

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hast. ve Doğum
Anabilim Dalı
BAŞKANI
Prof. Dr. Orhan ERMAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

1981-1985 YILLARI ARASINDA KLİNİĞİMİZDE GÖRÜLEN UTERUS RÜPTÜRLERİNİN ENSİDANSI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
MERKEZ KÜTÜPHANESİ	
Konu No.	0028268
Kitap No.	61814
	GÖK
	1985

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	
Tasnif No.	

Dr. Mustafa GÜRBÜZ
DİYARBAKIR — 1985

İ Ç İ N D E K İ L E R

Giriş ve amaç.....	1
Genel Bilgiler.....	3
Materyal ve Metod.....	36
Bulgular.....	38
Tartışma.....	58
Sonuç.....	76
Özet.....	80
Literatür.....	83

G İ R İ Ő V E A M A Ć

Uterus rüptürü, gebelik esnasında ve doğum sırasında meydana gelerek; anne ve bebek hayatını, önemli derecede tehdit eden bir obstetrik komplikasyondur. Araştırmamızın konusunu oluşturan uterus rüptürleri, hastayı ve ailesini, zor durumlara düşürmekte ve hatta sıklıkla fatal olarak sonuçlanabilmektedir.

Çeşitli ülkelerde, gelişme düzeyi yükseldikçe, uterus rüptürlerinin görülme sıklığı da, ters orantılı olarak, azalmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, rüptür sıklığı, çok azalmış olmakla beraber; ülkemizde ve özellikle bölgemizde, bugün dahi oldukça önemli bir düzeyde bulunmaktadır.

Uterus rüptürlerinin, kısaca belirtilen büyük önemine dayanarak; bu çalışmada, çeşitli yönleri gözden geçirildi. Kliniğimizdeki görülme oranı ile birlikte, çeşitli parametreleri teker teker tetkik edildi.

Bölgemizdeki rüptür ensidansını, faktörlerini ve proflaksisini tespit etmek, amacımızı oluşturdu.

Gerek tez çalışmalarım boyunca ve gerekse tüm ihtisasım süresince, daima yardımcı olan, değerli bilgi ve tecrübeleri ile çalışmalarına ışık tutan, doğru yolu gösteren Sayın Hocam Prof.Dr. Orhan ERMAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca, tezimin hazırlanmasında ve daktilo edilmesinde emeği geçen Dr.Fikret ÖNER'e teşekkür ederim.

Dr.Mustafa GÜRBÜZ

GENEL BİLGİLER

"Uterus rüptürü" terimi, gebelikte fetusun yaşama kabiliyetini kazandıktan sonra ve doğum esnasında meydana gelen rahim yırtılmaları için kullanılır. İnterstitial gebelik rüptürü ve gebeliğin erken aylarındaki düşüklük sebebiyle ortaya çıkan travmatik perforasyonlar, bu tanımın dışında kalır.

Uterus rüptürü, XVIII. yüzyılda sık olarak ortaya çıkmaktaydı. Ancak, canlı insandaki uterus yırtığı, ilk olarak William Smellie tarafından tespit edilmişti. Yine de, bundan ancak 80 yıl sonra, Ames ve Meredith, tablonun ciddi olduğunu, sıklıkla trajik bir şekilde sonlandığını, tedavinin anne ve çocuk için, hayati önem gösterdiğini ortaya koymuşlardır (52).

Bu komplikasyonun gerçek sıklığını tespit etmek zordur. Verilen istatistik değerler de birbirlerinden çok farklıdır. Dünyanın çeşitli memleket ve yörelerinde yapılmış çalışmaların neticelerine baktığımızda, 93 ile 11365 doğumda 1 gibi çok değişik rakamlarla karşılaşmaktayız (52). Gelişmekte olan ülkelerde özellikle kırsal bölgelerde, uterus rüptürüne daha çok rastlanmaktadır.

A.B.D.'de ortalama 1000 ile 1500 doğuma, bir uterus rüptürü isabet ettiği açıklanmıştır. Ancak, uygun bir gebelik ve doğum takibiyle,

bu komplikasyonun, oldukça az görüleceğine inanılmaktadır.

Uterus rüptürlerinin, muhtelif etör ve faktörlere göre, değişik sınıflandırmaları vardır:

a) Etkili kuvvetlere göre:

1. Spontan rüptür,
2. Travmatik rüptür.

b) Yırtık yerine göre:

Yırtık, korpusta (korporal rüptür) veya uterus alt segmentinde olur. Serviksin, vaginadan ayrılıp kopması (Colporrhaxis), uterus rüptürüne dahildir. Uterusun iyice gerilmiş ve incelmış alt segmentinde meydana gelen rüptürlere, klasik rüptür denir (23).

c) Peritonun iştirakine göre:

1. İnkomplet uterus rüptürü:

Yalnız uterus duvarı yırtılmıştır, periton sağlamdır.

Yırtık, uterus alt segmentinin yan tarafında, parametrium ve ligamentum latum yaprakları arasına uzanabilir; fakat periton sağlam kalır.

2. Komplet uterus rüptürü:

Periton dahil, bütün uterus tabakaları yırtılmıştır (25).

d) Zamana göre:

1. Gebelik esnasında meydana gelen rüptürler,
2. Travay esnasında meydana gelen rüptürler.

e) Etiolojiye göre:

1. Travmatik rüptürler:

I. Aletlerle:

- Uterin sonda (histerometre) veya küret,
- Plasentanın elle halası,
- Yasal veya kriminal düşük provokasyonu için kullanılan çeşitli aletler.

II. Direkt veya indirekt travma.

III. Obstetrik travmalar:

- Oksitosik ilaçlar, forseps, makadi ekstraksiyon,
- İntrauterin manipulasyonlar (internal versiyon, forsepsle rotasyon, omuz prezentasyonu),
- Fundal basınç,
- Kraniotomi (Hidrosefalusda),
- İhmal (Baş-pelvis uygunsuzluğu, transvers duruş).

2. Spontan rüptürler (Travay süresince veya önce):

I. Geçirilmiş uterin cerrahi müdahaleler:

- Alt segment tipi veya klasik sezaryen,
- Myomektomi veya salpingektomi,
- Ventrofiksasyon,
- Plasentanın elle veya küretle alınması,

II. Uterin cerrahi müdahale geçirmeyenler:

- Doğuştan uterus anomalileri,

- Kornual gebelik,
- Mol hidatiform veya korioadenoma destruens,
- Plasenta perkroata,
- Görünür sebebi olmayanlar.

3. Kombinasyonlar:

Uterus rüptürü, üç ayrı periyotta müşahade edilir:

- A. Gebelik esnasında,
- B. Herhangi bir travay sırasında,
- C. Uzamış bir travay veya güç bir doğumu takiben.

Bu üç devrede meydana gelen uterus rüptürlerinin, klinik görünüşleri farklı olduğundan, yukarıdaki ayırım gerekli görülerek, ayrı ayrı incelendi.

A. Gebelik esnasındaki uterus rüptürleri

Bu devrede sebep, genellikle uterusun daha önceki zedelenmelerine bağlı nedbelerdir. Geçirilmiş sezaryen veya histerotomi nedbesi, ilk akla gelenidir. Üst segment nedbesi daha ziyade gebelik esnasında, alt segment nedbesi ise genellikle travay esnasında yırtılır (13,25).

Klasik sezaryen nedbesinin zayıflığı, üç sebebe bağlıdır:

1. Uterus nedbesi fibröz dokudan oluşmuştur.
2. Puerperiumda düzenli kontraksiyonlar olur. Özellikle, emzirme sırasında, bu kontraksiyonlar daha kuvvetli bir duruma gelir. Bu kontraksiyonlar, katküt düğümlerinin açılmasına sebep olabilir.
3. Placenta, özellikle nedbe dokusu üzerinde bulunuyorsa, rüptürden sorumlu olabilmektedir. Çünkü placenta dokusu, nedbe dokusunu derin olarak penetre etme eğilimindedir. Eğer sezaryen kesisi, placenta üzerine yapılacak olursa (bu ihtimal, % 30-40'dır), vasküler sahanın yeterli derecede suture edilebilmesi zor olur.

Uterus alt segment nedbelerinde, şartlar daha değişiktir. Alt segmentteki adaleler, iyileşme devresinde genellikle sakindir, hareketsizdir. Bundan dolayı, dikişlerin kesilmesi ve düğümlerin açılması çok seyrektr. Bu nedbe sahasına, plasentanın yapışması son derece nadirdir. Daha sonraki gebelik veya travaydaki rüptür ihtimali, bu nedenle düşüktür. Yine de ihmal edilmemelidir. Çünkü, nadir de olsa, görülmektedir.

Uterusun diğer nedbe tipleri

Hastaların bir kısmında; puerperiumdaki derin kurtajlara,

plasentanın elle alınmasına, ameliyat sonrası uterusda oluşan enfeksiyonlara bağlı olarak, nedbelerin meydana geldiği ve bunların da, uterus rüptürüne sebep olduğu gösterilmiştir (13,53). Zor veya müdahaleli bir doğum boyunca farkedilmeyen zedelenmeler, sonraki gebelikte rüptüre sebep olabilir. Myomektomiden sonra oluşan birkaç rüptür vak'ası yayınlanmıştır.

Uterus rüptürü, direkt veya indirekt travmalarla da meydana gelebilir. Gebelik esnasında düşme, çarpma gibi kazalarla rüptür meydana geldiği, bu vak'aların çoğunun multipar olduğu bildirilmiştir (41).

Plasenta, tubal orifislerin çevresindeki zayıf sahalarda yerleşebilir. Bu konuda, Waters tarafından, üç uterin rüptür vak'ası bildirilmiştir. Bunun dışında, rudimenter uterusda, köşe rüptürü de rapor edilmiştir (14). Mol hidatiform, plasenta perkreata da, aynı şekilde rüptüre sebep olabilmektedir (37,59).

Adenomyosis (uterus duvarının endometriosisi), bazı vak'aları izah edebilmektedir. Hyalin dejenerasyon (genellikle fibromyomata), uterus rüptürüne sebep olamaz.

Uterus adalesi içindeki fibröz doku, her gebelikten sonra, biraz daha artar. Bu gibi durumlarda, eğer doğuma engel varsa, rüptür ihtimali artar. Paritesi düşük kadınlarda, spontan uterus rüptürü, çok seyrek tir. Bilindiği kadarıyla, ilk gebeliklerde spontan ute-

rus rüptürüyle karşılaşılmamaktadır. Yüksek doğum sayılı gebe kadınlarda spontan uterus rüptürü, genellikle uterusun fundusundadır. Conney'in yayınladığı vak'alarla, Delfs ve Eastman tarafından yayınlanan 53 spontan uterus rüptüründe, bu durum görülmüştür (13).

Klinik görünümü

Uterus rüptüründe görülen klinik tablo, iç kanama semptomları, şok ve şiddetli karın ağrısıdır (4). Bilhassa, plasentanın yerleştiği yerin rüptüre karıştığı vak'alarda, bu durum belirgindir. Fakat, bazen rüptürün acil belirtileri bulunmaz ve rüptür bir müddet için, gözden kaçabilir. Bu tip rüptürler, Morrison ve Douglas tarafından "sessiz rüptür" olarak nitelendirilmiştir. Özellikle nedbe rüptürleri, bu guruba girer. Kanamanın azlığı veya yokluğundan dolayı, alarm semptomları olmayabilir (13,38,67).

Uterusda, nedbe bölgesinin üstünde hissedilen yumuşaklık, genellikle yakında husule gelecek rüptürün habercisidir. Keza, vaginal kanama da sık görülen belirtilerdendir (13).

Semptomlar, uterusun inkomplet rüptürlerinde de, bir zaman için baskıya alınmış olabilir. İnkomplet rüptürlerde, uterusun alt segmentinin gerginliği değerli bir belirtidir (13). Ayrıca, lokalize olmuş dolgunluk ve hassasiyet de, erken belirtilerdendir.

Suprapubik ağrı ve idrar zorluğu, çoğunlukla mevcuttur.

Sonda ile alınan idrarda, kan bulunabilir. Hasta, alt karın ağrısından şikayetçi olabilir ve gittikçe derinleşen kollaps görülür (13,34).

Tedavi

Gebelik esnasındaki uterus rüptürlerinin tedavisi, laparotomiye takiben, histerektomi veya yırtığın tamiri şeklindedir. Şimdiye kadar, histerektomi, çok yaygın kullanılan bir yöntem iken; çalışmalar, primer rüptür tamirinin de güvenilir bir yol olduğunu göstermiştir. Bunun nedeni, antibiyotiklerin bulunuşu olabilir. Lawson'un belirttiği gibi, bütün uterus rüptürü vak'alarında, ilk tedbir, şok ve kan kaybını önlemek ve bunu takiben uterusu derin sutureler koyarak, yırtığın tamirini en uygun bir şekilde yapmaktır. Operatör, bir sonraki gebelik veya travayda tekrar rüptür husule gelme ihtimalini göz önüne alarak, sonraki tedavisini de belirlemelidir. Bu durumda, gebeliğin 38 inci haftasında, sezaryen yapılması gerekli olabilecektir. Bu durum, hastaya evine dönmeden bildirilmelidir. Gereğinde, hastada daha fazla gebeliğin oluşmasını önlemek için, tüpler bağlanabilir (13, 15, 56).

B. Normal doğum esnasında uterus rüptürü

Uterusun gelişme anomalileri, normal bir doğum sırasında,

uterus rüptürüne sebep olabilir (14). Klasik sezaryen nedbeli olgularda, durum değişiktir. Bununla beraber, rüptür travaydan önce veya travay esnasında başlamıştır. Alt segment nedbelilerde, rüptür, gebelik esnasında, ancak tesadüfen gelişir; genellikle tamamen doğum sırasında meydana gelmektedir. Sezaryen nedbeleri hariç tutulursa, kaydedilen vak'alarda :

- a. Yüksek parite,
- b. Servikal stenoz,
- c. Oksitosin hormonlarının aşırı ve yanlış bir şekilde kullanılması,
- d. Uterus duvarında endometriosis,
- e. Özellikle bir önceki doğumda gözden kaçmış (özellikle alt segmentte) travma ve laserasyonlar gibi olaylar önemli rol oynar.

İlk düşünülen sebep, normalde her doğumdan sonra, uterus dokusunda husule gelen fibröz doku artışına sebep olan yüksek paritenin varlığıdır. İkinci sebep ise, önceden yapılmış olan servikal cerrahi müdahalelerdir. Konizasyon operasyonu geçiren, Shirodkar dikişi konmuş, fakat travay başladığı zaman önlenememiş rüptür vak'aları mevcuttur. Düşünülen son rüptür sebebi, uterus alt segmentinin zedelenmesidir. Alt segmentin, simfizis pubis veya promontoriumla baş arasında, sıkışarak, zedelenmesi gibi. Bandl'ın yıllar önce ileri sürdüğü enteresan görüşe göre, bir önceki travayda aşırı

gerginlik husule gelmiş olması, bir sonraki doğumda tehlikeli bir durum arzeder. Kendi tecrübelerine göre, bu tamamen doğru bir görüştür. Bunlar, daha önce alt segment tipi sezaryen geçirmiş hasta grubuna dahil edilebilir (13).

Klinik özellikleri

Uterus rüptürü, normal doğum sırasında husule geldiği zaman, rüptürün klinik semptomları genellikle çok değişik olur. Eğer sebep, sezaryen nedbesi ise, semptomlar minimal olabilir. Fakat plasenta, nedbe yerine yapışmış ise, çok şiddetli kanama olur. Böyle vak'alar ayrı tutulursa, rüptür sık olmayarak, uterin alt segment ve broad ligament içine açılır. Devamlı ve muntazam artan alt batin ağrısı, nabızda hızlanma ve şok tablosu vardır. Hematüri de görülebilir (13, 46, 64).

Tedavi

Tedavi, genellikle histerektomidir. Fakat, mümkünse ve endikasyon da bulunuyorsa, primer tamir yapılabileceği de akılda tutulmalıdır. Hastanın, ileride gebe kalması için, nadiren çaba gösterilecektir. Bu nedenle, laserasyonun tamirine karar verilmiş ise, genellikle hastanın sterilizasyonu tavsiye edilir (13).

