

AKUT UTERUS İNVERSİYONU

Dr. Suat Kıyan^{*}
Dr. Ata Kocaer^{**}

ÖZET

Bir akut puerperal uterus inversiyonu vakası sunulmuştur. Bu vaka nedeniyle literatür gözden geçirilmiş, olup nedenleri ve teşhis yöntemleri açıklanmıştır. Birden ve nadir olarak ortaya çıktığında ne şekilde davranılması gerektiği açıklanmış ve oluş nedenlerini azaltma yöntemlerinden bahsedilmiştir.

SUMMARY

A case of an puerperal inversion of the uterus has been presented. The literature related to this, has been reviewed and the etiology and the methods of diagnosis of the entity have been explained. How to manage it at the time of its sudden and rare occurrence has been explained and the attempts of therapy have been presented and the methods of the reducing causes of it have been expressed.

Fundustan itibaren uterusun tersine dönerek, açılmış kanalis servikalisten dışarı çıkışı inversiyon olarak tanımlanmaktadır.

Uterusun akut puerperal inversiyonu nadir görülür. Gerçekten ciddi bir doğum komplikasyonu olan uterus inversiyonu ilk defa Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Bundan başka Milâttan Önce 2600-2500 yılları arasındaki Hint Tıbbının AYURVEDİC literatüründe uterus inversiyonuna ait olduğu sanılan bazı pasajlara rastlanmıştır¹.

Berhard, inversiyonlu bir hastada ebenin uterusu keskin bıçakla kesip repoze ettiğini ve kanamayı buzla kontrol altına aldığına tanık olduğunu 1802'de bildirmiştir. Gene 1845'de Gros-

-
- * Bursa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Öğretim Üyesi
 - ** Bursa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı

se, literatürden topladığı 400 vakanın 1 tanesinde hekimin başarılı olamayıp, zenci müslüman bir ebenin yağla bunu başara bildiğini bildirmiştir².

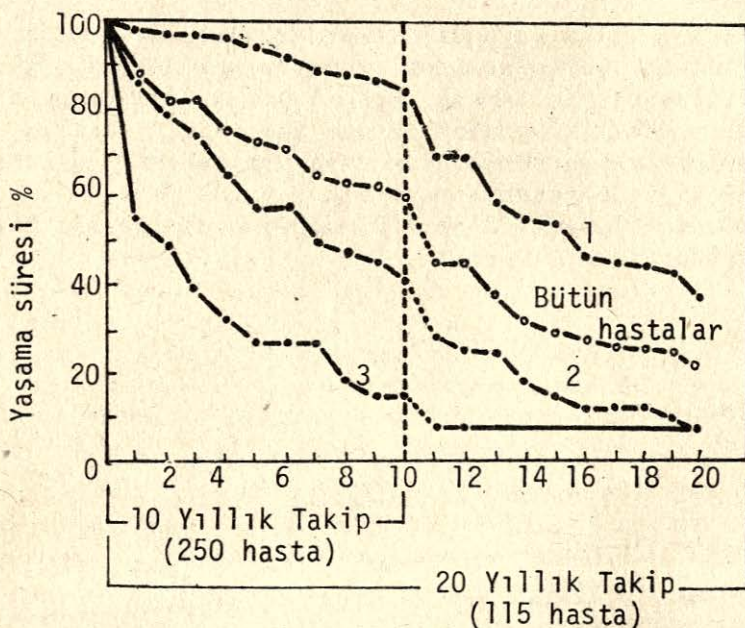
Uterusun akut puerperal inversiyonu ani olarak ortaya çıkan obstetrik bir olaydır. Böyle bir durumla hekim ya çok nadir veya hiç karşılaşmamış olabilir. Halbuki klinik gidişi ve müdahale yöntemleri bilinmelidir. Literatürdeki raporların çoğu az sayıda hasta kapsamaktadır. Post partum kanama ve şok vakalarının hepsinde inversiyon ihtimali düşünülmelidir. Erken teşhis mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır.

Forse veya spontan oluşan puerperal inversiyonda, akut ve kronik şekiller ayırt edilir. Eğer olay placentanın çıkışı sırasında veya doğumdan sonra ilk iki gün içinde olmuşsa akut inversiyondan bahsedilir. Bu devrede cervix uteri fazla sıkışmamıştır. Daha sonra inversiyonun subakut ve kronik şekilleri ortaya çıkar.

