mehmet Karaca,**  
**Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Kadın Hastalıkları ve Doğum**  
**Anabilim Dalı, Gaziantep**  
**drmehmetkaraca@hotmail.com**

## ÖZET

Her hekim, her acil servis ve her hastanenin hastaların sevk ve idaresinde bir algoritması vardır. Ancak hasta bir ön tanı ile geliyorsa, hem hasta hem de o sağlık kurumu için oldukça ciddi problemlerin başladığının habercisi olabilir.

35 yaşında kadın hasta intrauterin ölü fetus ve pulmoner emboli ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Hastanın, yaklaşık 24 saat önce başlayan nefes darlığı ve fetusun hareketlerini hissetmeme şikayetleri vardı. İlk konsültasyonlarının ardından ekokardiyografi yapıldı ve kardiyak fonksiyonlar normal olarak değerlendirildi. Fetal kardiyak aktivite değerlendirilirken, fetal kalp atımlarının olmadığı görüldü. Ayrıca batında serbest mayi ile kontrakte uterus saptandı ve hastada uterus rüptürü tespit edilerek ameliyata alındı. Sonuç olarak, hasta her nereden ve her ne sebeple sevk edilirse edilsin, hiçbir ön koşul olmadan değerlendirilmeli; anamnez, fizik muayene ve sistemik yaklaşım göz ardı edilmemelidir. Ayrıca klasik sezaryen sonrası gebelikte uterus rüptürü hem anne hem de fetusun hayatını tehdit edebilir.

**Anahtar kelimeler:** Klasik Sezaryen, Spontan Uterus Rüptürü, Zor Tanı, Acil Servis

## SUMMARY

*Every hospital, department and physician has an algorithm in the management of the patients. However the patients dispatched from another hospital with a diagnosis misdirect the physicians attending in the emergency department (ED).*

*A 35 years old woman dispatched to our hospital with diagnosis of pulmonary embolus. The patient had not felt the movements of fetus and had got a chest pain started 24 hours before she came to the ED. We noticed that the fetal cardiac activity was absent. Furthermore there was free fluid in the abdomen and the uterus was contracted. After all, the patient was undergone an operation with a diagnosis of uterus rupture.*

*In conclusion, every patient should be evaluated without focusing at one point. History, physical examination and systematic approach should not be ignored. Meanwhile, the uterus the pregnancy after a caesarean threatens the life of the mother and also fetus.*

**Key Words:** classical caesarean, spontaneous uterus rupture, difficult diagnosis, emergency department

## GİRİŞ

Her ne sebeple olursa olsun, bir hastanın yolu acil servisten geçiyorsa yapılacak şeyler hemen hemen bellidir. Hasta rahatsızlığı nedeni ile acil servise başvurur ve bu şikayet genelde vücudun herhangi bir yerinde beklenmeyen bir anda ortaya çıkan bir ağrı, şuur kaybı, travma ya da kanamadır. Her hekim, acil servis ve hastanenin hastaların sevk ve idaresinde bir tedavi algoritması vardır.

Ancak, hasta bir sağlık kurumundan ya da bir hekim tarafından herhangi bir ön tanı ile sevk edilirse; bu hem hasta için hem de o sağlık kurumu için oldukça ciddi problemlerin başladığını habercisi olabilir.

Bu yazıda, başka bir sağlık kurumundan intrauterin ölü fetus ve pulmoner emboli ön tanısıyla sevk edilip; bu ön tanıların ışığında tetkik ve tedavi yapılırken beklenmedik bir bulgu ile farklı bir tanı alan bir olgu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

35 yaşında kadın hasta intrauterin ölü fetus ve pulmoner emboli ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Hastanın yaklaşık 24 saat önce başlayan nefes darlığı ve fetusun hareketlerini hissetmeme şikayeti vardı. Obstetrik anemnezinde üç gebelik, bir canlı doğum ve bir düşük (Gravida 3, Parite 1, abort 1 (G3P1A1)) olduğu öğrenildi. Canlı doğum 10 yıl önce sezaryenle yapılmıştı ve sezaryen sebebinin doğum sırasındaki kol sarkması olduğu öğrenildi.

Hastanın acil servisteki ilk değerlendirmesinde: genel durumu orta, şuuru açık, kopere ve oryante idi TA:130/90 mmHg, nabız:150 atım/dakika, solunum sayısı 30 soluk/dakika (takipneik ve yüzeysel solunumu mevcut), ortopneik ve dispneikti. Hasta sırt üstü yatmadığı için gerek batın, gerekse pelvik muayeneleri tam olarak yapılamadı.