C. Zor bir doğum veya uzamış bir travaydan sonra uterus rüptürü

Uzamış bir travayda, uterus rüptürünün teşhis edilmesi için, uterus ölçülerinin ve şeklinin, travay boyunca, kontrol edilip, doğum sırasında da dikkatli bir şekilde takip edilmesi gerekir. Alt segmentte fizyolojik retraksiyon halkasının yükselerek, önce Bandl halkası, sonra da vertikal olarak yırtık meydana geldiği tarif edilmiştir. Uzamış bir travay, rüptürün bir ön belirtisi olarak kabul edilebilir. Bununla beraber, günümüzde travayın uzamasına müsaade edilmediği için, rüptür hadiseleri seyrekir.

Etioloji

Travayda fizyolojik retraksiyon halkasının ilerleyerek, Bandl halkasının ortaya çıkması, genellikle uterus çevresinde oblik olarak görülür. Patolojik retraksiyon halkası (Bandl halkası), daima pelvis düzlemi ile paralel gitmez. Genellikle uterus çevresinde oblik olarak görülür. Bundan başka, halkanın yükselişi, 10-15 dakika gibi kısa bir zamanda gözlenebilir. Bu, en tehlikeli işaret olduğu için; alt segmentin, gerilmeye daha fazla direnci kalmadığı düşünülmelidir (13,31,25).

Alt segmentin vertikal gerginliği, bazı obstetrisyenlere göre, çocuğun presente olan kısmının alt segmente dayanmasının şart olmadığını düşündürmüştür. Serviks, paraservikal doku tarafından

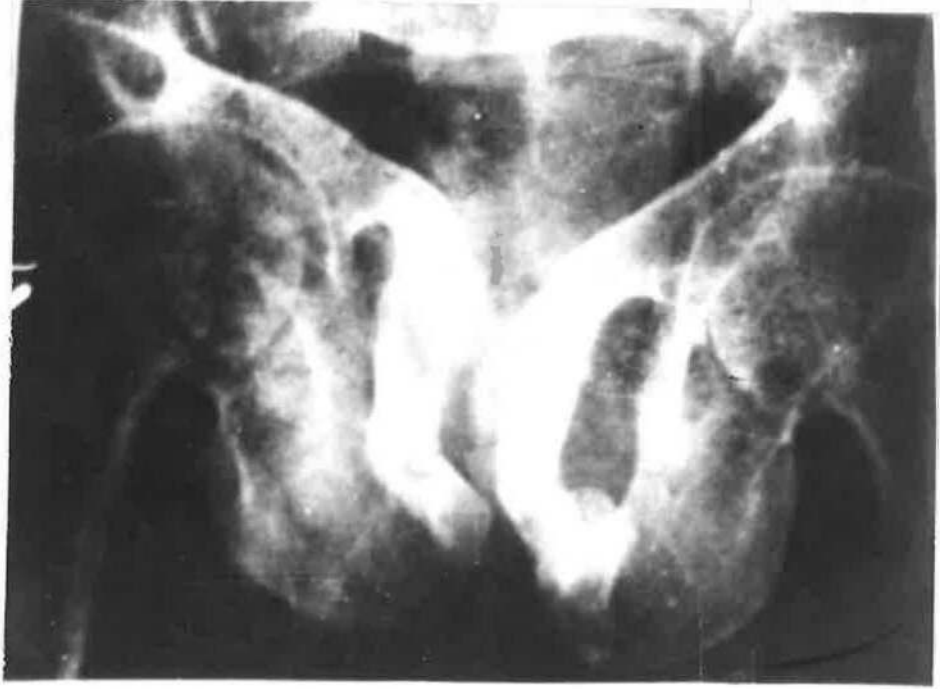
tutulmuştur; bu durum, uterusun gergin olan alt segmentinin retraksiyonunu sağlar. Presente olan kısım, baskı ile alt segmenti çürüterek, çoğunlukla baskıda kalan kısımdan yırtılır. Alt segmentte, rüptürün yeri değişebilmektedir; çoğunlukla ön yüzde, fakat seyrek olarak da, uterus arka duvarında ve sol sakral promontorium hizasındadır. Ön ve arka duvar rüptürlerinin, düz ve pürüzsüz olduğu bildirilmiştir. Bazı yırtık bölgeleri; yan duvarlarda ve broad ligament tabakaları arasında (ekstraperitoneal olarak) bulunur (9); diğerleri, lateral olarak broad ligament içine doğru uzanır; seyrek olarak periton altında, yukarı doğru yükselir. Özellikle böyle Vak'aların tedavisi zordur, çünkü aşırı subperitoneal hematom husule gelmektedir. Uterus alt segment yırtılmalarında, mesane yaralanmalarının görülmesi de, seyrek değildir (47). Uzamış travay sırasında, rüptüre predispozisyon hazırlayan sebepler şunlardır:

1. Pelvik deformite (Resim 1, Resim 2)
2. Çocuğun malprezentasyonu
3. Hidrosefalus gibi fetal anomaliler
4. Bilgisiz ve yetersiz doğum müdahalelerine bağlı travmalar (42).

Bunların en önemlisi, pelvik deformitedir. Pelvik deformite oranı, Krishna Menon'un 90 uterus rüptürü vak'asında % 40 olarak saptanmıştır. Dar pelvislerde, lezyonun lokalizasyonu, Ivanoff tarafından gözden geçirilmiştir. Kendisi, bu sorunu bir dereceye



Resim 2: Kifozlu hastada lumbo-sakral
deformitenin sebep olduğu huni
pelvis (Dar pelvis)
(Williams'dan).



Resim 1: Osteomalazik dar ve deforme pelvis

kadar, şu şekilde aydınlatmıştır: " Genellikle dar pelvislilerde, oblik kutrun sınırda olduğu durumlarda; yırtıklar, presente olan başın, promontorium veya simfizus pubis ile kompresyonu sonucu oluşur. Rüptürlerin genişlemesi, spontan olabileceği gibi, bebeğin uterusdan dışarı atıldığı sırada da husule gelebilir ".

Bir başka önemli rüptür sebebi de, çocuğun malprezentasyonudur. Munro Kerr'in (29 vak'alık) serilerinde, rüptür nedeni olarak, % 14 oranında malprezentasyon bildirilmektedir. Bu oran; Ivanoff'un yayınında, % 32; Mahfouz'un araştırmalarında ise % 23.6 olarak bulunmuştur. Rüptür vak'alarının çoğunda, omuz prezentasyonu, ön planda yer almaktadır (Resim 3 , Resim 4). Fakat bazı rüptürlerin, spontan olarak husule geldiği de bilinmektedir. Diğer prezentasyon anomalilerinden olan yüz, alın, mento-posterior baş prezentasyonu; seyrek görülen rüptür sebeplerindendir. Alın prezentasyonu, en tehlikeli baş-pelvis uygunsuzluğudur. Burada forseps kullanılması çok tehlikeli bir girişimdir. Alın prezentasyonluların bir kısmı, verteks gelişine, oksiput posteriora dönebilir; fakat bu malprezentasyon ile, genellikle dar pelvis durumu da beraberdir. Bunlarda forseps denemesi, çoğu zaman rüptüre sebep olur (13,20).

Delfs ve Eastman; internal versionun (genellikle omuz prezentasyonu için), travmatik rüptür vak'alarının % 30-40'ından sorumlu olduğunu göstermişlerdir. Gecikmiş travayda, internal versionun tehlikesini göze almaktansa; operasyonun tercih edilmesi, daha uygun



Resim 3: Ihmal edilmiş yan duruş.
Kol, kordon sarkması.
(H.D. 3025/975, 1982)



Resim 4: İhmal edilmiş omuz prezentasyonunda
patolojik retraksiyon halkası
(Williams'dan).

bir tedavi şeklidir.

Laserasyon, genellikle longitudinal ve tek taraflıdır. Yırtık, bebeğin vücudunun geçebileceği kadar genişlemiştir. Serviks ve vagina kubbesi laserasyonu, genellikle çocuğun ekstraksiyonu sırasında meydana gelmektedir.

Uterus rüptürünün bir başka önemli sebebi de, hidrosefalusdur. İster makat, ister baş prezentasyonu olsun, her ikisinde de tehlike vardır. Hidrosefalusta, travay obstruksiyonu yanında, büyük baş nedeniyle, alt segmentin ileri derecede gergin olması, söz konusudur. Hidrosefaliye bağlı rüptürlerin çoğunda, bu durum tespit edilemez ve bu nedenle de uygun tedavi yapılamamış olur (başın perforasyonu gibi). Forsepsle veya bacadan traksiyonla doğurtmak için teşebbüs edilmiştir (13,19)(Resim 5, Resim 6).

Doğum kanalının tümörle obstruksiyonu, tabii bir predispozan faktördür ve nadiren rüptür ile sonuçlanabilir (Resim 7). Fakat bugün seyrek görülmektedir. Bu durumda, çocuğun ağırlı ilaçları ile tümörü geçmesini denemek, affedilmez bir hatadır. Bununla beraber, teşhis edilmemiş de olabilir. Ekstraksiyon amacıyla uğraşılması, uygulanan efor nedeniyle, uterus rüptürüne yol açabilmektedir.

Plasentanın elle halasını takiben, uterus rüptürü tespit edilmesi, nadirdir. İki ayrı yolla rüptür husule gelebilmektedir: İlki, el uterusu girdiği zaman şartlar müsaittir, yani uterus ge-



Resim 5: İhmal edilmiş hidrosefalik bebek.

(N.D. 088941/1985)



Resim 6: İhmal edilmiş hidrocefalik bebek.

(A.A. 1380/1982)



Resim 7: Over kistinin sebep olduğu distosi
(Williams'dan).

niş ve gevşektir. Çok dikkat edilmezse, elin retraksiyon halkasını geçmesi için uğraşılırken, parmaklar incelmış alt segment duvarını delip geçebilir. Bu kazayı önlemek için operatör, bir eli ile uterusun retrakte kısmına hafifçe aşağı doğru basmalıdır. Diğer el, koni şeklinde tutulup, ring üzerinden hafifçe yukarı doğru itilir; umbilikal kordon kılavuzluğu ile, plasenta bulunur. Plasentanın enerjik bir şekilde sıyrılması da, rüptüre neden olabilmektedir. Özellikle plasenta çok yapışıkrsa, rüptür olabilir. Bazı durumlarda, tedbirsizliklerle oluşan rüptürler, önceki gebeliğinde plasentanın elle halasına, bilhassa çok enerjik yapılan kriminal kürtaılara bağlanır. Bazen uterus rüptürü, henüz tespit edilememiş bulunduğu sırada yapılan elle halasa bağlanmaktadır. Aslında rüptür, travay sırasında olmuş; teşhisi ise, üçüncü safhaya kadar gecikmiştir. Munro Kerr, böyle bir rüptür vak'ası bildirmektedir (13,35).

Son olarak, oksitosin'in sebep olduğu uterus rüptürleri bulunmaktadır. Eski yıllarda, uzamış travaylarda, ergot preparatları kullanılmıştır. Bu uygulamada, geşitli komplikasyonlar görülmüştür. Son zamanlarda, pituiter hormonların verilmesi ile, husule gelmiş rüptürler yayınlanmıştır ve bu tip rüptürler çok sıktır. Morrison ve Douglas tarafından yayınlanan 45 rüptür vak'asından 5'i hipofiz hormonlarının kullanılması ile ilgilidir (45).

İngiltere'de 1952-1966 yılları arasında yapılan bir araştırmaya göre, anne ölümlerinin 1/5'inde uterus rüptürü tespit edilmiş;

böyle 30 rüptür olgusundan ibaret bir araştırmada, 3 hasta sezaryen nedbe rüptürü ile, 15'i spontan rüptür sebebiyle kaybedilmişlerdir (bazılarında, oksitosin'in aşırı dozlarda kullanılması sorumlu tutulmuştur). 12 hasta ise, travmatik nedenle husule gelen rüptürlerle ölmüştür (plasenta veya fetusun doğumu sırasında, gerekli görülen müdahalelerden ileri gelen travmalar).

Kliniik Bulgular

Uzamış bir travayda, rüptür semptomlarının, "rüptürden önceki ve sonraki semptomlar" şeklinde ayrılması adet olmuştur. Çünkü vak'aların büyük bir çoğunluğunda, semptomlar farklıdır. Ancak, sezaryen nedbe rüptürlerinde, semptomların oldukça değişik olduğu görülür.

Uzamış bir travayın ikinci safhasında, ekspulsif kuvvetler boş yere harcanır; hasta yerinde duramaz, devamlı sancıdan şikayet eder, uterus alt segmentinde şiddetli sancıdan yakınır. O zaman uterus kontraksiyonları, şiddetlenir, adeta tetanik bir duruma gelir. Bunun yanı sıra, nabız hızlanır, ateş hafif yükselir ve bu semptomlar sürdükçe, uterus alt segmentindeki vertikal gerilme de artar . Fiziolojik kontraksiyon halkası veya patolojik retraksiyon halkası (Bandl halkası), gittikçe yükselir. Uterus alt segmenti çok incelmış, gerginlik nedeniyle fetal kısımlar farkedilemez olmuştur. Bu safhada, uterus öyle bir durumdadır ki, herhangi bir hareketle uterus

rüptürü meydana gelir. Rüptürden önce, semptomları gözlemek zordur. Zaten hastalar, genellikle rüptür olduktan sonra hastaneye gelirler.

Klasik semptomlar ve rüptür sonu belirtiler

Uterus kontraksiyonlarının birdenbire durması, abdominal kontürün değişmesi, kanama ve kollaps gibi bazı bulgular tespit edilir. Hasta, karnında ani olarak bir yırtılma hissi duyar. Çocuk hareketleri ve çocuk kalp sesleri, genellikle kaybolur. Çocuk, peritoneal kavite içine atılınca, karnın şekli değişir. Fakat baş ilerlemişse, değişmeyebilir. Tetanik spasm ağrısı ile, devamlı intra-abdominal kanama ağrısını ayırmak gerekir. Karnın şekli, hemen hemen daima değişir. Karnın şekil değiştirmesi, çocuk kısmen veya tamamen abdominal kaviteye atılmış ise görülür; atılmamış ise, görülmeyebilir. Bu durumda, çocuk ve uterus yanyana durur (5,8, 13).

Çocuk, peritoneal kaviteye atıldıktan sonra, fetus kısımları çok kolay palpe edilir. Bu belirti, rüptüre karar verirken, bazen yararlı olabilmektedir. Ancak gelişmiş ekstrauterin gebelikte de, çocuğun çok kolay palpe edilebileceği, akılda bulundurulmalıdır.

Eksternal hemorajinin miktarı, rüptür oluştuktan sonra artar. Bu komplikasyon, genellikle şiddetlidir. Bir kısmında, çoğunlukla yavaşça, fakat devamlıdır. Eksternal hemorajinin miktarı, fazla oluyabilir. Kan kaybının büyük kısmı, peritoneal kaviteye veya uterus çevresindeki doku içine (broad ligamentin yaprakları arasına)

olabilir. Fakat, bu internal kanama miktarı, sürpriz olacak kadar az olabilir. Kanama, yırtık yapan faktöre değil; tamamen yırtığın yerine ve büyüklüğüne bağlıdır. Böyle vak'alarda, nabız hafifçe artar. Düzensiz, yaygın abdominal ağrı ve gittikçe artan çok belirtileri, anlamlıdır. Çeşitli rüptür olgularında, bu belirtilere, genellikle rastlanır. Uterus rüptürünün bazı tipleri, gözden kaçabilmektedir. Uterusun alt segmentini içine alan uterus rüptürlerinde, mesane rüptürleri de hadiseye iştirak edebilmektedir. Sonda idrarında kan bulunması, mesane rüptüründen kuvvetle şüphelenmeyi gerektirir. Klasik vak'aların teşhisi kolaydır. Diğer birkaç benzer semptom da birlikte bulunabilir. Dışa kanamalı veya kanamasız kollaps, bazen uterus rüptürü şüphesini de akla getirir ve elle uterus girilip, plasenta alınırken, uterus rüptürü olduğu anlaşılır. Bazı durumlarda, puerperiumda anormal semptomlar gelişinceye kadar, rüptür teşhisi mümkün olmaz veya ölen hastalarda postmortem tetkikler sırasında uterus rüptürü bulunduğu, nadir de olsa, teşhis edilebilir. Teşhisi şüpheli olan çok vak'alarında veya kan transfüzyonu ile kan basıncı düzelmeyen hastalarda, alt uterin segment eksplorasyonu yapılmalıdır (7, 13,15).