Placentanın yapıştığı yerde fundusun kısmen çökmesinden (inkomplet, parsiyel), uterusun tamamının ters dönerek vaginayı doldurması (komplet) veya vaginayıda sürükliyerek ve ters döndürerek introitustan dışarı sarkması (total) arasında değişik derecelerde inversiyon görülebilir.

SIKLIĞI: Tüm otörler nadir oluşunda birleşmekle beraber yayınlanmış sıklık oranlarında büyük farklılık görülmektedir. Eski literatürde bir kaç yüz bin doğumda bir, yeni yayınlarda 4000-5000'de bir^{3,4}, hatta bazılarında ise 2300 de ve 740'da bir^{1,5}, olarak bildirilmektedir. Belki de doğum sırasında yeterli ilgi olmadığı zaman inversiyon daha sık meydana gelmekte fakat böyle vakaların yayınlanmasındaki çekingenlikler aradaki farkı oluşturmaktadır, denilmektedir⁶.

Inversiyonun olabilmesi için servikal dilatasyon ve corpus ateriinin bir kısmının rölaksasyonu icap etmektedir⁶. Kavitenin distansiyonundan sonra uterusun ani boşalması da gerekli şartlardan bir tanesi olarak kabul edilmektedir^{1,7}. Spontan oluşabilmekle beraber, doğumun üçüncü dönemindeki kötü müdahale genellikle sebep olarak görülmektedir. Doğumdan sonra henüz kasılmayan veya narkoz altında gevşeyen üterusa crede yapılması, kordondan çekilmesi, kalmış plasente artıklarını çıkarmak için fundusa basınç uygulanması gevşemiş fundusu yumuşak cervixten dışarı doğru çıkarabilir. Bunlardan başka intra abdominal basıncı ani yükselten durumlar meselâ öksürme, aksırma, kusma sırasında diğer şartlar da uygunsa spontan inversiyon olabilir. Bunların yanında predispozdan fak-



Şekil 1- Mitral darlığı vakalarında grade şiddetine göre 20 yıllık takipte yaşama oranı görülüyor.

Grade 1. Semptomsuz

Grade 2. Halil semptomlu

Grade 3. Şiddetli semptomlar veya Kronik kalb yetmezliği olmaksızın emboli epizod'u.

dığından, doğal gidişinin izlenmesi M.D. kadar sağlıklı değildir, ancak rakamlar genellikle M.D. sonuçlarına yakındır¹¹.

MİXT MİTRAL VAK'ALARI:

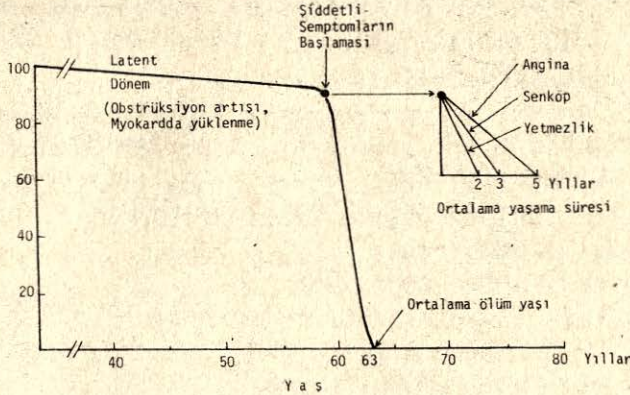
Saf M.D. veya saf M.Y.'e göre daha kötü sonuçlar elde edilmiştir. Bu vak'alarda tanıdan sonra ilk 5 yılda yaşama oranı % 66, 2 ci 5 yılda ise % 33 tür¹¹.

AORT KAPAĞI HASTALIKLARI

AORT DARLIĞI: (A.D.)