İlk değerlendirme ve stabilizasyonun ardından gerekli laboratuvar tetkikleri istendi. Göğüs hastalıkları ile Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümlerinden konsültasyon istendi. İlgili bölümler hastayı acil serviste gördüler, ancak yapılan muayenede batın yeterince değerlendirilemedi. Ayrıca, hasta oturur pozisyonda olduğu için vajinal muayenesi kısmen yapılabilirdi ve vajinal kanamasının olmadığı tespit edildi.

İlk muayene ve laboratuvar bulgularının ışığında hastanın nefes darlığının pulmoner kökenli olmadığına karar verildi. Göğüs hastalıklarının önerisi sonrası hasta Kardiyoloji ile konsülte edildi ve hastaya ekokardiyografi yapılmasına karar verildi. Ekokardiyografide kardiyak fonksiyonlar normal olarak değerlendirildi. Hasta odadan çıkarılmadan önce fetal kardiyak aktiviteyi değerlendirmek amacıyla kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından prob abdominal bölgeye kaydırıldı ve fetal kalp atımlarının olmadığı gözlemlendi. Ancak beklenmedik bir şekilde batında serbest mayi tespit edildi. Fetus batın içinde

uterusun dışındaydı ve diyafragma doğru yer değiştirmişti. Prob pelvik bölgeye kaydırıldığında uterusun tamamen kontrakte olduğu tespit edildi. Bu bulgularla, hastada uterus rüptürü düşünüldü ve hastanın klinik progresinde değişiklik yapıldı; hasta hemen ameliyata alındı. Hasta sırt üstü yatırılmadığı için indüksiyon anestezisi oturur pozisyonda verildi. Ardından uygun pozisyona geçildi. Pfannenstiel kesi ile batına girildi. Batında kısmen hemorajik amnion sıvısı vardı; fetus ve plasenta batındaydı. Uterus eski skar yerinden tamamen açılmış, ancak skar dokusunda kanama yoktu ve kontrakte olmuştu. Fetus ve plasenta dışarı alındı. Uterus kapatıldı ve aspirasyon ile irrigasyon yapılarak ameliyat bitirildi. Hasta uyandırıldığında solunum problemi yoktu ve operasyon sonrası üçüncü gün şifa ile taburcu edildi. Hastanın bundan sonraki yaşamında gebe kalmasının riskli olduğu, gebe kalacaksa bu riski göze alması gerektiği konusunda bilgilendirildi.

## TARTIŞMA

Gebe bir hasta acil servise geldiğinde iki hasta olarak değerlendirmek gerekir. Yapılan her müdahalede, hem anne hem de fetus göz önünde bulundurulmalıdır. Çoğu kez hastanın tedavisi zamanla yarışarak yapılmalı; efektif tedavi, stabilizasyon ve ileri tedavisi geciktirilmemelidir (1).

Acil servise başka bir sağlık kurumundan bir ön tanı konularak gönderilen hastanın gerek takip gerekse tedavi açısından bazı problemlerle karşılaşması muhtemeldir. Bunun nedeni hastanın bir ön tanısı varsa doktorun bunu dikkate alması ve sistemik değerlendirme kriterlerini göz önüne almamasıdır. Hastamızda en önemli şikayet nefes darlığıydı. Bu nedenle klinik değerlendirme sırasında dikkatler daha çok kardiyopulmoner sistem üzerinde yoğunlaşmıştı. Ancak asıl problem ekokardiyografi sırasında tesadüfen fark edilmiştir. Şikayetlerin ana nedenini oluşturan uterus rüptürüdür. Uterus rüptürü sonucu fetus ile amnion mayi batına geçmişler ve diyafragma irritasyonu yaparak nefes darlığına neden olmuşlardır. Operasyon sonrası bu irritasyonun kalkması ile nefes darlığı da düzelmiştir.

Acil servise başvuru nedenini oluşturan şikayet her zaman problemin kaynağını yansıtmayabilir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran hastada problem pulmoner kökenli olabileceği gibi, pulmoner bir şikayet ile başvuran hastada da problem abdominal kökenli olabilir. Bu nedenle, bilinmeyen bir etyoloji araştırılırken hasta multisistemik olarak değerlendirilmelidir (2).

Öte yandan, daha önceden yapılmış sezaryen, malprezentasyon ve ikinci dereceden distoziye bağlı olarak gelişen uterus rüptürü, maternal ve neonatal morbidite ile mortalite için major risk faktörleridir (3). Alt segment transvers kesilerde sonraki gebeliklerde uterus rüptür riski spontan olarak görülmez.