Bazı semptomlar ise, lohusalık sırasında gelişebilmektedir. Örneğin, hastada alt karın bölgesinde ağrı ve gerginlik şikayeti, paraservikal dokuda veya broad ligament içinde bir hematoma belirtilisi olabilir. İlerlemiş vak'alarda, hematoma yukarıya, retro peritoneal olarak böbrek bölgesine doğru büyüyebilir. Bu retroperitoneal

hematomla birlikte bulunan intestinal peristaltismin, refleks inhibisyonu nedeniyle, karında aşırı gaz retansiyonu gelişir; daha sonraları hematom, enfekte olabilir (13).

TEDAVİ

A. Uterus rüptüründe proflaksi

Çok ciddi bir komplikasyon olan uterus rüptürü, bazı istisna koşullar dışında, önlenabilir. Uterus anomalileri, zigotun anormal implantasyonu gibi bazı uterus rüptürü nedenlerinden ise, kaçınılmaz (59). Aynı şekilde, sezaryen nedbe rüptürleri de özellik gösterir. Bunların dışında kalan durumlarda, özellikle tecrübesiz hekimlerin sorumlu olduğu komplike doğumlarda, yapılan kusurlu girişimler tehlikeye yol açabilmektedir. Hiçbir obstetrik operasyonun uygulanamayacağı, bazı hastalarla karşılaşılabilmektedir. Özellikle, yüksek stres taşıyan ve tehlikeli olan zor vaginal manipulasyonlar, anestezi altında dikkatlice yapılmalıdır. Bilhassa internal version ve ekstraksiyon, önceden söylendiği gibi, ölü çocuklarda, tehlikeli ve yasaktır.

Proflaksi, oldukça erken başlar. Antenatal dönemde, pelvisin durumu, prezentasyon ve çocuğun durumu, pozisyonu; ilk incelemede değerlendirilmiş olmalıdır. Vaginal doğum mümkün değilse, sezaryen yapılmalı; anormallik ihtimali varsa, hiçbir hastada, vaginal manipulasyonlarla takip düşünülmemeli ve rüptür husule gelinceye kadar ihmal edilmemelidir (13,22,25).

Daha önce sezaryen geçirmiş kadınlarda, uterusdaki nedbenin zayıflığı, alt segment transvers kesisi sayesinde düzeltilmiştir. Obstetrik cerrahide, "bir kere sezaryen, daima sezaryen" fikri, her zaman kabul edilmez. Bu fikir, sezaryen nedbe probleminin en son gözüm yolu olmalıdır. Son zamanlarda, bu konuda yapılan araştırmalar, bu görüşün doğru olmadığını göstermiştir (30). Vaginal doğuma mekanik bir engel yoksa, tek sebep seksion nedbesi ise; korkulmadan vaginal doğum yolu beklenebilir. Günümüzde, böyle vak'alarda bütün bulgular, tam olarak değerlendirilmeden, vaginal doğuma müsaade edilmez. Fakat dikkatli bir seçimle, tehlikelerin azalacağı, düşünülmektedir.

Rüptür tehdidinin tedavisi

Hasta, hastaneye çok tehlikeli rüptür tehdidi ile veya muhtemelen rüptür husule gelmiş olarak gelebilir. Günümüzde, böyle vak'alar gerçekten seyrek. Fakat az gelişmiş toplumlarda, özellikle küçük yörelerde veya obstetrik kliniği bulunmayan yörelerde, seyrek olarak rastlanır. Hastalar, bu tehlikeli durumda geldikleri zaman; intravenöz serum glikoz, kan transfüzyonu, eğer gerekli ise anestezi verilmelidir. Muayene, büyük bir anlayış ve centilmenlik içinde yapılmalı ve doğumun vaginal mı, yoksa abdominal mı olacağı, tecrübeli bir hekim tarafından kararlaştırılmalıdır. Yetersiz bir hekim tarafından, sebepsiz yere yapılan bir değerlendirme, genellikle önemlidir ve bu muayene ile, tabloya enfeksiyon da eklenebilir (13, 27).

Operatör rüptür tespit ederse, zaten abdominal seksion gereklidir. Eğer operatör rüptür olmadığına dair kanaat getirmişse, mevcut zamanın dikkatlice değerlendirilmesi gerekir. Sebep olarak hidrocefalus bulunuyorsa, başın perforasyonu gereklidir. Etken, çoğunlukla pelvik deformite veya malprezentasyondur. Fakat bu iki etken, genellikle birlikte bulunur. Karar verilmesi gereken en önemli konu, çocuğun canlı olup olmadığıdır. Eğer uterus tetanik safhada ise, çocuk büyük ihtimalle ölmüştür. Fakat uterus eğer tamamen gevşemiş ise, bu safhada çocuğu kurtarmak mümkün olabilir. Ancak, fetal viability şüpheli olduğundan, nadir olarak sezaryen seksion seçilir. Vaginal manipulasyonlar, başın malpozisyonunun düzeltilmesi veya yan geliş durumlarında version; anne ve çocuk için, daima ileri derecede tehlikelidir. İnternal versiyonda, rüptür tehlikesi çok fazladır (13).

Çocuk ölü ise, bütün gaye annenin emniyetidir. Gaye, annenin vaginal doğum yapabilmesidir ve eğer pelvik deformitenin derecesi aşırı değilse, kraniotomi düşünülebilir. Omuz prezentasyonu bulunuyorsa, dekapitasyon yapılır. Günümüzün genç uzmanları, bu tecrübeye sahip değildir. Bu girişimler yerine, sezaryen yapmayı daha kolay bulmaktadırlar. Sezaryen, birkaç çocuklu multiparlarda, büyük bir talihsizlik olmayabilir; fakat genç primiparlarda, talihsizlik olarak değerlendirilebilmektedir; bundan dolayı da, sonraki gebeliklerinde, mükerrer seksiona mahkum edilmiş olabilirler. Eğer çocuk ölü ise, kesinlikle sezaryen tavsiye edilmez. Uterus tetanik kontraksi-

yonda ise, muhakkak sezaryen tavsiye edilir. Kraniotomi ve dekapi-tasyon daha tehlikeli ve zordur. Eğer pelvis ileri derecede defor-me olmuş, presente kısım yüksekte ise, şüphesiz seksiona karar ve-rilir (13).

Rüptürü takiben tedavi

En önemli ölüm sebebi, hemoraji, şok ve sepsis olmakla bera-ber; aynı zamanda mevcut olan komplikasyonlar da (toksemi veya an-emi), yardımcı faktörler olabilir. Hemoraji ve şok arasındaki iliş-kinin değerlendirilmesi genellikle zordur. Hemoraji ve şok, ayrı ayrı birer ölüm sebebi olarak sorumlu tutulabildiği gibi; genellikle vak'aların büyük bir kısmında, her ikisi de söz konusudur. Genel izlenim, hemorajinin, en büyük rolü oynadığıdır. Fakat çoğunlukla vak'aların büyük bir kısmında, kan kaybı aşırı değildir. Kan ve plaz-ma transfüzyonu ve sıcaklığın uygun bir derecede tutulması ile, şok-la aktif olarak mücadele edilir. Birçok vak'ada, eğer hasta şoka da-yanabiliyorsa, kan transfozyonu yapılarak, durum düzeldikten sonra, ameliyata alınması tavsiye edilebilir (13).

Rüptürün, çocuğun doğumundan önce teşhis edildiği hastalarda tedavi:

Çocuk, uterus yırtığından karın boşluğuna atılmış ise, tek yol laparotomidir. Çocuk tamamen doğum kanalına girmişse, abdomi-nal veya vaginal yoldan doğurtulmalıdır. Zor bir vaginal ekstraksi-yon, şoka neden olabilir. Çocuğun ekstraksiyonunu takiben, tampon

kalktığı için, kanama meydana gelebilir. Bundan dolayı, her vak'ada, gereğine göre, hemen abdominal seksiyon ve histerektomi yapılmalıdır.

Tamamiyle sade bir rüptürde; mesela klasik seksiyon sezaryen nedbe rüptüründe veya kaza halindeki rüptürlerde; çocuk peritoneal kaviteye atıldığı zaman, uterus iyice kontrakte olmuş bir şekilde bulunuyorsa, serviks ve paraservikal doku zedelenmişse; histerektomi veya primer tamir uygulanması, operasyonu kısaltır ve kolaylaştırır. Bu konuda, hastane kayıtlarına göre, anne ölümü daha düşüktür. Araştırmalara göre, çocuğun kurtarılması uygun olur.

Uterus rüptürleri konusunda tecrübeli olan operatörler, şoktaki hastanın hayatını devam ettirmek için, önce primer tamir, sonra da histerektomi uyguladıklarını ileri sürmektedirler. Bu görüşler akla uygundur. Bununla beraber, uterus rüptüründeki tedavi şeklinin, hastanın durumuna bağlı olduğu bilinmektedir. Rüptür tamirinden sonra, fallop tüplerinin bağlanması unutulmamalıdır. Lawson; mesanenin, uterus alt segmentinden dikkatlice ayrılması işleminin, yırtık tamirinden önce yapılması, yırtığın derin dikişlerle tamir edilmesi, gerektiğini belirtmektedir. Eğer bu işlem yapılmamışsa, sütürler, istenmeyerek mesane kavitesine penetre olabilir. Eğer yırtık pelvisin derinlerine doğru uzanırsa, önce daha yüksek kısımları tamir edilir; sütür, derin kısımlara, broad ligamente doğru ilerletilir. Bazı vak'alarda ekstraperitoneal bir dren, vaginal yolla konabilir (13).

Histerektomiye gerektiren durumlarda, hastanın genel durumu bozuk ise, serviksi de çıkarmaya teşebbüs etmek, tedbirsizlik olur. Vak'aların büyük bir kısmında, yırtıktan, çocuğun bir kısmı (genellikle bebeğin başı), çıkmıştır. Daha ziyade rüptür, peritonealdır; peritoneal boşluğa açılmamıştır. Böyle vak'alarda, broad ligamentten sellüler mayi kaybı olur. Yırtık, aynı taraftaki broad ligamente doğru uzanır ve koyu kırmızı renkte pıhtılaşmış kan tespit edilir. Kanamanın, özellikle paraservikal doku ve broad ligament içine olduğu, dikkati çeker. Bu sahaların laserasyonları derin olur. Sellüler dokunun, fazla yırtılmamasına dikkat edilmelidir. Yırtık fazla ise, uterus bağlı bulunduğu yerden kolaylıkla ayrılabiliyorsa ve yırtılmamış kısımdaki damarlar ve iki ovaryal damar salın bulunuyorsa; yırtığı korumak ve lasere broad ligament ile paraservikal dokunun retraksiyon yapmış damarlarını ortaya çıkarmak, oldukça zor olabilir. Eğer hasta şok durumunda ise (kan transfüzyonuna rağmen, şok devam ediyorsa), serbest kanamayı arttıran yaygın sızıntı şeklindeki kanamaları ortaya çıkararak, hastanın şoku atlatmasını kolaylaştırmak gerekir (13,56,66).

Diğer önemli bir konu da, ureterin kesinlikle tehlikeli bölge içinde bulunduğunu unutmamaktır. Bundan dolayı, operatörün, kanayan arterde, hemostaz yapmadan önce, ureterin trasesini ortaya çıkarması gerekir. Yırtılmış uterus damarlarının, ortaya çıkarılmasındaki güçlük göz önüne alınırsa; kanamayı kontrol altına almak için, seçilecek en iyi yol, yırtık tarafındaki internal iliak arterin

(hipogastrik arterin), ortaya çıkarılarak bağlanmasıdır. Bu arada, ureterin de korunması gerekir. Kanama çok şiddetli ise; asistan, lumbal vertebra hizasında, abdominal aortaya baskı yaparak, geçici bir rahatlama sağlamalıdır. Ayrıca yara kavitesine, bir ucu vaginadan çıkacak şekilde gaz tampon konur, 48 saat sonra alınır. Bu arada, hızlı kan transfüzyonu yapılır (13).

Uterus rüptürüne ilaveten, mesane yaralanmaları sık görülür. Alt uterus segmentinde olan yırtıklarda, mesanenin üst kısmında da yırtık olacağı, her zaman akla gelmelidir. Kateterle alınan idrarın kanlı olması, teşhisi kolaylaştırır. Bu tip vak'alarda, kateter yerinde bırakılır ve laparotomi esnasında, kateter içine, az miktarda metilen mavisi solusyonu verilerek, zarar gören dokunun tanınmasına çalışılır.

Hastane kayıtlarına göre, uzamış travay sonucu ortaya çıkan uterus rüptürü nedeniyle, yapılmış histerektomilerdeki anne mortalite sıklığı, çok yüksek olmasına rağmen; son zamanlarda kan transfüzyonu ve antibiotiklerin kullanılmasıyla, şok ve sepsis nedeni ile olan ölüm oranı düşmüştür. Neticeler % 20'nin altındadır. Primer yırtık tamiri yapıldığı zaman, daha az bir risk mevcuttur (13).

Çocuğun doğmasından sonra farkedilen rüptürlerin tedavisi:

Uterus rüptürlerinin çoğu, ancak çocuk doğduktan sonra farkedilirler. Çünkü genellikle çocuğun ekstraksiyonu sırasında meydana

gelirler. Bundan başka, bu rüptürlerin büyük kısmında, alt segmentteki rüptür inkomplettir. Yani broad ligament tabakaları arasında meydana gelir. Rüptürün tabiatını ve büyüklüğünü tahmin etmek zordur. Bütün şüpheli vak'alarda eksplorasyon yapılır. Gerekiyorsa, histerektomi ve daha başka müdahaleler yapılabilir.

Daha önce rüptür olmuş bir uterusun, tekrar hamileliği durumunda, yırtılıp yırtılmayacağı, daima akla gelir. Yırtıklar sonunda meydana gelen nedbenin, ilk 4-5 aylara kadar gebelik üzerinde tesiri olmaz. Eğer hasta daha çok çocuk istemiyorsa, yapılacak en uygun iş, tüpleri bağlamaktır (13).

M A T E R Y A L V E M E T O D

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, 1981-1985 yılları arasında, 8240 doğum olmuştur. Bu doğumlar sırasında, klinik dahilinde veya haricinde meydana gelmiş 33 uterus rüptürü vak'ası tespit edilmiştir.

Araştırma konusu olan 33 uterus rüptürü olgusu, özellikle teşhisleri, laparotomide kanıtlanmış hastalardır. İleri derecede rüptür tehdidi ile kliniğe müracaat eden ve gerekli müdahaleler sonunda, müşahadeye alınan, laparotomi ile kanıtlanmayan olgular, çalışmaya dahil edilmemiştir.

Olgularımızı; yaş, doğum sayısı, geçirilmiş uterin rüptür nedbeleri, diğer etiolojik faktörleri, kliniğe müracaatlarındaki semptom ve klinik bulguları, laparotomiye alınan vak'alarımızdaki operasyon bulguları, uygulanan tedavi ve operasyon tipleri ile, kan transfüzyonları, anne ve bebek mortalite ve morbiditesi, ölüm nedenleri, postoperatif komplikasyonlar, geldikleri çevrenin, iklim özelliklerinin anne ve bebek mortalitesi ve prognozu üzerine

etkileri, yönlerinden inceledik.

Uterus rüptürü tespit ettiğimiz her olguda, laparotomi yapıldı. Çoğunda kan transfüzyonu uygulandı. Hepsine genel anestezi verildi. Bir hasta, müdahale yapılamadan kaybedildi. Laparotomiye alınan olgulara, yeterince intravenöz mayi ve elektrolit verildi. Geniş spektrumlu antibiotikler ve antianemik ilaçlar kullanıldı.

B U L G U L A R

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Ekim 1981 ile Ekim 1985 tarihleri arasında, 8240 doğum olmuştur. Bunlardan, gerek hastane içinde, gerekse haricte meydana gelen 33 uterus rüptürü olgusu tespit ettik. Bu süre içinde, uterus rüptürlerinin görülme sıklığı, % 0.4 olarak saptandı. Bu değer, 249 doğumda 1 uterus rüptürüne tekabül etmektedir.

