

SKARSIZ UTERUSTA TERM GEBELİKTE UTERİN
RÜPTÜR: NADİR BİR OLGU SUNUMUKübra GEYİK ŞENGÜL¹

|GİRİŞ

Uterin rüptür, uterusun tüm katmanlarının ayrılmasıdır. Myometrial zayıflık, ani artan intrauterin basınç, bu yırtılmaya neden olur.

Gebede uterin rüptür, ciddi fetal maternal morbidite ve mortalite nedenidir. Tipik olarak geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü olan hastalarda beklenir. Ancak skar-sız uterusta rüptür sıklığı da giderek artmakta ve daha morbid seyretmektedir (1).

Geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü olmayan hastada uterin rüptür, 57000'de 1 sıklıkta rastlanan, nadir bir olaydır (2).

Risk faktörleri ileri anne yaşı, uterin anomali, çoğul gebelik, distosi, serklaj öyküsü, uterotonik ilaç maruziyeti şeklinde sıralanabilir (3-6) .

Gebede uterin rüptürün tipik klinik bulgusu yoktur. Klinik bulgular rüptürün yerine, uygulanan analjeziye, doğum evresine göre değişir. Özellikle doğum sırasında gerçekleşen uterin rüptürlerde fetal bradikardi dikkat çekicidir, ancak tek başına tanı koydurmaz (7).

Uterin rüptür vakalarında tanıyı hızla koyabilmek için yüksek klinik şüphe gerekir. Bu da hem maternal iyilik halini korur , hem de hipoksiden ölüme kadar değişebilen perinatal sonuçları iyileştirir.

1 Uzm. Dr., Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, kg.geyik@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-9513-0997



TARTIŞMA

Skarsız uterusda rüptür nadir görülür. Tanısı zordur ve hızlı müdahale gerektiren obstetrik acildir.

Bu vakada uterus rüptür şüphesi oluşabilmesindeki en belirgin bulgu, uterus kontraksiyonların kaybolması ancak hastanın şiddetli ağrı hissetmesiydi.

Risk faktörlerini değerlendirdiğimizde, uterotonik ajan kullanımı bir faktör olarak sayılabilir. Ancak fetal monitörizasyon ve klinik gözlem dikkatle sürdürülmüş, NST takiplerinde uterus hiperstimülasyon gözlenmemiştir. 10 mg vajinal dinoproston 4 saat uygulanmış, herhangi bir doz aşımı olmamıştır.

SONUÇ

Skarsız uterusda uterus rüptür, doğum indüksiyonu uygulanan term gebeliklerde nadir de olsa göz ardı edilmemesi gereken ciddi bir komplikasyondur. Klinik şüphe, fetal kalp atım monitorizasyonu ve kontraksiyon paternindeki değişiklikler dikkatle değerlendirilmelidir. Uygun ve zamanında cerrahi müdahale sayesinde maternal ve fetal mortalite ve morbidite minimal düzeyde tutulabilir. Bu olgu, obstetri pratiğinde her hastanın bireysel özellikleri doğrultusunda değerlendirilmesinin önemini vurgular: “Hastalık yoktur, hasta vardır”.

KAYNAKLAR

1. Gibbins, K.J., et al., *Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus*. Am J Obstet Gynecol, 2015. **213**(3): p. 382.e1-6.
2. Al-Zirqi, I., et al., *Uterine rupture: trends over 40 years*. Bjog, 2016. **123**(5): p. 780-7.
3. Samuels, T.A. and A. Awonuga, *Second-trimester rudimentary uterine horn pregnancy: rupture after labor induction with misoprostol*. Obstet Gynecol, 2005. **106**(5 Pt 2): p. 1160-2.
4. Khabbaz, A.Y., et al., *Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction: case report and review of the literature*. J Matern Fetal Med, 2001. **10**(2): p. 141-5.
5. Vandenbergh, G., et al., *Incidence and outcomes of uterine rupture in women with unscarred, preterm or prelabour uteri: data from the international network of obstetric survey systems*. Bjog, 2023. **130**(12): p. 1493-1501.
6. Al-Zirqi, I. and S. Vangen, *Prelabour uterine rupture: characteristics and outcomes*. Bjog, 2020. **127**(13): p. 1637-1644.
7. Ozdemir, I., N. Yucel, and O. Yucel, *Rupture of the pregnant uterus: a 9-year review*. Arch Gynecol Obstet, 2005. **272**(3): p. 229-31.