

Bölüm 23

ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ (EMR)

Haççe YENİÇERİ¹
Mehmet Murat IŞIKALAN²

GİRİŞ

Uterus kontraksiyonları başlamadan membranların rüptüre olması erken membran rüptürü (PROM) olarak tanımlanır. 37+0 gebelik haftasından önce membranların rüptüre olması preterm erken membran rüptürü (PPROM) ve rüptür süresinin 18 saati geçmesi uzamış erken membran rüptürü olarak adlandırılır.

PPROM gebeliklerin % 3'ünde oluşur ve preterm doğumların %30-40 ile ilişkilidir (1).

PPROM ; prematürite, sepsis, kordon dolanması, plasenta dekolmanı, koryoamniyonit, pulmoner hipoplaziden kaynaklanan önemli bir neonatal morbidite ve mortalite nedenidir.

PATOGENEZİ

Erken membran rüptürünün patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Fetal membranların gücü ve bütünlüğü; kollajeni, fibronektini ve laminini içeren hücre dışı membran proteinlerinden kaynaklanmaktadır. Matriks metaloproteazlar (MMP) kollajen bozulmasını arttırarak membran kuvvetini azaltırlar (2). MMP doku inhibitörleri ise tam tersi MMP'ye bağlanarak proteolizisi önleyerek membran bütünlüğünü korumaya yardımcı olurlar.

PPROM hastalarının amniyon sıvılarında yüksek düzeyde MMP-1, MMP-2, MMP-3 ve MMP-9 tespit edilmiştir.

RİSK FAKTÖRLERİ:

1. **İdiyopatik:** Çoğu hastada tanımlanabilir bir risk faktörü bulunmamaktadır.
2. **PPROM öyküsü**
3. **Genital sistem enfeksiyonları:** En yaygın tanımlanabilir tek risk faktörüdür. PPRM'lu kadınların; amniyotik mayisinde patojenik mikroorganizmaların olması, daha yüksek koryoamniyonit oranına sahip olmaları bu görüşü desteklemektedir.
4. **Antepartum kanama**
5. **Sigara**
6. **Madde bağımlılığı**
7. **Polihidroamniozis**
8. **Düşük sosyoekonomik düzey**
9. **Kötü beslenme**
10. **Düşük vücut kitle indeksi**

KLİNİK BULGULAR

Klinik olarak; vajenden ani olarak berrak ya da açık sarı bir sıvı boşalması şeklinde olabileceği gibi sadece aralıklı ve sürekli küçük miktarda sıvı sızıntısı tarzında da olabilir.

Spekulum muayenesinde serviksten amniyon sıvısının direk gelişi ya da vajende arka fornikte sıvının birikmesi gözlemlenebilir. Sıvının gelişi direk gözlemlenmediğinde öksürtme, fundal bası ve valsalva manevrası ile sıvının gelişini tetikleyici hareketler yapılabilir. Spekulum muayenesinde ay-

¹ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, NEÜ Meram Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği, hacceyeniceri@hotmail.com

² Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, NEÜ Meram Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği, muratisikalan@gmail.com

Tablo.2.EMR Hastalarının Yönetimi**Viabilite Öncesi Dönem(<23 hafta)**

- Aile ile mevcut durum hakkında görüşme yapılır ve fikirleri alınır.
- Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması kararı verilir.

Gebeliğin devamı kararından sonra;

- 20. Gebelik haftasından itibaren antibiyoterapi başlanır.
- Tokoliz, kortikosteroid, nöroprotektif etki için MgSO₄ ve GBS profilaksisi önerilmez.
- 22.gebelik haftasından sonra kortikosteroid uygulaması ailenin agresif yenidoğan müdahalesi isteği durumunda düşünülebilir.

Erken Preterm Dönem (23-34)

- Bekleme tedavisi uygulanır.
- Kortikosteroid duruma göre tek kür ya da rescue doz uygulanır.
- Antibiyoterapi profilaksisi başlanır.
- GBS profilaksisi önerilir.
- Tokoliz önerilir.
- 32 haftanın altındaki gebeliklere 24 saat içinde doğum düşünüldüğünde MgSO₄ önerilir.

Geç preterm dönem (34-37)

- Doğum önerilir.
- GBS profilaksisi önerilir.
- RCOG 2019'daki guidelininde gebeliğin devamı için kontrendikasyonu olmayan kadınlara 37.gebelik haftasına kadar bekleme tedavisi önermektedir.

Term dönem (37 hafta ve üzeri)

- Doğum ve GBS profilaksisi önerilir.

rındaki EMR hastaları ile aynıdır. Nöroprotektif amaçlı MgSO₄ doğumun gerçekleşeceği 24 saat içinde uygulanır.