Otuzüç uterus rüptürü olgusunun, etiolojilerine göre yapılan analizlerinde; 23'ünün (% 69.70), nedbesiz uterusun travmatik rüptürleri; 8'inin (% 24.24), eski sezaryen nedbe açılması; 2'sinin (% 6.06) ise, nedbesiz uterusun spontan rüptürü olduğu görüldü. Bu sonuçlar, Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Uterus rüptürü olgularının, rüptür etiolojilerine göre dağılımı

Rüptürün cinsi	Olgu sayısı	%
Nedbesiz uterusu travmatik rüptür	23	69.70
Nedbe rüptürü	8	24.24
Nedbesiz uterusu spontan rüptür	2	6.06
TOPLAM	33	100.00

Otuzüç uterus rüptürü olgusundan; 8'i (% 80),nedbeli; 2'si (% 20),nedbesiz uterusda olmak üzere;10 spontan uterus rüptürü olgusunun, analizi Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: Spontan rüptürler

Rüptürün cinsi	Olgu sayısı	%
Nedbeli uterusun spontan rüptürü	8	80
Nedbesiz uterusun spontan rüptürü	2	20
Toplam	10	100

Yirmiüç nedbesiz uterus travmatik rüptürü olgusunu,etkileyen travma faktörlerine göre yapılan analizde; bu olguların 14'ünde (% 60.87),ihmal edilmiş baş-pelvis uygunsuzluğu; 4'ünde (% 17.39), ihmal edilmiş yan duruş;2'sinde (% 8.70),internal versiyon-ekstraksiyon; 2'sinde (% 8.69),makadi ekstraksiyon; 1'inde (% 4.34), plasentanın elle halasının,etiolojik faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3: Nedbesiz uterusun travmatik rüptürleri

Etiolojik faktörler	Olgu sayısı	%
İhmal edilmiş baş-pelvis uygunsuzluğu	14	60.87
İhmal edilmiş yan duruş	4	17.39
İnternal versiyon-ekstraksiyon	2	8.70
Makadi ekstraksiyon	2	8.70
Plasentanın elle halası	1	4.34
TOPLAM	23	100.00

Otusüç uterus rüptürü olgumuzun, en genci 20, en yaşlısı ise 40 yaşında idi. Yaş ortalaması 30 olup, olgularımızın büyük çoğunluğunun 25-39 yaşları arasında olduğunu tespit ettik. Rüptürün yaşla ilgisini amaçlayan analizimiz, Tablo 4'de özetlenmiştir. Rüptür olgularımızın, yaşla ilgisi, ayrıca Grafik I'de de gösterilmiştir.

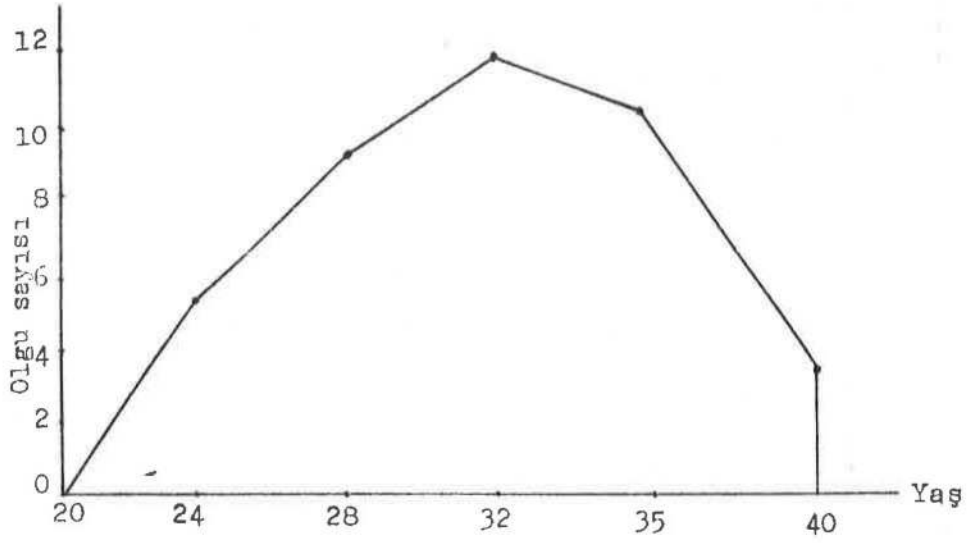
Tablo 4: Uterus rüptürlerinin anne yaşı ile ilgisi

Yaş gurubu	Olgu sayısı	%
20-29	12	36.36
30-40	21	63.64
Toplam	33	100.00

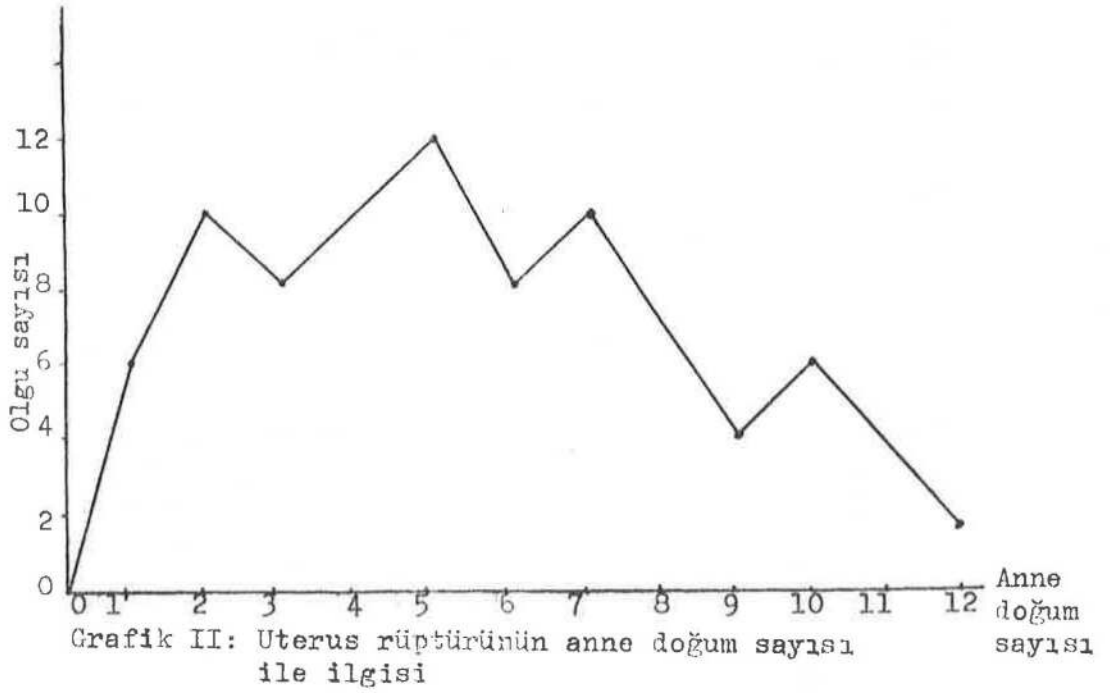
Uterus rüptürlerinin, doğumsayısı ile ilgisini amaçlayan analizimizde; olguların 12'sinin (% 36.36),1-3; 18'inin (% 54.55), 4-7; 3'ünün (% 9.09),7'den fazla doğum yapmış olduğu saptandı. Bu bulgular, Tablo 5'de özetlenmiştir. Aynı bulguların değerlendirilmesi, Grafik II'de de görülmektedir.

Tablo 5: Uterus rüptürlerinin anne doğum sayısı ile ilgisi

Doğum sayısı	Olgu sayısı	%
1-3	12	36.36
4-7	18	54.55
7 ve üzeri	3	9.09
TOPLAM	33	100.00



Grafik I: Uterus rüptürünün anne yaşı ile ilgisi



Grafik II: Uterus rüptürünün anne doğum sayısı ile ilgisi

Nedbeli uterus rüptürlerinin, anne yaşı ile ilgisini araştıran analizimizde; 8 nedbe rüptüründen 5'inin (% 62.5),20-29; 3'ünün ise (% 37.5),30-39 yaşları arasında olduğu saptandı. Bu durum, Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6: Nedbeli uterus rüptürlerinin anne yaşı ile ilgisi

Yaş gurubu	Olgu sayısı	%
20-29	5	62.5
30-39	3	37.5
TOPLAM	<u>8</u>	100.00

Nedbeli uterus rüptürlerinin, doğum sayısı ile ilgisini inceleyen analizimizde; 8 nedbe rüptüründen 5'inin (% 62.5),1-3; 2'sinin (% 25),4-7; 1'inin (% 12.5) ise,7'den fazla doğum yapmış olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar, Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7: Nedbeli uterus rüptürlerinin doğum sayısı ile ilgisi

Doğum sayısı	Olgu sayısı	%
1-3	5	62.5
4-7	2	25.0
7 ve üzeri	1	12.5
TOPLAM	8	100.00

Yirmibeş nedbesiz uterus rüptürü olgumuzun, anne yaşı ile ilgisini araştırdığımız analizde; bu olguların 7'sinin (%28.00), 20-29; 18'inin (% 72.00), 30-40 yaşlar arasında bulunduğunu tespit ettik. Bu sonuçlar, Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8: Nedbesiz uterus rüptürlerinin anne yaşı ile ilgisi

Yaş gurubu	Olgu sayısı	%
20-29	7	28.00
30-40	18	72.00
TOPLAM	25	100.00

Yirmibeş nedbesiz uterus rüptürü olgumuzun, anne doğum sayısı ile ilgisini araştıran incelemede; olguların 6'sının (% 24.00), 1-3; 15'inin (% 60.00), 4-7; 4'ünün (% 16.00), 7'den fazla doğum yapmış olduğunu tespit ettik. Bu konudaki bulgularımız, Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Nedbesiz uterus rüptürlerinin anne doğum sayısı ile ilgisi

Doğum sayısı	Olgu sayısı	%
1-3	6	24.00
4-7	15	60.00
7 ve üzeri	4	16.00
TOPLAM	25	100.00

Altı plasenta previa'lı uterus rüptürlü olgumuzda; rüptür yönünden tespit edebildiğimiz predispozan faktörlerden; olguların 5'inde, grand multiparitelik; 4'ünde, az da olsa baş-pelvis uygunsuzluğu; aynı şekilde 4'ünde, orta yaşlılık; 2'sinde ise, klasik sezaryen nedbesi mevcuttu. Bu durumun analizi, ayrıntılı olarak Tablo 10'da sunuldu. Olgularımızın % 18.18'inde plasenta previa bulunuyordu.

Tablo 10: Plasenta previa'lı rüptür olgularımızda, diğer predispozan faktörler

Olgu No	Gravida/Para	Bebeğin ağırlığı	Baş-pelvis		Yaş/Nedbe
			uygunsuzluğu		
1.	3/2	2650 gr	Yok		24/ 2 klasik
2.	6/4	4200 gr	Var		28 -
3.	6/5	3500 gr	Var		35 -
4.	5/2	2650 gr	Yok		27 -
5.	8/7	3600 gr	Var		28 klasik
6.	5/4	3200 gr	Var		25

Otuzüç uterus rüptürü olgumuzun, tespit ettiğimiz sistemik bulgulara göre değerlendirilmesinde; olgularımızın 33'ünde (% 100), karın ağrısı; 27'sinde (% 81.81), renk solukluğu; 26'sında (% 78.78), taşikardi; 25'inde (% 75.75), şok belirtileri; 18'inde (% 54.54) ise, karında palpasyonla çocuk kısımlarının hissedilmesi, dikkati çekti. Bu sonuçlar, Tablo 11'de görülmektedir.

Tablo 11: Uterus rüptürlü hastalarımızda tespit edilen sistemik bulgular

Sistemik bulgu	Olgu sayısı	%
Karın ağrısı	33	100.00
Renk solukluğu	27	81.81
Taşikardi	26	78.78
Oligemik şok belirtileri	25	75.75
Karında fetus kısımlarının palpasyonu	18	54.54

Araştırma konumuzu oluşturan 33 uterus rüptürü olgumuzda, aşağıdaki semptomlardan bir veya birkaçı bulunuyordu. Bu olguların 29'unda (% 87.87),çocuğun oynamaması; 27'sinde (% 81.81),fetus kalp seslerinin kaybolması; 26'sında (%78.78),baş sularının gelmesi; 25'inde (% 75.75),vaginal kanama; 23'ünde (% 69.69),sancının durması; 5'inde (% 15.15),patolojik Bandl halkası görülmüştür. Bu sonuçlar, Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 12: Uterus rüptürü olgularımızda görülen obstetrik bulgular

Semptom	Olgu sayısı	%
Çocuğun oynamaması	29	87.87
Fetus kalp seslerinin kaybolması	27	81.81
Baş sularının gelmesi	26	78.78
Vaginal kanama	25	75.75
Sancının durması	23	69.69
Patolojik Bandl halkası	5	15.15

Uterus rüptürü olgularımızda, bebeğin uterus içindeki duruş pozisyonuna göre analizinde; olgularımızın 20'sinde (% 60.60), longitudinal; 3'ünde (% 9.10), yan duruş tespit edilmiş; 10'unda (% 30.30) ise, duruş pozisyonu, çeşitli nedenlerle saptanamamıştır. Bu konudaki bulgularımız, Tablo 13'de görülmektedir.

Tablo 13: Uterus rüptürü olgularımızda, fetusun uterus içindeki duruş pozisyonu

Duruş şekilleri	Olgu sayısı	%
Longitudinal	20	60.60
Yan duruş	3	9.10
Duruş şekli tespit edilemeyenler	10	30.30

Otuzüç uterus rüptürü olgumuzda; bebeğin prezente olan (önde gelen) kısmının değerlendirilmesinde; olgularımızın 14'ünde (% 42.42), baş; 2'sinde (% 6.06), makat; 4'ünde (% 12.12), omuz; 6'sında (% 18.19), plasenta, önde bulunuyordu. Hastalarımızın 7'sinde ise, önde gelen kısım, tespit edilemedi (% 21.21). Sonuçlarımız, Tablo 14'de sunuldu.

Tablo 14: Uterus rüptürü olgularımızda prezentasyon şekilleri

Prezentasyon	Olgu sayısı	%
Baş	14	42.42
Makat	2	6.06
Omuz	4	12.12
Plasenta previa	6	18.19
Geliş şekli bilinmeyenler	7	21.21
TOPLAM	33	100.00

Otuzüç uterus rüptürü olgumuzdan; 24'üne (% 72.72),doğum ve ameliyat öncesinde; 5'ine (% 15.15),doğum sonunda; 4'üne (% 12.12),ameliyat sırasında, kesin rüptür tanısı konmuştur. Ameliyat sırasında kesin rüptür tanısı konan 4 hastanın 3'ünde, inkomplet rüptür tespit edildi. Ayrıca bu 4 hastanın 2'sinde de, geçirilmiş sezaryen nedbe açılmasının mevcut olduğu görüldü. Bulunan değerler, Tablo 15'de görülmektedir.

Tablo 15: Zamanına göre uterus rüptüründe tanı

	Doğum ve ameliyat öncesi	Doğum sonu	Ameliyatta
Olgu	24	5	4
%	% 72.72	% 15.15	% 12.12

Rüptür, olgularımızın tümünde, laparotomi ile kanıtlanmıştır. 33 rüptür olgumuzdan, 8 nedbe rüptürünün 4'ü komplet, 4'ü de inkomplet idi. Nedbe rüptürlerinden 5'i klasik, 3'ü de alt segment sezaryen nedbeli idi. Bu konunun değerlendirilmesi, Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16: Geçirilmiş sezaryen nedbelerinin sebep olduğu uterus rüptürleri

<u>Rüptür tipi</u>	<u>Klasik nedbe</u>	<u>Alt segment nedbe</u>	<u>Toplam</u>
Komplet	2	2	4
İnkomplet	3	1	4
TOPLAM	5	3	8

Otuzüç uterus rüptürü olgumuzda, laparotomi ile belirlenen yırtıkların, uterustaki yeri ve pozisyonuyla, bunların oranı bakımından yapılan analiz sonunda; bu olguların 11'inde (% 33.33), ön alt segmentte transvers; 4'ünde (% 12.12),arka alt segmentte transvers; 9'unda (% 27.27),sol yan tarafta vertikal; 3'ünde (% 9.10),sağ yan tarafta vertikal; 2'sinde komplet yırtılma; 1'inde (% 3.03),uterusun sol tarafında transvers; 2'sinde (%6.06), korpus ön yüzde vertikal; 1'inde (% 3.03),korpus arka yüzünde vertikal yırtılma bulunduğu tespit edildi. Neticeleri, Tablo 17'de sunuldu.