Sonraki gebeliğinde normal doğum yaparsa % 0,2-1,5 oranında rüptür görülebilir. Bu nedenle bu hastaların pek çoğu sonraki gebeliklerinde isterlerse normal doğum yapabilir. Günümüzde klasik sezaryen, artmış maternal kan kaybı, uzamış operasyon zamanı, uterus tamirinin güçlüğü ve sonraki gebeliklerde uterus rüptürü nedeniyle seyrek olarak yapılmaktadır (4,5). Chauhan ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada tüm doğumlar içinde klasik sezaryen oranını % 0.4 olarak bulmuşlardır (5). Ancak, uterusa klasik kesi yapılırsa ve bu kesi uterin fundusa kadar uzatılırsa, rüptür riski % 4-9 oranındadır ve normal doğum kontrendikedir (6). Bu hastalarda yüksek oranda olmasa da gebeliğin herhangi bir döneminde spontan olarak insizyon yeri açılması bildirilmektedir. Chauhan ve arkadaşları bu oranı % 0,6 olarak bildirmişlerdir (5). Bu nedenle, sezaryen sırasında ne tür bir uterus insizyonunun yapıldığı hem dosyaya net olarak kaydedilmeli, hem de hastaya detaylı bilgi verilmelidir. Bu spontan rüptür riskinden dolayı, gebelik 36. haftaya geldiğinde akciğer maturasyonunun değerlendirilmesini takiben gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir (5).

Ancak hastamızda gebelik 39. haftaya kadar sonlandırılmamıştır. Bunun sebebi, hem takip eden hekimin hem de hastanın önceki gebeliğinde klasik sezaryen olduğunu bilmemesidir.

Uterus rüptürünün gebeliğe bağlı intrauterin basınç artışı ile nontravmatik olarak gelişmesi oldukça nadirdir (7). Genelde direk abdominal travma, hızlı deselerasyon yaralanması ya da pelvik travma ile birlikte olur. Her ne sebeple olursa olsun, uterus rüptüründe; maternal şok, karın ağrısı, peritoneal bulgular ve fetal parçaların karın içinde görülmesi en sık görülen bulgulardır (6). Ancak bizim vakamızda uterus rüptürü eski insizyon yerinden spontan bir nedene bağlı olarak gelişmiştir. Ayrıca spesifik klinik bulgular da görülmemiştir. Fetusun batın içinde tespiti ise tesadüfen olmuştur.

Klasik sezaryen ile doğum; uzamış operasyon zamanı, uterus tamirinin güçlüğü, artmış kan kaybı ve sonraki gebeliklerde uterus rüptürü nedeniyle seyrek olarak yapılmaktadır. Ancak; malprezantasyon, preterm doğum, alt segmente ulaşamayan yapışıklık ve massive maternal obesite gibi klinik durumlarda klasik sezaryen gerekebilir (4,5,7,8). Sunduğumuz olguda kol sarkması nedeniyle klasik sezaryen uygulanmış olduğu öğrenildi.

Sonuç olarak, hastalık yoktur; hasta vardır. Her hasta ayrı bir klinik prezentasyondur. Hasta her nereden ve her ne sebeple sevk edilirse edilsin; hiçbir ön koşul olmadan değerlendirilmeli, anamnez, fizik muayene ve sistemik yaklaşım göz ardı edilmemelidir. Ayrıca klasik sezaryen sonrası gebelikte uterus rüptürü, hem anne hem de fetusun hayatını tehdit edebilir. Sonraki gebeliklerde spontan uterus rüptürünün olabileceği, hasta ve hekimler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Tang N. Trauma in pregnancy. In: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 5th ed. New York, NY: Mc Graw-Hill; 2000: 1628-1631.
2. Yagyu H, Kobayashi K, Kishi K et al. Motor neuron disease with respiratory insufficiency as primary manifestation. Nihon Koryuiki Gakkai Zasshi. 1999;37:321-6.
3. Ofir K, Sheiner E, Levy A et al. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189:1042-6.
4. Lao TT, Halpern SH, Crosby ET et al. Uterine incision and maternal blood loss in preterm caesarean section. Arch Gynecol Obstet 1993;252:113-7.
5. Chauhan SP, Magann EF, Wiggs CD et al. Pregnancy after classic cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2002;100(5 Pt 1):946-50.
6. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 5, July 1999 (replaces practice bulletin number 2, October 1998). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet. 1999;66 :197-204.
7. Judith A. Dattaro. Traumatic Emergencies: Scott h. Plantz, Jonathan N. Alder, (eds). Emergency Medicine. National Medical Series for independent Study, Baltimore, MD USA; 1998: 555.
8. Sweeten KM, Graves WK, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol. 1995 ;172:1851-5.