Erişkinlerin önemli A.D. ları genellikle Ca^{++} depolanması ile birlikte. Bu durum rumatik aktivite sonucu veya konjenital bir lezyon üzerine Ca^{++} çökmesi ile belirebilir. A.D. lı hasta, ilk semptom çıktıktan sonra mitral hastasına göre çok hızla kötüye giden bir prognoz gösterir. Ross ve Braunwold'un kateterizasyon ile önemli A.D. olduğu gösterip ameliyat önerdikleri ancak ameliyat uygulanamamış 12 vak'asın-

dan 10'u ilk 5 yılda kaybedilmişlerdir. Aslında hemodimanik olarak önemli A.D. olup semptom vermeyen vak'alardan yıllarca yaşayabilenler vardır. Ancak, pekçoğunda aritmi veya hemodina-miye ilişkin komplikasyonlar sonucu ani exitus olabilir ve semptomlar çıktıktan sonra esasen yaşama süresi 5 yıldan azdır. Doğal gidişte yaşama oranı ilk 5 yılda % 48,2 5. yılda ancak % 10'dur¹¹. Şekil 2'de A.D. doğal gidişine ait özet tablo sunulmuştur.



Şekil 2- Aort darlığı vakalarında yaşama süresi görüldüğü.

AORT YETMEZLİĞİ:(A.Y.)

Etyolojisinde birden fazla faktör söz konusu olup, romatizmal veya konjenital kaynaklı veyahutta aorta kökünde anevrizmal genişleme yapan hastalıklar (Marfan sendromu, sifiliz, ethersklerosis, assandan aortanın akut diseksiyonu) da oluşabildiği gibi, bakteriyel endokarditte olduğu gibi kapakçıkları bazen veya yırtan olaylarda önemli kaçaklar ortaya çıkabilir. Hafif veya kolayca kontrol altına alınabilen yetmezlikli A.Y. vak'aları, aynı grade'deki A.D. vakalarına oranla daha iyi bir prognoz gösterirler, ancak kalb yetmezliği veya angina çıktıktan sonra onların prognozu çok kötüleşir⁷. Akut

rus duvarını bir tampon monte ile orta bir dozda yukarı doğru itmeyi, uterus duvarının kansızlaşması ve kontraksiyonun temini için tampon montenin eterle ıslatılmış olmasını tavsiye etmektedirler¹⁵. İntra vaginal hidrolik basınç tatbikiyle repozisyon metodu da tarif edilmiş ve vakaların bir çoğunda etkili olduğu gösterilmiştir. Bu manipulasyon ılık antiseptik steril sıvı ile ve bir duş aparatı yardımıyla yapılmaktadır^{21, 22, 23, 24}. Uterus reddedildikten sonra kontraksiyon oluncaya kadar el kavumda bekletilmelidir. Kontraksiyon için i.v. olarak oksitosik verilmeli ayrıca İ.M. ergo preparatları yapılmalıdır. Prensipten önce yara yüzeyinin steril serum fizyolojik, tentirdiyot veya diğer bir dezenfeksiyon eriyiği ile temizlenmesi tavsiye edilir. Repozisyonun sonradan uterusun dikkatlice elle kontrolü, imversiyon veya repozisyon esnasında muhtemel bir rüptürü ekarte etmek bakımından esastır^{8, 22, 25, 26}.

VAKAMIZDA TEDAVİ: Önce şokla mücadele edildi (Macro-dex, kan, symphathol, aramin) TA 60 mm Hg. olunca kanama arttı. Genel anestezi altında inverte uterus steril serum fizyolojik ile yıkandı, üzerindeki zar parçaları temizlendi ve manuel olarak repose edildi. Bu arada hemen İ.V. oksitosin 5.Ü ve Met-hergin İM. uygulandı. Kanama hemen durdu. Hastaya içinde 20 ünite oksitosin bulunan %5'lik dextroz İV. olarak asıldı. Ayrıca tekrar 2 şişe kan ve 10 milyon ünite penicillin kristalize İV. olarak verildi. 13 gün kliniğimizde takip edilen hastanın loğusalığı normal seyretti. Bu müddet içinde antibiotik ve antianemik tedavi uygulandı.

Hemen müdahale edilemeyen veya manuel repozisyon başırlanmayan hastalarda operatif müdahale yapılmaktadır. İnversiyon operasyonlarında vaginal veya abdominal yol seçilebilir. Bugün akut vakalarda abdominal yol tercih edilmektedir.