Tablo 17: Rüptürün uterusdaki yeri ve pozisyonu

Rüptürün yeri ve pozisyonu	Olgu sayısı	%
n alt segmentte transvers	11	33.33
Arka alt segmentte transvers	4	12.12
Sol yan tarafta vertikal	9	27.27
Sağ yan tarafta vertikal	3	9.10
Komplet uterus yarığı	2	6.06
Uterus sol tarafında transvers	1	3.03
Korpus n yüzde vertikal	2	6.06
Korpus arka yüzde vertikal	1	3.03

Sekiz nedbeli uterus rüptürü olgusundan, 3'nde primer rüptür tamiri yapıldı. Bu 3 olgudan ikisi alt segment, biri de klasik sezaryen nedbeli idi. Bunlarda , anne ve bebek ölümü grlmedi. Subtotal histerektomi uygulanan 5 nedbe rptrl olgudan, 4' klasik, 1'i de alt segment sezaryen operasyonu geğirmişti. Anne lm olmayıp, 3 bebek ölümü husule geldi. Bu konunun zeti, Tablo 18'de görülmektedir.

Tablo 18: Nedbeli uterus rüptürlerinde tedavi

Yapılan işlem	Nedbenin tipi		Mortalite	
	Klasik	Alt segment	Bebek	Anne
Primer rüptür tamiri	1	2	0	0
Subtotal histerektomi	4	1	3	0
TOPLAM	5	3	3	0

Nedbesiz uterus rüptürü olgularımızdan; 23'ünde travmatik rüptür; 2'sinde spontan rüptür tespit edildi. Bu olgulardan total histerektomi tatbik edilen 13 (% 52.00) olguda, 12 bebek, 1 anne ölümü olmuştur. Subtotal histerektomi yapılan 8 (% 32.00) olguda ise, 8 bebek, 1 anne ölümü saptandı. Primer rüptür tamiri uygulanan 2 olguda (% 8.00), 1 bebek, 1 anne ölümü saptandı. Diğer fatal olgulardan biri, gelir gelmez hiçbir müdahale yapılamadan ve diğeri ise, laparotomi sırasında kaybedildi. Bebekler, her ikisinde de öldü. Bu konudaki bulgularımız, Tablo 19'da sunuldu.

Tablo 19: Nedbesiz uterus rüptürlerinde tedavi

Yapılan işlem	Olgu sayısı	%	Mortalite	
			Bebek	Anne
Total histerektomi	13	52.00	12	1
Subtotal histerektomi	8	32.00	8	1
Primer rüptür tamiri	2	8.00	1	1
Diğerleri	2	8.00	2	2
TOPLAM	25	100.00	23	5

Kliniğimizde tedavisi yapılan 33 uterus rüptürü olgusundan; 18'inde (% 54.54), birer; 8'inde (% 24.24), ikişer; 1 olgu da ise, 3 unite kan transfüzyonu yapıldı. 6 hastaya (% 18.18) ise, hiç kan verilmedi. Bu konu, Tablo 20'de özetlenmiştir.

Tablo 20: Olgularımızda uyguladığımız kan transfüzyonları

Kan miktarı	Olgu sayısı	%
1 Unite	18	54.54
2 Unite	8	24.24
3 Unite	1	3.04
Kan verilmeyenler	6	18.18
TOPLAM	33	100.00

Otuzüç uterus rüptürü olgumuzdan, 5 anne ölümü ile, anne ölüm oranı, % 15.15 olarak bulundu. Ölen 5 uterus rüptürü olgusunun; 2'si hemorajik, 2'si septik ve hemorajik şokla, 1'i ise ameliyattan sonra akciğer embolisi ile ölmüştür. Bu konu, Tablo 21'de özetlenmektedir.

Tablo 21: Olgularımızdaki ölüm nedenleri

Ölüm nedeni	Olgu sayısı
İrreversibl hemorajik şok	2
Septik ve hemorajik şok	2
Akciğer embolisi	1
TOPLAM	5

Sekiz nedbeli uterus rüptürü olgusu içinde, anne ölümü olmadı. 25 nedbesiz uterus rüptüründen 23 travmatik olguda, 5 anne ölümü oldu. Diğer 2 nedbesiz uterusdaki spontan rüptür olgusunda, anne ölümü görülmedi. Bu bulgular, Tablo 22'de özetlenmektedir.

Tablo 22: Uterus rüptürlerinde anne ölüm oranı

Rüptürün tipi	Olgu sayısı	Ölüm sayısı	%
Nedbeli uterus			
Komplet	4	0	0
İnkomplet	4	0	0
Nedbesiz uterus			
Travmatik	23	5	21.73
Spontan	2	0	0
TOPLAM	33	5	

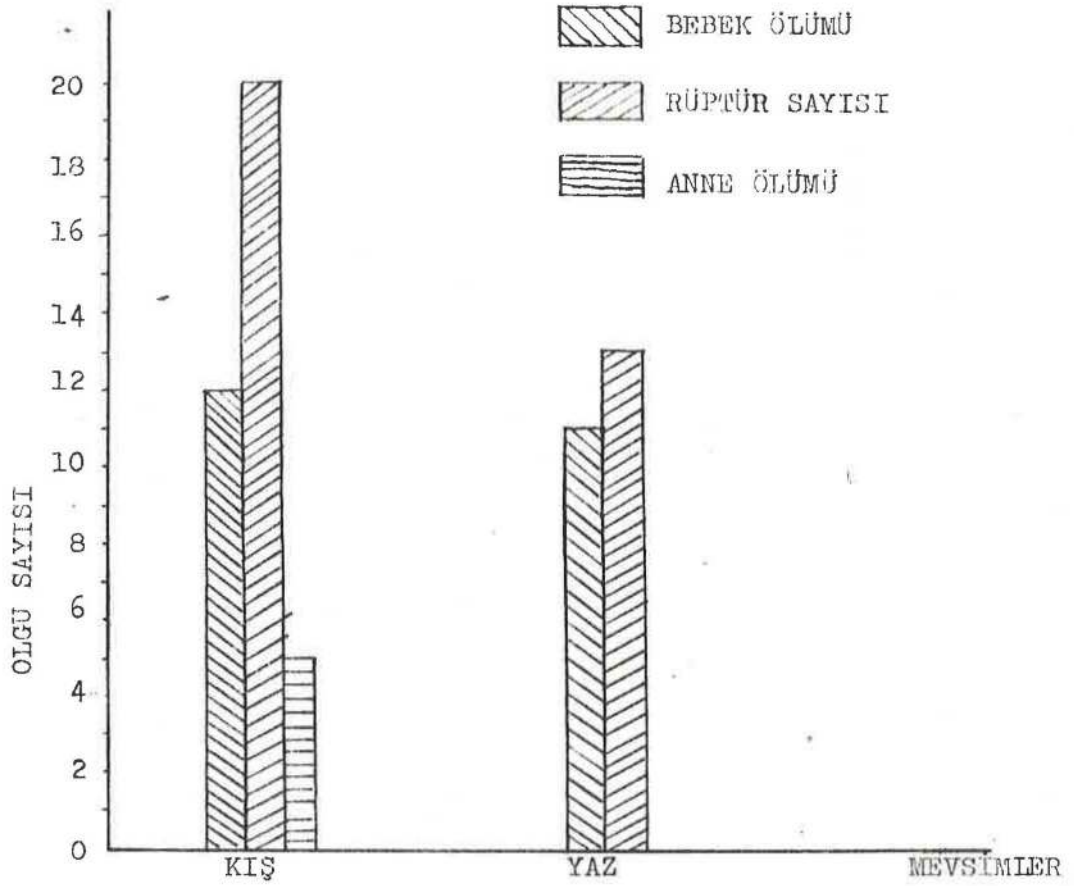
Uterus rüptürlerinde, bebek ölüm oranı incelendiği zaman; nedbeli uterusun komplet rüptürlerinde, 2 (% 50); inkomplet rüptürlerinde, 1 (% 25); nedbesiz uterusun travmatik rüptürlerinde, 18 (% 78.26); spontan rüptürlerinde ise, 2 (% 100.00) bebek ölümü olduğu anlaşıldı. Bu konunun analizi, Tablo 23'de sunuldu.

Tablo 23: Uterus rüptüründe bebek ölüm oranı

Rüptürün tipi	Olgu sayısı	Ölüm sayısı	%
Hedbeli uterus			
Komplet	4	2	50
İnkomplet	4	1	25
Hedbesiz uterus			
Travmatik	23	18	78.26
Spontan	2	2	100.00
TOPLAM	33	23	69.69

Otuzüç uterus rüptürlü hasta, laparotomiye alınarak, gerekli operasyonlar uygulandı. 25 hastada operasyon esnasında ve operasyondan sonra, hiçbir komplikasyon görölmedi. Geri kalan 8 hastadan 1'i (% 3.03), operasyon sırasında öldü. 1 rüptürlü hastada, uterus rüptürü ile beraber mesane rüptürü de mevcut olduğundan, uretero-vesikal anastomoz yapıldı.

Laparotomiye alınmış uterus rüptür olgularımızda görülen en önemli ameliyat sonrası komplikasyonlar şunlardır: 4'ünde (% 12.12), septik ve hemorajik şok; 2'sinde (% 6.06), lenfanjit; 1'inde (% 3.03), evisserasyon ve 1'inde (% 3.03), üriner enfeksiyondur. Rüptür olgularında görülen ameliyat sonrası komplikasyonlar, Tablo 24'de özetlenmiştir.



Grafik III: Uterus rüptürü ile anne ve bebek ölümünün mevsimlere göre dağılımı

KİŞ :(11,12,1,2,3,4 üncü aylar)

YAZ :(5,6,7,8,9,10 uncu aylar)

Tablo 24: Uterus rüptürü olgularımızda görülen ameliyat sonrası komplikasyonlar

Komplikasyon cinsi	Olgu sayısı	%
Septik ve hemorajik şok	4	12.12
Lenfanjit	2	6.06
Akut pulmoner emboli	1	3.03
Evisserasyon	1	3.03
Üriner enfeksiyon	1	3.03
TOPLAM	9	27.27

Bölgemiz iklim koşullarının, uterus rüptürünün görülme sıklığı ve prognozuna etkisini amaçlayan analizde; olguların 13'ünün (% 39.39) yaz aylarında (5., 6., 7., 8., 9., 10. aylarda) meydana geldiği; 11 bebek ölümü olduğu ve anne ölümü olmadığı saptanmıştır. Kış aylarında (11, 12., 1., 2., 3., 4. aylarda) ise, 20 rüptür olgusu (% 60.61), 12 bebek ölümü ve 5 anne ölümü olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, Tablo 25 ve Grafik III'de sunulmaktadır.

Tablo 25: İklimin, uterus rüptürü görülme sıklığı ve prognozu ile ilgisi

Mevsimler	Olgu sayısı	%	Bebek		Anne	
			Mortalitesi	%	Mortalitesi	%
YAZ	13	39.39	11	47.81	0	0
KIŞ	20	60.61	12	52.11	5	25.00
TOPLAM	33	100.00	23		5	

YAZ: Mayıs, Haziran, Temmuz, Ağustos, Eylül, Ekim,

KIŞ: Kasım, Aralık, Ocak, Şubat, Mart, Nisan.

Uterus rüptürlü hastaların, geldikleri çevreye göre dağılımı incelendiği zaman; bu olguların 5'inin (% 15.15), Diyarbakır şehir merkezinden; 13'ünün (% 39.39), Diyarbakır ilçe ve köylerinden; 7'sinin (% 21.21), Mardin ve çevresinden; 5'inin (% 15.15), Adıyaman ve çevresinden; 3'ünün (% 9.10), Siirt ve çevresinden geldikleri tespit edildi. Bu konudaki değerler, Tablo 26'da sunuldu.

Tablo 26: Uterus rüptürü olgularımızın, geldikleri çevreye göre dağılımı.

Hastanın geldiği çevre	Olgu sayısı	%
Diyarbakır şehir merkezi	5	15.15
Diyarbakır ilçe ve köyleri	13	39.39
Mardin ve çevresi	7	21.21
Adıyaman ve çevresi	5	15.15
Siirt ve çevresi	3	9.10
TOPLAM	33	100.00

Otuzüç uterus rüptürü olgusunda, rüptürün geliştiği zamanın, prognoz üzerine etkisi incelendiğinde; 5 anne (% 17.85), 22 bebek ölümünün (% 78.57), hastaneye müracaatlarından önce, rüptür olmuş 28 olguda (% 84.84) olduğu görüldü. Rüptür zamanı kesin bilinmeyen 4 olguda (% 12.12), anne ve bebek ölümü görülmedi. Hastanede rüptür olup, anne ölümü görülmeyen 1 olguda ise (% 3.04), bebek geldiğinde ölmüş idi. Bu konudaki değerler, Tablo 27'de sunulmaktadır.

Tablo 27: Uterus rüptürünün oluştuğu zamanın, prognoza etkisi

	Olgu sayısı	%	ÇKS		Bebek		Anne	
			(-)	(+)	Ölümlü	%	Ölümlü	%
Rüptürlü olarak hastaneye gelenler	28	84.84	22	6	22	78.57	5	17.85
Rüptür zamanı bilinmeyenler	4	12.12	0	4	0	0	0	0
Hastanede rüptür olanlar	1	3.04	1	0	1	100	0	0
TOPLAM	33	100.00	23	10	23	69.69	5	15.15

T A R T I Ŗ M A

Obstetrikte uterus rüptürleri, eskiden olduğu gibi, bugün de anne ve çocuk mortalitesini yükselten, doğum komplikasyonlarından birini teşkil eder. Dünyadaki gelişmeler kadar, yeterli bir düzeyde olmamasına rağmen; antenatal bakıma, ülkemizde de önem verilmektedir. Klinik doğumlarının artması, oksitosik ilaçların dikkatsizce ve ölçüsüz bir şekilde kullanılmaması (24,26) ve geniş tutulan sezaryen endikasyonları sayesinde; uterus rüptürlerinin sıklığı, bir miktar azalmıştır. Yine de, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, uterus rüptürü, önemini korumakta ve bu konu, çeşitli yayınlarda yer almaktadır.

Çalışmamızı yaptığımız, Diyarbakır ve çevresinde, saptadığımız rüptür sıklığı, 249 doğumda 1 rüptür veya % 0.4'tür. Yine bu bölgede, aynı amacı kapsayan bir araştırma (11) sırasında tespit edilen değer, 1/105'dir. Buna göre, bölgede, rüptür sıklığı, önemli bir düşüş göstermektedir. Bu azalışın nedenini, iki çalışma arasın-

daki 7 yıllık sürede, bölgenin refah seviyesinin, ulaşımın ve sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile açıklayabiliriz. Ege Bölgesini kapsayan iki ayrı araştırmada (3,17), saptanan değerlere (1/857 , 1/691) göre; bizim tespit ettiğimiz rüptür sıklığı (1/249), yine oldukça yüksektir.

Bununla beraber, Türkiye literatürü incelendiğinde, gerçek rüptür sıklığını yansıtabilecek ve özelliklerini içerebilecek bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Mevcut araştırmalar ise, süre ve kapsam bakımından, yetersiz izlenimini vermektedir.

Bölgemizde tespit ettiğimiz rüptür sıklığı (1/249), Dünya'nın çeşitli memleket ve yöreleri ile oranlandığı zaman, normal ölçüler içinde kalmakla beraber; gelişmiş ülke değerlerine göre, çok yüksektir. Çünkü yakın zamanda yapılan araştırmalarda, rüptür sıklığı, 1/58 ile 1/11354 arasında değişirse de; çoğunlukla 1/1000 ile 1/2500 doğum arasında olduğu görülmektedir (1,12,23,25,32,39, 40,44,52,55). Çeşitli ülke ve araştırmacılara göre, rüptür oranları, Tablo 28'de görülmektedir.

Tablo 28: Çeşitli merkezlerde rüptür sıklığı

Otörler	Yıllar	Period	Doğum sayısı	Rüptür Sıklık
Delfs ve Eastman (ABD)	1945	1900-1945	53.574	53 1/1010
Golde ve Beston (İngiltere)	1959	1940-1958	36.200	23 1/1570
Rendle Short (Uganda)	1960	1952-1958	15.908	171 1/93
Stephens ve Brown (ABD)	1967	1950-1966	36.154	48 1/753
Groen (Nijerya)	1974	1965-1972	16.189	144 1/112
Schrinsky ve Benson (ABD)	1975	1950-1975	126.770	47 1/2695
Arıcan (Türkiye-Ege)	1967	1964-1967	9.427	11 1/857
Pirgun (Türkiye-Erzurum)	1969	1966-1969	9.654	118 1/58
Bizim çalışmamız (Türkiye-Diyarbakır)	1985	1981-1985	8.240	33 1/249

Reiffer ve Hale (52), son 50 yılda, rüptür sıklığının azaldığını açıklamışlardır. Araştırmalarında rüptür sıklığının, 1942-1952 süresine göre, 1953-1962 yılları arasında, % 50 oranda azaldığını tespit etmişlerdir.