Term Hastalarda EMR'nin Yönetimi

Gebelik haftası ≥ 37 hasta grubunu içermektedir. Term hastalarda EMR oluştuğunda temel yaklaşım doğumdur. Herhangi bir kontrendikasyon olmadığı sürece doğum şekli normal vajinal doğumdur. EMR'den sonra sancılar spontan olarak başlamadı ise indüksiyon uygulanmalı ve grup B streptokok profilaksisi düşünülmelidir. Profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmemektedir. Bazı hastalar indüksiyonla doğumu reddettiklerinde fetal ve maternal durum mücade ettiği sürede izlem uygulanabilir. Bu kadınların hastanede izlenmesi daha uygundur. Bekleme tedavisinin uygulanması durumunda maternal ve fetal enfeksiyon riski artmaktadır. Enfeksiyon ya da diğer gebelik komplikasyonu geliştiğinde bekleme tedavisi sona erdirilir ve doğum gerçekleştirilir.

SONUÇ

EMR'nin maternal ve fetal komplikasyonları gözönünde bulundurularak tanının doğru konması,

uygun profilaktik antibiyotiklerin başlanması, antenatal kortikosteroidin uygun gebelere yapılması, tokoliz uygulaması ve 32.gebelik haftası öncesi doğum planlanan gebelere MgSO₄ verilmesi gibi medikal durum ve tedaviler büyük önem arz etmektedir. EMR'li gebelerin gebelik haftalarına göre uygun zamanda doğumun planlanması gerekmektedir. Özellikle viabilite öncesi EMR'li gebelere gerektiği durumlarda terminasyon önerilmesi gelişebilecek komplikasyonlar gözönünde bulundurularak karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Erken membran rüptürü, EMR tanı ve yönetimi, tokoliz, antenatal kortikosteroid uygulaması, koryoamniyonit

KAYNAKÇA

1. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol 2003;101:178-93.
2. Birkedal-Hansen H. Proteolytic remodeling of extracellular matrix. Curr Opin Cell Biol 1995; 7:728.
3. Ramsauer B, Vidaeff AC, Hösl I, et al. The diagnosis of rupture of fetal membranes (ROM): a meta-analysis. J Perinat Med 2013; 41:233.
4. Liang DK, Qi HB, Luo X, et al. Comparative study of placental α -microglobulin-1, insulin-like growth factor binding protein-1 and nitrazine test to diagnose premature rupture of membranes: a randomized controlled tri-

- al. J Obstet Gynaecol Res 2014; 40:1555.
5. Abe T. The detection of rupture of fetal membranes with the nitrazine indicator. Am J Obstet Gynecol 1940; 39:400.
6. Davidson KM. Detection of premature rupture of the membranes. Clin Obstet Gynecol 1991; 34:715.
7. Hyagriv N, Simhan, Timothy P, Canavan. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 112:32-37.
8. Newton ER. Chorioamnionitis and intraamniotic infection. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:795.
9. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. Clin Perinatol 2010; 37:339.
10. Lorch E, Ancel PY, Torchin H, et al. Impact of Latency Duration on the Prognosis of Preterm Infants after Preterm Premature Rupture of Membranes at 24 to 32 Weeks' Gestation: A National Population-Based Cohort Study. J Pediatr 2017; 182:47.
11. Manuck TA, Maclean CC, Silver RM, Varner MW. Preterm premature rupture of membranes: does the duration of latency influence perinatal outcomes? Am J Obstet Gynecol 2009; 201:414.e1.
12. Frenette P, Dodds L, Armson BA, Jangaard K. Preterm prelabour rupture of membranes: effect of latency on neonatal and maternal outcomes. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35:710.
13. Raju TN, Mercer BM, Burchfield DJ, Joseph GF Jr. Pre-viable birth: executive summary of a joint workshop by the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Academy of Pediatrics, and American College of Obstetricians and Gynecologists. Am J Obstet Gynecol 2014; 210:406.
14. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstet Gynecol 2018; 132:e103.
15. Wolf MF, Miron D, Peleg D, et al. Reconsidering the Current Preterm Premature Rupture of Membranes Antibiotic Prophylactic Protocol. Am J Perinatol 2015; 32:1247.
16. Yoon BH, Romero R, Park JY, et al. Antibiotic administration can eradicate intra-amniotic infection or intra-amniotic inflammation in a subset of patients with preterm labor and intact membranes. Am J Obstet Gynecol 2019; 221:142.e1.)
17. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, et al. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD007062.
18. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. Clin Perinatol 2010; 37:339.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 160: Premature Rupture of Membranes. Obstet Gynecol 2016; 127:e39.