Sezaryen insidansının artması ile, nedbe rüptürleri de artmıştır. Johns Hopkins Hastanesinde yapılan bir araştırmada, 624 mükerrer seksiolu hastadaki rüptür sıklığının, gebelikte % 1 ve travayda % 1.1 olmak üzere, toplam % 2.1 olduğu tespit edilmiştir. 1961'de Hellegers ve Eastman, 699 alt segment sezaryen nedbeli gebenin takibinde, rüptür sıklığını % 0.5 olarak bulmuşlardır (25).

Son yıllarda, antibiyotiklerin ve kemoterapinin bulunuşu, klasik yerine alt segment sezaryen seksiyonun uygulanışı, kan transfüzyonunun uygulanması, durumu değiştirmiştir. Çünkü, Hollanda'da 1920'de nedbe rüptürü,% 4 iken; son yıllarda,klasik nedbede,alt segment nedbesine göre,4 kat fazla rüptür ihtimali bulunduğu gösterilmiş ve klasik nedbe rüptürü de,% 2.2'ye düşmüştür (54, 63). A.B.D.'de, normal gebe uterusun,rüptür olma ihtimali,1/1.000'in altında iken; myometriumba cerrahi bir nedbe mevcut olduğunda, bu sıklığın,50 misli arttığı tespit edilmiştir. Klasik nedbe rüptüründe,sıklık yüksek olmasına karşın; anne ölümü % 5 daha azdır. Fakat rüptürler,çoğunlukla komplet ve spontan olacağından, bebek ölümü % 100'e yakındır (23,54).

Uterus rüptürü olgularımız, etiolojilerine göre incelendiğinde (Tablo 1); nedbesiz uterusun travmatik rüptürlerinin , olguların % 69.70'ini teşkil ettikleri görülmektedir. İkinci sırayı, % 24.24 oranı ile nedbe rüptürleri alırken; nedbesiz uterusun spontan rüptürleri ise,% 6.06 oranında saptanmıştır. Bu konudaki bulgularımız, Tablo 29'da,literatür bilgileri ile karşılaştırılmaktadır.

Tablo 29: Etiolojilerine göre uterus rüptürlerinin görülme oranları

Otörler	Travmatik Rüptür oranı	Nedbe rüptürü Görülme oranı	Spontan rüptür Görülme oranı
Farrel JP (16)	41.6	53.6	3.8
Schrinsky CD (52)	42.1	39	18.7
Negrut I (40)	25.5	23.7	50.8
Adcock LL (51)	20	24	66
Pirgun N (43)	16.9	5.9	78
Bizim çalışmamız	69.70	24.24	6.06

Tablo 29'da görüldüğü gibi, çok değişik oranlar mevcuttur.

Bu farklılık, etiolojik faktörlerin, her araştırmacı tarafından, farklı şekillerde değerlendirilmesine bağlanmıştır. Birçok araştırmacı, ihmal edilmiş baş-pelvis uygunsuzluğu ve yine ihmal edilmiş yan geliş gibi, bizce travmatik olarak kabul edilen faktörleri, spontan olarak değerlendirmektedir. Ayrıca, araştırmaların yapıldığı bölgedeki refah seviyesinin ve iklim özelliklerinin de, rüptür tiplerinin oranına etkisi olacağı, görüşüne inanmaktayız. Araştırmamızdaki travmatik rüptür oranının yüksek olmasını; bölgemizdeki ulaşım gücü ve refah seviyesinin düşüklüğü yanında; yaygın olarak görülen osteomalazik dar ve deforme pelvis tiplerinin çokluğu ile izah edebiliriz. Çalışmamızdaki olguların çoğunluğunun etiolojik nedeni; özellikle kırsal bölgelerde, osteomalaziye bağlı ortaya çıkan dar ve deforme pelvis ve bunun sonucu olarak baş-pelvis uygunsuzluğu, ya da geliş anomalileridir. Bölgemizde, osteomalazinin çok görülme nedenleri, şu şekilde açıklanabilmektedir:

- Güneşten yeterince istifade edememe,
- Sosyoekonomik durumdaki bozukluk nedeniyle beslenme yetersizliği (Proteinden fakir, tek yönlü beslenme),
- Bölge adetlerine uyularak giyilen kıyafetler, vücut yüzeyini tamamen kapayarak, güneş ışınlarının nüfuzuna engel olmaktadır,
- Fazla sayıda ve sık gebelik, uzun süren laktasyonun, kemik dokusunda progressif dekalsifikasyona sebep olması,

- Fitik asitten zengin ve unlu gıdaların fazla yenmesi sebebiyle, barsaklardan kalsium absorbsiyonunun bozulması.

Araştırmamızda, spontan uterus rüptürlerinin % 80'i, geçirilmiş sezaryen nedbesinin açılması neticesidir (Tablo 2). Ancak nedbesiz uterusun spontan rüptürleri, % 20 oranındadır. Nedbesiz uterusun spontan rüptürü olan 2 olgumuzdan birinde olduğu gibi, altı aylık ölü fetusun uzun süre uterus içinde kalmasının; uterus adalesindeki çeşitli strüktürel değişikliklere, en azından enfeksiyona neden olabileceği, bildirilmektedir (60). Aynı şekilde, 2 olguda da gebelik sayısının 5 olması, birinde plasenta previa ve 3 düşük öyküsünün mevcut olması, spontan rüptür için, hazırlayıcı faktör olarak değerlendirilebilir.

Nedbesiz uterusun travmatik rüptürlerinin % 60.87'si, ihmal edilmiş baş-pelvis uygunsuzluğu ile, yine aynı sebeplere bağlanabilen duruş ve geliş anomalilerinin ihmalî neticesi meydana gelmiştir. Araştırma konusu olan travmatik olgularda; baş-pelvis uygunsuzluğunun, duruş ve geliş anomalilerinin sebebi; bölgesel bir özellik olabilecek dar ve deforme pelvis yanında, grand multiparitelik, çok ve sık doğurma, ulaşım güçlüğü gibi faktörlerin mevcudiyeti olabilir. Travmatik rüptürlerin büyük bir kısmı da, bilgisiz ve yetersiz doğum müdahaleleri neticesinde gelişmiştir. Bu tip rüptür olgularımız, çevre illerden sevk edilmişlerdir.

Uterus rüptürleri, seksüel erginlik çağının her yaşında görülebilir, fakat yaş ilerledikçe rüptür oranı fazlalaşır (Tablo 4). Yaşla orantılı olarak yükselen rüptür sıklığı, en fazla 30-40 yaş gurubunda görülüp, hastalarımızın % 63.44'ünü teşkil etmektedir. Bölgemiz kadınlarında tespit edilen rüptür yaş ortalamasının, dünyanın çeşitli ülkeleri ile kıyaslandığı zaman, bölgemizde birkaç yaş düşük olduğu görülmüştür. Çünkü son zamanlarda yapılan araştırmalarda, Prabharathi (44), Hindistan'daki olgularının % 85'inin, 21-35 yaşları arasında olduğunu bildirmektedir. Paul Groen (23), Nijeryalı kadınlarda büyük çoğunluğun 25-35 yaşları arasında olduğunu bildirmiştir. Ortalama rüptür yaşının 36.3 olduğunu yayınlayan yazarlara göre, bizim bulduğumuz yaş (30 yaş), literatürde bulunan değerlerin altındadır. Ortalama rüptür yaşının düşük oluşunu; bölgemizde genellikle erken evlenme, sık doğurma geleneğinin göz önünde bulundurulmasıyla izah edebiliriz.

Rüptür etiolojisinde, yaş faktöründen daha çok yeri olan paritenin (doğum sayısı),rüptürle ilgisini belirleyen analizimizde (Tablo 5'de görüldüğü gibi); olgularımızın % 54.55'inin paritesi 4-7 arasındadır. Netice olarak, mevcut gebeliği ile beraber % 63.64'ü, dörtten fazla doğum yapmıştır. Olgularımızın parite ortalaması, 5'dir. Literatürlerden çoğu, uterus rüptürü için, en önemli predispozan faktörün, grandmultiparitelik olduğundan bahsetmektedir (10, 12,15,24,34,52). Paul Groen, Nijerya'daki 144 rüptür vak'asında, ortalama pariteyi, 4.2-4.5 olarak bildirmiştir (23).

Nedbeli uterus rüptürlerinde ise, yaş ve doğum sayısının yeri, değişiktir (Tablo 6 ve 7'nin karşılaştırılması ile). Nedbesiz uterus rüptürlerinde, olguların % 70'i, 30-39 yaşlar arasında iken; nedbeli uterusların rüptürlerinde, hastaların % 62.5'i, 20-29; ancak % 37.5'i, 30-39 yaşlar arasında görülmüştür.

Aynı şekilde, nedbeli uterus rüptürlerinde, paritenin rolü, ikinci, üçüncü plana düşmektedir (Tablo 7 ve 9 karşılaştırıldığında). Nedbe rüptürlerinde olguların % 62.5'inin doğum sayısı, 1-3 iken; nedbesiz uterus rüptürlerinde 1-3 doğum sayılı grup, hastaların ancak % 24.0'ünü teşkil edip; çoğunluğunun (% 60'ı) doğum sayısı, 4-7 arasındadır. Nedbe rüptürlerinde anne yaş ve doğum sayısının, nedbesiz uterus rüptürlerinde görülebilen kaidelere uymadığı; Daniel ve Ralph (52) tarafından yapılan çalışmalarda da doğrulanmıştır. Nedbe rüptürlerinde, yaş ve doğum sayısı, daha güçlü bir predispozan faktör olan nedbe tarafından, etkisizmiş gibi gösterilmektedir. Çünkü, nedbeli bir uterusda eğer rüptür olacaksa, grand multiparitelik ve ileri yaş nedenlerinden dolayı, nedbe yerinden yırtılması çok daha kolay olacaktır. Çünkü, myometriumda cerrahi bir nedbe mevcut olduğu zaman, rüptür ihtimali normal myometriuma oranla 50 misli artmaktadır (54).

Geçirilmiş sezaryen nedbeleri, spontan rüptür için en önemli predispozan faktördür (6). Gebeliğin çoğunlukla üçüncü trimestrinde olmakla beraber, herhangi bir safhasında da meydana gelebilir.

Çalışmamızdaki nedbeli olguların tamamı, travayda husule gelmiştir. Nedbe rüptürlerinin, gebeliğin ortalama olarak 36.5 inci haftasında ortaya çıktığı saptanmıştır (33). Olgularımızdan, nedbe rüptürleri, tüm rüptürlerin % 24.24'ünü teşkil etmektedir. Bu konudaki literatür kayıtlarında (12, 21, 33) ise, nedbe rüptürlerinin tüm rüptürlerin % 38.5'i olduğu ve çoğunluğunun komplet olacağı yayınlanmıştır.

Olgularımızın % 18.18'inde plasenta previa tespit etmiş olduğumuz halde; literatürde rüptür etiolojisinde plasenta previanın önemine değinen yayınlara rastlayamadık. Bununla birlikte, plasenta previanın, uterus rüptüründeki yerini şu şekilde açıklayabiliriz: Plasenta previa'lı olgularımızın biri hariç, hepsi grand multipardır. Paritenin yüksek oluşu, zaten uterus rüptürünün nedenlerinden biridir. Yaşı ileri olan multiparlarda, feto-pelvik uygunsuzluklar daha sık görüldüğünden; hastalarımızda malprezentasyon doğal bir neticedir. Dolayısıyla multiparite, feto-pelvik uygunsuzluk ve malprezentasyon, uterus rüptürlerinin esas nedenidir. Bu hastalarda plasenta previanın da bulunması, dolaylı olarak, uterus rüptürü teşekkülüne neden olabilir.

Otuzüç uterin rüptürlü olgumuzda, karında ağrı semptomu, en sık görülen bulgudur. Bu semptom, olguların % 100'ünde mevcuttu (Tablo 11). Karında ağrı ve hassasiyet, uterin kontraksiyonlarla karıştırılabilir ve ayrıca peritoneal irritasyonda da karışıklığa neden olabilir. Suprapubik ve diafragmatik tip ağrı, hasta tarafından genellikle karıştırılmaktadır. Rüptür için tipik olan ağrı şekli, batında yırtılma hissi veren bir ağrı duyulmasıdır (23,57). Bu tip ağrıyı, birçok hasta anamnezinde görmek mümkün olur. Renk solukluğu (% 81.81), taşikardi (% 78.78), şok belirtileri (% 75.75) birbirleriyle ilgilidir ve dahili veya harici bir kanamanın değişik safhalarının belirtileridir. Şok belirtileri, kanama neticesi olduğu kadar, refleks yolla da gelişmektedir. Olguların muayenesinde, kanama neticesi olduğu veya olmadığı belirlenmelidir. Muayene sırasında, eğer karında distansiyon, gerginlik, hassasiyet gelişmemişse, batin muayenesinde kontrakte uterus ve fetus kısımları ayrı ayrı palpe edilebilir. Olgularımızın % 54.54'ünde, bu durum izlenmiştir.

Uterus rüptürlü 33 hastada, en sık görülen obstetrik bulgu, çocuğun oynamaması (% 87.87), bebek kalp seslerinin kaybolmasıdır (% 81.81) . Bebek stres altındadır, ya da ölmüştür. Çünkü, fetoplasenter kan dolaşımı, bozulmuş veya kesilmiştir. Fetus, genellikle uterusun yırtık yerinden karın boşluğuna atıldıktan sonra, plasenta ayrılarak kısmen veya tamamen batin boşluğuna atılacaktır (15,25,52). Bununla beraber, plasenta ve bebek, amnion kesesi yır-

tılmadan, batin boşluğuna atıldıktan sonra, laparotomide canlı bebek çıkarıldığı şeklinde, birkaç yayın mevcuttur (32). Rüptür olgularımızdan % 78.78'inde, amnion kesesi, geldiklerinde açılmıştı. Olgularımızın % 75.75'inde, vaginal kanama bulunuyordu. Doğum sancılarının, olguların % 69.69'unda durmuş olmasının sebebi, hastadaki peritoneal irritasyon ve batındaki hassasiyetle, doğum sancılarının karıştırılmasıdır. Patolojik Bandl halkası, olguların % 15.15'inde farkedilebilmiştir. Çünkü Bandl halkası, bir rüptür bulgusu olmaktan ziyade, rüptür tehdidinde görülen bir belirtidir. Bu safhada gelebilen hastaların çoğunda, rüptür önlenebilmektedir.

Olgularımızda, bebeğin uterus kavitesinde longitudinal durma oranı (% 60.60); normal olgulardaki (20,22,31) longitudinal duruş oranına (% 98.5-99) göre, bir hayli düşüktür (Tablo 13). Aynı şekilde, normalde % 1-1.5 olan yan duruş oranı da, yüksek bulunmuştur (çalışmamızdaki yan duruş oranı % 9.10'dur). Yan duruş gibi, önemli bir obstetrik anomalinin gelişmesinde; multiparitelik nedeni ile, karın duvarının ve uterus adalesinin gevşek olması; dar ve deforme pelvis; uterus anomalileri; plasentanın anormal yerleşmesi; fetal anomaliler rol oynamaktadır. İsmi geçen bu faktörler, rüptür etiolojisinde de önemlidir. Duruş şekli saptanamayan olguların (% 30.30) çoğunluğu, hastaneye gelmeden önce doğum yapmış olduğundan veya fetus karın boşluğunun içine atıldığından; çocuğun duruşu hakkında bilgi edinilememiştir.

Uterus rüptürlü 33 olgudan (Tablo 14); % 42.42'sinde, baş prezentasyonu; % 18.19'unda, plasenta previa; % 12.12'sinde ise, omuz gelişi tespit edilmiştir. Normalde doğumların % 96'sında, baş (7, 8, 22, 46, 65); % 1.49'unda, plasenta previa (18); en fazla % 1 (2) inde, omuz gelişi gelişeceği beklenirken; böyle anormal neticelerin çıkması doğaldır. Durumun izahı, situs anomalilerinin izahı ile aynıdır.

Çoğunluğu acil olan, ihmal edilmiş, klasik uterus rüptür tablosu gösteren olguların teşhisi kolaydır. Teşhiste; hastanın anamnezi, klinik bulgu ve semptomlar en önemli ağırlığı teşkil ederler. Çoğunlukla gecikmiş, aciliyet arzeden dramatik safhalarda gelen hastanın, neticelerinden fazla fayda umulmayan laboratuvar tetkikleriyle, oyalanmaya vakti yoktur. Bizim olgularımızın büyük çoğunluğu, bu safhada gelmiştir. En kısa zamanda teşhis edilerek, uygun tedavinin yapılması hayat kurtarıcı olur (10, 67). Kesin rüptür tanısı, bazı olgularımızda (% 12.12), laparotomide kondu. Olgularımızın % 72.72 sine, doğum öncesi veya operasyondan önce, rüptür tanısı konmuştur (Tablo 15). Ayrıca hastanede veya haricte, genellikle müdahaleli yaptırılmış olan doğumlardan sonra, hastaneye gelen ve uterus kavitesinin elle kontrolünde kesin rüptür tanısı koyduğumuz olgular, bütün hastalarımızın % 15.15'ini teşkil etmektedir. Hastaların bir kısmında ise, geşitli endikasyonlarla sezaryen yapılmış ve operasyon esnasında rüptür tanısı konmuştur. Bu grup, hastalarımızın, % 15.15'ini teşkil etmektedir. Sezaryen operasyonunda, tesadüfen

veya şüpheli durumda tanınan rüptürler, çoğunlukla nedbe açılması, ya da inkomplet rüptürlerdir.

Olgularımızda tespit ettiğimiz nedbe rüptürlerinden (8 olgu); 5'i klasik nedbe rüptürüdür ve bunların 2'si komplet, 3'i ise inkomplettir (Tablo 16). Üç alt segment nedbe rüptüründen; 2'si komplet, 1'i ise inkomplet rüptür olarak tespit edildi. Crapanzano'nun araştırmadaki, alt segment ve klasik nedbe rüptürlerindeki komplet ve inkomplet oranları, bu konudaki bulgularımıza uygunluk göstermektedir (28, 62).

Otuzüç rüptür vak'amızın hepsi, travayda oluşmuştu. Uterusdaki yırtıkların çoğu (Tablo 17), uterus alt segmentine lokalize idi. Bu konuda, Voogd ve arkadaşlarının (28, 40); travayda gelişen rüptürlerin, genellikle alt segmentte olacağı şeklindeki fikri, bulduğumuz bu değere uygunluk göstermektedir. Uterusun sol yan tarafında meydana gelen vertikal rüptürlerin (% 27.27), sağ yandaki vertikal rüptürlerden (% 9.10) daha fazla olması, literatürdeki bilgilere uymaktadır (28,54,62). Bu konuda, Voogd'un açıklamasına göre; sol ovaryal venin, sol renal vene 90 derecelik bir açı yaparak karışması nedeniyle, sol broad ligamentte, pasif venöz konjesyon gelişir. Bu hususun, predispozan bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Çünkü , olguların % 80'inde, uterusun sağa rotasyon yapmış olduğu görülmektedir (57). Anteby ve arkadaşları, uterusun en zayıf yerinin, fundusun arka yüzü olduğunu açıklamışlardır. Literatürde bil-

dirilen rüptür yerleri; olguların % 67.4'ünde ön, % 13.5'inde yan, % 9'unda arka yüzde olup, az miktarda da sirkumferansiyeldir (istmusun çepeçevre yırtılması) ve bir kısmı da mesaneye kadar uzanır (54). "Klasik rüptür" diye adlandırılan ve uterus alt segment ön yüzde transvers olarak husule gelen rüptürlerin oranı, çalışmamızda % 33.33 iken; aynı tip rüptür, Hindistan'da % 23.3 olarak saptanmıştır (41).

Tedavide, cerrahi müdahale gereklidir. Rüptürün tamiri veya histerektomi geçerli tedavi yoludur (51,58). Çalışmamızda 8 nedbe-
li uterus rüptürü bulunuyordu. Bunlardan 5'i klasik nedbe tipinde idi ve 1'inde rüptür tamiri, 4'ünde subtotal histerektomi yapıldı (Tablo 18). Alt segment nedbe rüptürü olan 3 olgudan, 2'si primer rüptür tamiri, biri subtotal histerektomi ile tedavi edildi. Nedbesiz uterus rüptürlerinden (Tablo 19); 13'ünde (% 52.00), total abdominal histerektomi; 8'inde (% 32.00), subtotal histerektomi; 2'sinde (% 8), primer rüptür tamiri uygulandı. 2 hastaya, hiçbir müdahale yapılamadı. Tedavi yöntemimiz, birçok dünya literatürü ile uymakta ise de, bazı merkezlerde primer rüptür tamirine , daha fazla yer verilmektedir (62). Ayrıca, primer rüptür tamiri uygulananlara, tüp ligasyonu ile sterilizasyon yolunu seçen yazarlar çoğunluktadır (16,36,44,52). Mogkokong ve arkadaşlarının, tedavi konusundaki görüşlerine göre; uterus alt segment ön yüzdeki transvers rüptürler, enfekte değilse, primer rüptür tamiri ve uterus yan

yüzlerdeki vertikal rüptürlerde ise, histerektomi yapılmalıdır (36). Hastalarımızın tedavisinde, histerektomiye ağırlık verilmiş olması; vak'aların aşırı ihmal edilmiş ve enfekte olması, multiparitelik dereceleri, sosyo-ekonomik, kültürel durumlarının neticesidir. Tablo 30'da, operasyonun tipi ve anne mortalitesi değerlerimizi, Farrel'in (16) aynı konudaki bulguları ile karşılaştırdık.

Tablo 30 : Uygulanan operasyon tipi ve oranları

Operasyonun tipi	Farrel'in bulguları			Bizim bulgularımız		
	Olgu sayısı	%	Anne ölümü	Olgu sayısı	%	Anne ölümü
Total histerektomi	4	15.4	0	13	39.39	1
Subtotal histerektomi	9	34.6	0	13	39.39	1
Rüptür tamiri	12	46.2	0	5	15.15	1
Tedavi edilememişler	1	3.8	1	2	6.07	2
TOPLAM	26	100.00	1	33	100.00	

Primer rüptür tamirinde, tüplerin bağlanması, otörlerin çoğu tarafından kabul edilmiş bir görüştür (6,16,23,52). Fakat bizim rüptür tamiri yapılan olgularımızda, tüp ligasyonu yapılmadı. Bu konuda, hastanın yaşı, çocuk isteği, sosyal ve kültürel durumu göz önünde bulundurularak karar verildi. Mümkün olduğu ölçüde, normal üreme ve menstruel fonksiyonlarının devamını muhafaza etmeye gayret gösterildi. Bu hususu destekleyen literatür bilgileri de mevcuttur (29,48,50).

Çeşitli tedavi metodlarındaki anne ölüm oranı da değişmektedir. Çalışmamızda saptadığımız anne mortalitesi, % 15.15'dir. Endonezya'da konservatif tedavi uygulanmış 29 vak'adaki anne mortalitesi, % 83; histerektomi uygulanmış 36 vak'ada, % 41.7 ve rüptür tamiri yapılan 66 vak'adaki mortalite değeri, % 16.7'dir (24, 61). Bu değerler, çalışmamızdaki mortalite değerine (% 15.15) göre, yüksektir.

Uterin rüptür tedavisinde, kan transfüzyonlarının önemi büyüktür. Özellikle nedbesiz uterusun rüptürlerinde, kanamanın daha şiddetli olması nedeniyle, değeri daha da büyüktür. Olgularımızın % 81.81'inde kan transfüzyonu yapıldı. Bunlardan % 54.54'üne birer, % 24.24'üne 2 ünite kan verilmiş olup; kan verilmeyen 6 olgu (% 18.18)-nun çoğunluğunu, nedbe rüptürü veya inkomplet rüptür teşkil etmektedir (Tablo 20).

Çalışmamızdaki nedbe rüptürlü hastalarda, anne ve bebek için prognoz iyi bulundu (Tablo 22-23). Anne ölümü görülmeyip, bebek ölümü kompletlerde % 50, inkompletlerde % 25 olarak tespit edildi. Bu netice, literatür kayıtlarıyla oranlandığında, düşük bir bulgudur. Nedbesiz uterus rüptürlerinde ise, anne ölüm oranı % 21.73 ve bebek ölüm oranı ise % 78.26 ile % 100 arasında değişmektedir. Tüm olgulara göre, anne ölüm oranı % 15.15, bebek mortalitesi ise % 69.69 olarak saptandı ve Tablo 31'de literatür verileri ile karşılaştırıldı.

Tablo 31: Uterus rüptüründe mortalite oranları

Araştırmacı	Olgu sayısı	Anne mortalitesi %	Bebek Mortalitesi %
Dugger (1945)	105	61.9	62
Delfs ve Eastman (1945)	53	58.8	88.2
Burrows (1941)	45	37	69
Bill, Barney	23	23	62
Neme, B, Prata, M (1963)	172	34.3	80.2
Adcock L (1963)	21	9.5	75
Negrut I (1974)	59	8.47	63.1
Ritenge K (1975)	28	14.2	50
Pirgon N (1969)	118	12.7	89
Arıcan M (1967)	11	36.3	63.6
Bizim çalışmamız (1985)	33	15.15	69.69

Nedbesiz uterusun rüptürlerinde anne ölüm oranı yüksektir.

Çalışmamızda, anne ölümlerinin hepsi, bu guruptandır. Pulmoner emboli ile ölen 1 hasta hariç, diğer 4 hastanın ölüm sebebi, septik ve hemorajik şoktur (Tablo 21). Olguların, çeşitli nedenlerle geçikmiş olması, ehliyetsiz ellerde enfekte edilmesi, toplumun refah seviyesinin düşüklüğü, anne mortalitesinin yükselme sebeplerindendir. Bölgemizde iklim ve coğrafi özellikler, ulaşımı engelleyerek, rüptür sıklığını arttırdığı gibi, anne ve bebek mortalitesinin yükselmesine sebep olmaktadır (Tablo 26). Ulaşımın mümkün ve kolay olduğu yaz aylarında, tüm rüptür olgularımızın sayısı 13 (% 39.39) idi ve anne ölüm oranı ise 0 idi. Kış aylarında husule gelen rüptürler,

olgularımızın % 60.61'ini meydana getirmektedir (20 olgu).

Çalışmamızda gördüğümüz 5 anne ölümünün, kış mevsiminde gelişmesi, iklim özelliklerinin ulaşımı etkileyerek, rüptür prognozunu ağırlaştırdığı izlenimini vermektedir. Çalışmamızda her iki mevsim için, bebek ölüm oranında, önemli bir fark görülmemiştir.

Bölgemizde rüptür komplikasyonunun önlenmesinde ve mortalite oranında; coğrafi ve iklim özelliklerinin, kültürel ve sosyo-ekonomik durumun rolü büyüktür (64). Kalkınmakta olan ülkelerin özellikle kırsal bölgelerinde, uterus rüptürü, anne ve çocuk mortalitesi, gelişmiş ülkelere göre, çok yüksektir. A.B.D.'de rüptür oranı, 2000 doğumda 1 iken; Uganda'da Rendle Short tarafından yapılan bir araştırmaya göre, 93 doğumda 1; bölgemizde yapılan bir araştırmaya göre ise, 105 doğumda 1 gibi, çok yüksek düzeyde bulunmuştur (11, 23).

S O N U Ç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, 1981-1985 yılları arasında tespit edilen 33 uterus rüptürlü hasta üzerinde yapılan araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, aşağıda belirtilmiştir:

1. Kliniğimizde uterus rüptürünün görülme oranı, % 0.4 (249 doğumda 1) olup; dünyadaki hemen hemen en yüksek değerlerden biri olarak bulunmuştur. Bu yükseklik, normal doğumların çoğunlukla evde yapılar, ancak patolojik doğumların kliniğe müracaatına, ayrıca kliniğimizin bir bölge hastanesi kliniğinin özelliklerini taşımasına bağlı olabilir. Çevre vilayetlerdeki patolojik doğumların müracaatı da, bu sonucu etkileyebilmektedir.

2. Uterus rüptürü etiolojisinde; myometriumdaki geçirilmiş ameliyat nedbeleri, yüksek parite, ileri yaş, osteomalazik dar ve deforme pelvisler nedeniyle fetö-pelvik uygunsuzluklar, situs ve prezentasyon anomalilerinin ihmali, önemli rol oynamaktadır. Olgu-

larımızda, bu faktörlerin genellikle biri veya birkaçı birarada görülmüştür.

3. Kanaatımıza göre, çoğunlukla ciddi bir seyir gösteren olgularda, önce anneyi kurtaracak yönde kısa süren müdahale yolu takip edilmeli; sonra doğum sayısı, yaşı, sosyal ve kültürel durumu dikkate alınarak, tedavi yolu tayin edilmelidir. Rüptür tamiri yapılan hastalarda, bundan sonraki doğumlarda nedbe yırtılmaları dolayısıyla, anne ve bebeği yeni tehlikelerin beklediği akıldan çıkarılmamalıdır. Uterus rüptürü tespit edilir edilmez, ameliyata hazırlanıncaya kadar ve hastanın transportu sırasında, kanamaya engel olmak için, yırtığın mümkünse elle kompresyonu ve O gurubu kan transfüzyonu ile, gerekli diğer tedbirler alınmalıdır.

4. Anne ve çocuk mortalitesi, bu kadar yüksek olan, bu gebelik ve doğum komplikasyonunda, en iyi tedbir, şüphesiz proflaksidir.

Proflaktik tedbirleri, şöyle sıralayabiliriz:

- A. Antenatal bakıma, daha fazla önem verilmeli ve görevli personel periodik olarak eğitilmelidir.
- B. Uterusta nedbe bırakan myom enükleasyonu, Strassman operasyonu, sezaryen gibi müdahalelerden sonra; hastalara doğumlarına mutlaka hastanede yapmaları ve tahmin edilen doğum tarihinden, iki hafta önce hastaneye müracaatları gerektiği bildirilmelidir.
- C. Duruş ve geliş anomalisi tespit edilen her hasta ve makat doğumları, mutlaka bir klinikte takip edilmelidir.

- D. Eski uterus nedbeleri bulunan her gebeye, tercihan abdominal sezaryen yapılmalı, eğer buna imkan vermeyecek kadar çabuk doğum yapmışsa veya hasta ameliyatı reddediyorsa, doğumdan sonra uterus kavitesi, yetkili bir hekim tarafından kontrol edilmelidir.
- E. Uterus nedbelerinde sık görülen sessiz rüptürler, göz önünde bulundurulacak olursa; ekstrauterin gebelik ameliyatlarında, uterusta nedbe bırakacağı düşüncesi ile, Keil eksizyonunun yapılıp yapılmaması hususu, tekrar gözden geçirilmelidir.
- F. Oksitosik ilaçların, klinik dışında kullanılması yasaklanmalı, hiç olmazsa sıkı bir kontrol altına alınmalıdır.
- G. Doğum esnasında, intrauterin olarak yapılan her müdahaleden sonra, uterus kavitesi kontrol edilmelidir.
5. Geçirilmiş sezaryen nedbesi bulunan hastalarda, bir sonraki gebeliklerinde, travaya müsaade edilip edilmeyeceğini belirlemek amacıyla; operasyondan 3 ay sonra, bir lateral histerografi ile nedbenin durumu incelenmelidir.
6. Fetal anomaliler veya anormal prezentasyonlar, daha erken, klinik ve radyolojik muayenelerle ve daha kesin tedavi ile önlenmelidir. Feto-pelvik uygunsuzluğa bağlı uzamış travaydan sakınarak; daha erken sezaryen uygulanması ile, bazı rüptürler önlenabilir.

7. Rüptürlü hastaların çoğunluğunu teğkil eden, kırsal bölge insanları için, özellikle anne ölümlerinin olduğu kiğ aylarında; ya ulağımı sağlamalı, ya da acil müdahale yapılabilen merkezler tesis edilmeli, sosyo-ekonomik, kültürel durumları, kısaca refah seviyesi yükseltilmelidir. Bu tedbirler alındığı taktirde, rüptür sıklığının, önemli derecede azalabileceği mit edilmektedir.

8. Bölgemiz rüptürlü kadınlarında, ortalama doğum sayısı, 5'dir. Bu sayı, doğurganlığın, bölgemizde, oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Grand multiparitelik, rüptür etiolojisinde önemli bir faktör olduğundan, üzerinde durulması gerekir. Bölgemiz kadınlarında görülen doğum sayısı ykseklıği, kanaatimizce kaybolan gebelikleri ve bebek ölümlerini telafiye yönelmektedir. Antikonsepsiyonel metodların uygulanmasındaki yetersizlik ve eğitim seviyesi, ancak ilave bir faktörlü oluğturmaktadır.

Netice olarak, doğumların evde değil kliniklerde yapılması, kırsal bölgelerde yeterli sayıda sağlık ocaklarının olması, halkın kültür seviyesinin yükseltilmesi, sağlık ocaklarının ve hastanelerin özel eğitilmiş sağlık elemanları ve gereçlerle donatılması ile, rüptür ensidansının, önemli olarak dseceği inancındayız.

Ö Z E T

Bu çalışma, 5 Ekim 1981 ile 5 Eylül 1985 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapıldı. Bu süre içinde, kliniğimizde, 33 uterus rüptürlü hasta görüldü. Bu olgular; etiyolojik faktörler, klinik seyir, uygulanan tedavi şöntemleri, anne ve bebek ölüm oranları, bölge özelliklerinin rüptür üzerindeki etkileri yönünden incelendi.

Uterus rüptürünün bölgemizdeki görülme sıklığı (% 0.4 veya 249 doğumda 1), diğer literatür bulgularına oranla, yüksek bulundu. Bu durum, normal doğumların çoğu kez evde yapılıp, ancak patolojik doğumların kliniğe müracaatı, ayrıca kliniğimizin bir bölge hastanesi özelliklerini taşıması ile ilgilidir. Çevre illerdeki patolojik doğumların müracaatının da bu orana katkısı vardır.

Olgularımızda rüptür sebebi olarak; uterusda geçirilmiş sezaryen nedbesi (% 24.24), travma (% 69.70) tespit edildi.

Görünür sebebi bulunmayanlar (% 6.06), bir başka gurubu meydana getirdi. En önemli travmanın, feto-pelvik uygunsuzluğun ihmali (% 60.87) olduğu görüldü. Olgularımız; yaş, gebelik sayısı, doğum sayısı, geldikleri çevre yönlerinden incelendi. % 63.64'ünün, 30-40 yaşlar arasında olduğu görüldü, yaşlılığın uterus rüptür üzerinde rol oynadığı tespit edildi. Rüptürlü hastaların çoğunun, en az 4 doğum yapmış oldukları saptanarak (Tablo 5); çok doğurmuşluğun, özellikle nedbesiz uterus rüptürlerinde, önemli rol oynadığı anlaşıldı. Yine, olguların çoğunun, kırsal bölgelerden geldiği (Tablo 26), 5 anne ölümünün de kış mevsiminde olduğu görüldü (Tablo 25). Refah seviyesinin düşüklüğü, iklim ve coğrafi özellikler nedeniyle ulaşım yetersizliği, doğum müdahalelerinin ehliyetsiz veya yetersiz kişilerce yapılması veya hastaya yerinde müdahale yapılamaması; uterus rüptür sıklığını arttıran ve prognozu etkileyen faktörler olarak değerlendirildi.

Uterus rüptürü etiolojisinde, plasenta previanın önemine değinen bir yayına, literatürde rastlayamadık. Olgularımızda % 18.19 oranında plasenta previa tespit edildi. Plasenta previanın, ancak diğer predispozan faktörlerle beraber bulunduğu zaman, önemli bir rüptür nedeni olabileceğini düşündük.

Otuzüç uterus rüptürü olgusunun % 84.84'ü, hastane haricinde olmuştur. Anne ölümlerinin hepsinin, bebek ölümlerinin % 78.57'sinin bu guruptan olması, hastaların gecikmesinin, anne ve bebek ölüm

oranına tesir ettiği, kanaatini vermektedir.

Nedbesiz uterus rüptürü olgularının tedavisinde; % 52'sinde (13 olgu) total histerektomi; % 12'sinde (8 olgu) ise, rüptür tamiri uygulandı. Nedbe rüptürlerinde ise, 3 olguya rüptür tamiri, 5'ine de subtotal histerektomi yapıldı. Anne ölüm oranı % 15.15 (5 olgu), bebek ölüm oranı ise (% 69.69) (23 olgu) olup; literatür bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Uterus rüptürü ensidansı ve prognozu için tespit edilen değerler, o bölgedeki sağlık hizmetlerinin niteliğini gösterdiği gibi, kalkınma ölçüsünü de belirteceği kanısına varıldı.

L İ T E R A T Ü R

1. Adcock LL: Uterine Rupture Experience in Ghana. Univ of Minnazo Hosp. Minneapolis, Minne Obstet and Gynec. 1963, 22/5 671-676.
2. Akdemir Ö: Obstetrikte Yan Duruş ve Önemi. İhtisas tezi, Erzurum, 1978.
3. Arıcan M: Uterus rüptüründe Tedavi ve Proflaksi, Ege Üniversitesi Tıp Fak. Mecmuası 3,7, 327-330, 1968.
4. Axelson H, Windland B: Dislocated IUD and Intrauterine Ectopic Pregnancy with uterine rupture. Am J Obstet Gynecol , 47/3, 365, March 1976.
5. Bayçu T: Patolojik Obstetrik, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, İkinci Basım, Ankara, 1976.
6. Beles H: Uterine Rupture now avoidable? arztele. Föndbild (Jena) 1977, 1971(5) (218-221) Cited, Excerpta Medica Obstet and Gynecol Vol 32 No: 10 p 526, 1976.

7. Benson RC: Current Obstetrics and Gynecology Diagnosis Treatment, Lange Medical Publications, Los Angeles, California, 1976.
8. Benson RC: Handbook of Obstetrics and Gynecology, fifth edition, Lange Medical Publications, California, 1974.
9. Borenstein RKZ, Lancet M: External rupture of the uterus. Obstet Gynecol. Kaplan Hosp. Rehovot-Obstet Gynec (NY) 1972 40/2 (211-213), Cited, excerpta Medica Obstet Gynecol, 26, 3, 172.
10. Boulle P, Crichton D: Rupture of the Unscarred Uterus. Univ of Natal Durban Lancet 1964, 1/7329 (360-363).
11. Bozdereli A: Uterus Ruptürleri. Diyarbakır Üniv. Tıp Fak. Kadın-Doğum Kliniği, Tez Çalışması, 1978.
12. Brisko M, Cicalese G: 235 Delevan Ave., Nevark, N.J.-J Medi Soc. NJ. 1963, 60/11 (510-512).
13. Browne FJ, Browne MJC: Post Graduate Obstetrics and Gynecology. Third ed. 1964, 574-585.
14. Cava FE, Russel MW: Intramural Pregnancy with uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 131/214, 1978, Cited, Excerpta Medica Obs Gynecol 25, 2, p 790, 1964.
15. Danforth DN: Obstetrics and Gynecology, third ed. Harper and Row Publishers, New York, 1977.
16. Farrell JP: Rupture of the uterus. Am J Obstet Gynecol 97/3, 1967.

17. Gizer D: Evde rüptür olmuş uterin vak'ası. Dirim Aylık Tıp Mecmuası. Sayı: 8-9 242, 1968.
18. Güler HV: Plasenta Previa. İhtisas Tezi, Erzurum, 1977.
19. Gürgüç A: Doğum Operasyonları, Ankara Üniversitesi Yayını, Ankara, 1978.
20. Gürgüç A: Doğum Bilgisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Yayını. III . Basım, Ankara, 1976.
21. Granat M: Oxytocin contraindicated in presence of uterine scar, Lancet, December 25, 1976 (1411).
22. Greenhill JP: Obstetrics Thirteenth ed. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, London, 1965.
23. Groen PG: Uterine rupture in Rural Nigeria. Review of 144 cases. Obs and Gynecol 1974 44/5 682-687.
24. Haspels AA: The treatment of the ruptured uterus. Ned T Geneesk 1963, 107/21 (944-947), Cited, Excerpta Medica Obstet Gynecol 17, 5, p 268, 1964.
25. Horwitz DA: Uterine ruptures following attempted saline abortion with oxytocin in a grand multiparous patient. Dept Obstet Gynecol. Univ. Wisconsin, madison, wise. 53706, Obstet Gyencol. (NY) 43/6 (921-922) 28:3, 152, 1974.
26. Helman LM, Pritchard JA: Williams Obstetrics, Fourteenth ed. Appleton-Century-Crofts, New York, 1971.

27. Huber A: Problems of uterine rupture in underdeveloped countries. Innsbruckerstr. 9, Schwaz/Tirol-ZBLGYNAK, 1969 , 91/46 (1497-1501).
28. Jafari K, Ruiz G: Spontan rupture of uterus in second trimester of pregnancy . Dept Obstet Gynecol., Cook count Hosp , Chicago, III Int J Gynecol Obstet 1975 13/5 (219-221).
29. Kayembe R, Emirze M: Rupture of the pregnant uterus. Serv Gynec Obstet. Fac Med Pharm Kinshasa. J Gynecol Obstet Biol Reprod 4/6, 845-855, 1975.
30. Klufio CA, Arkutu ARA: The outcome of pregnancy and labour. Following previous caesarean section at the Korle Bu Teaching Hospital: A review of 582 cases. Ghana Med J. 12/2 , 150-160, Obstet Gyn.27, 4, p 215, 1974.
31. Kocatürk U: Doğum Bilgisine giriş. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, no: 27 Erzurum, 1977.
- 32. Lalos O, Probst fp: Spontaneous Rupture of the Uterus in the third trimester with a living Fetus Expelled into the abdominal cavity: Acta Obstet Gynecol Scand 56:153-156, 1977.
33. Lazarus JE: Early rupture of the gravid uterus in the Darnal Army Hospital, Fort Hood, Texas. Am J Obstet Gynecol September 15, 244, 1978.

34. Merril LK, Board JA: Complications of pregnancy after renal transplantation including a report of spontaneous uterine rupture. Medicine coll. Virginia. Obstet Gynecol (NY) 41/2, p 270-274, vol 26, no: 7, p 438, 1973.
35. Moir JC, Myerscough PR: Munro Kerr's Operative Obstetrics , Eighth edition Printed in Great Britain, 1971.
36. Mokgokong ET, Marivati M: Treatment of the ruptured uterus. Safr Med J 50/41, 1621-1624, 1976.
37. Mosary SH, Juzdani M: Unusual presentation of the trophoblastic disease. Jappomsurg 17/4, 85-86. Obstet Gynecol 29/3 p 135, 1976.
38. Mueller HG: Early detection of silent rupture of the uterus after a previous caesarean section . Dusseldorf/Kaiserswerth. ZBLGYNAK 98/8, 493-494, 1976.
39. Murphy H: Uterine rupture without previous caesarean section Review of twelve cases. Rotunda Hosp. Dublin EIR-IRISH MED J 69/20, 531-532, 1976.
40. Negrut I, Muresan F, Ursu G: Maternal mortality by rupture of the pregnant uterus (Romanian) Clin J Obstet Gynecol, Cluj-Clujul Med. 47/1, 39-44, 1974.
41. Pepperell RJ, Rwenstein E: Motor-car accident during pregnancy. Melbourne Univ Dept. Obstet Gynecol. Roy women's Hospital. Melbourne AUS-Med J. Aug. 1/7, 203-205 1977.

42. Peyser MR, Toaff R: Rupture of the uterus in the first trimester caused by high concentration oxitocin drip: A Munik Gövern. Med. Cent Tel Aviv Obstet Gynecol. 40/3, 371-372, 1971.
43. Pirgun N: Erzurum ve civarında uterus rüptürleri, İhtisas tezi Erzurum, 1970.
44. Prabhavathi R, Mukkerjee SN: Rupture of the uterus. Dept Obstet Gynecol Med Coll Podicherry. J Obstet Gynecol India 13/4 455-513, 1963. -
45. Propping D, Stubblefield P: Uterine rupture following mid-trimester abortion by laminaria, Prostaglandin F 2 alfa and oxitocin: Report of two cases. Dept Obstet Gynecol. Boston Hospital for women. Boston Massachusetts Am J Obstet Gynecol 28/6, 689-690, 1977.
46. Pschyrembel W: Pratik Doğum Bilgisi. (Çeviren: Prof Dr Yusuf Keçecioğlu) Çeltüt Matbaası Koll Şti. İstanbul , 1973.
- 47. Raghavaiah NV, Devi AI: Bladder Injury Associated with rupture of the uterus Obstet Gynecol 46/5, 573-576, 1975.
48. Rayes CL, Cabrera R: Pregnancy following uterine rupture . Study of 19 patients. Hosp Gyneco Obstet No.Uno, inst Med. Soc. Mexico, Obstet Gynecol Surv. 25/3, 221-222, 1970.
49. Ries KJ, Middleton EB: Rupture of septate uterus due to placenta percreata . Dept Obstet Gynecol Univ Mayland Sch. Med. Baltimore, Med. 21201. Obstet Gynecol 39/5, 705-712, 1972.

50. Ruiz VV, Rivera BF, Toscano BO: Delivery after caesarean section. Morbidity. Hospital Gynecol Obstet III Cent Med. La Raza, Imss, Mexico City. Gynecol Obstet Biol Reprod. 2/6, 673-684, 1973.
51. Schoeneck F: Maternal Deaths Due to Rupture of the uterus: J Dept of Obstet , State Univ of York Up State Med Cent, New York, 63/18, 1963.
52. Schrinsky CD, Benson CR: Rupture of the pregnant uterus: A review. Obstet Gynecol Survey. 33/4: 217-231, 1978.
53. Schultze KW: Metritis Dissecans and subsequent uterine rupture. Frauenklin., Bremerhaven. ZBL Gynecol 35/29, 1027-1030, 1963.
54. Semchyshyn S, Gerulath HR: Infant Survival Following Uterine Rupture and complete abruptio placentae. Univ Toronto, Ontario, Canada. Obstet Gynecol 50/1, 74-75, 1977.
55. Sheth SS: Suturing of the tear as treatment in uterine rupture. Rem Hosp. Bombay. Obstet Gynecol Surv. 25/3, 223-225, 1970.
56. Shreve RW, Russo JN: Rupture of the uterus. In Sciarra Gynecology and Obstetrics, Volume 2, Revised Edition, 1981. (Ed. Sciarra JJ, Ass Ed. Gerbie AB). Harper and Row, Publishers, Ch 80. p 1-9.
57. Skell HR, Duthie AN: Rupture of the uterus. Preventable factors. Dept Obstet Gynecol. Harari Cent Hosp. Salisbury. Safr Med J 50/13, 505-509, 1976.

58. Smith MA: Rupture of gravid uterus. New Cross Hosp. Wolverhampton, The Lancet, January 22, 195-196, 1977.
59. Taillanter L, Grall JY: Two cases of early ruptures of the uterus. Rennes Fra-Ouest Med. 29/21, 1553-1556, 1976.
60. Uslu M: Altı aylık intrauterin ölü fetus vak'asında spontan uterus rüptürü. Dirim Aylık Tıp Dergisi. Sayı 11-12, 323-327, 1978.
61. Vera F: Reflexions on 248 cases of uterine rupture. Rev Franc Gynecol. 22/3, 197-200, 1977.
62. Vilits P, Polotho B: A case of advanced interstitial pregnancy with double rupture of uterus following homolateral adnexectomy. Pathol Anat Inst. Graz Gebirtsh. Frauenheilk 30/7, 651-659, 1970.
63. Vitse M, Boulanger JC: Rupture of the uterus following previous caesarean section of the uterus. With reference to 11 cases. Reg. Grossesses Haut risque Problems Naissance, Amience-Revtran. Gynec 71/6, 379-384, 1976.
64. Wassenhave PV, Vanderick F: Conservative medical treatment of uterine rupture AMHC Hospital Kabgayi-Trop.Georg Med. 22/3, 297-302, 1970.
65. Yılmaztürk M: Pratik Obstetrik. Ege Üniversitesi Tıp Fak Yayını, İzmir, 1979.

66. Yılmaztürk M: İvedili Jinekoloji ve Obstetrik. Ege Üniversitesi Tıp Fak Yayını, İzmir, 1973.
67. Yussman MA, Haynes DM: Rupture of the gravid uterus. A 12 year study . Univ. Louisville, Ky-Obstet Gynecol 36/1, 115-120, 1970.