HANTİNGON tarafından basit ve faydalı bir metod tarif edilmiştir²⁷. Bu operasyonda uterus duvarına incision yapmaya lüzum yoktur. Batın açılır, uterus inversiyon kıvrımından 2 cm. aşağıdan olmak üzere iki taraflı olarak tutulur, yukarı doğru çekilir. İlave tek dişliler, önce konanların altına olmak üzere tekrar konur ve inversiyon tam düzeltilinceye kadar bu işlem devam eder ve corpus ve fundus yukarı doğru çekilir. Aynı zamanda 1 asistan fundusu vaginadan yukarı doğru ittirilmelidir. Servikal inversiyon halkasının belirgin olduğu kronik vakalarda veya Hantington Metodu ile muaffak olunamayan vakalarda inversiyonu düzeltmek için kontraksiyon halkasına yapılan insizyon (genellikle median-dorsal tercih edilir) HAULTAIN metodu olarak tanımlanır. Abdominal anterior vagino-servikal histeretomi OCEJO ameliyatı olarak bilinmektedir²⁸.

Vaginal operasyon metodlarına gelince KEHRER SPİNEL-Lİ metodunda vagina dokusu açılmakta, mesane cervix ve alt uterin segmentten diseke edilmektedir. Sonra servikal halka önden kesilerek repozisyon yapılmaktadır. O, KÜSTNER veya PİCOL-Lİ metodunda ise, vaginal yolla servikal halkanın arkadan kesilmesi önerilmektedir^{15,29}.

Başka operatif ve nonoperatif teknikler tarif edilmiştir. Bunların çoğu yukarda anlatılanların modifikasyonlarıdır. Geniş gangrenöz değişiklikler ortaya çıkarsa vaginal veya abdominal histerektomi yapılır. Sonraki doğumlarda yüksek oranda residive rastlanıldığını bildiren yayınlar varsa da^{25,30}, aksine hiç komplikasyon olmayan pek çok vaka yayınlanmıştır^{3,6,7,31,32,33}.

SONUÇ: Uterusun akut puerperal inversiyonu zannedildiği kadar nadir bir durum değildir. Kısa kordon, plasentanın yapıştığı yerde uterus duvarının zayıflığı, plasentanın fundusta yapışıklığı, fundusta myom, uterus anomalileri, ayakta doğum, iki taraflı servix yırtığı, intra abdominal basıncın ani yükselmesi birer etken ise de placentar periyodtaki kötü müdahale genellikle sebep olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle inversiyona zemin hazırlayan etkenleri ortadan kaldırmak, plasentanın spontan ayrılmasını beklemek, Crede' manevrasını zamanında ve dikkatli yapmak gerekmektedir.

Post partüm kanama ve şok vakalarının hepsinde inversiyon düşünülmelidir. Mortalite ve morbitenin azaltılması, erken teşhis bağılıdır. Teşhis edilir edilmez şokla mücadele edilmeli, narkoz altında repozisyon denemeli, başarılı olmazsa cerrahi metodlardan biri uygulanmalıdır. Özellikle dışarıdan getirilen vakalarda infeksiyonla savaş önemle üzerinde durulması gereken diğer bir noktadır.

KAYNAKLAR

1. DAS, P.: Inversion of the Uterus J.Obst. Gynace Brit Emp. 47, 525 1940.
2. HOFMEİSTER, F.J., BUNKE, J.W.: Inversion of the Uterus Davis Gynecology and Obstetrics Volume II.Chap 19,pp L.13
3. COSGROVE, S.A.: Management of acute puerperal inversion of Uterus Am.J.Obstet.Gynecol 83:912, 1939.
4. CHISHOLM, A.E.: Case of acute inversion of Uterus J.Obstet Gynecol.Br.EMP. 51:318, 1944.
5. HARER, W.B. and SHARKEY, J.A.: Acute inversion of puerpe-

- ral Uterus J.A.M.A 114:2289, 1940.
6. BELL, J.E. Jr., WILSON, G.F. and WILSON, L.A.: Puerperal inversion of the Uterus A.J.Obstet Gynecol 66:767, 1953.
 7. BUNKE J.W and HOFMEISTER, F.J.: Uterine inversion-Obstetrical entity or oddily Am.J.Obstet Gynecol 91:934, 1965.
 8. QUIGLEY, G.I.: Inversion of puerperal Uterus Am.J.Obstet Gynecol 60:277, 1955.
 9. HENDERSON, H. and ALLES, R.W.: Puerperal inversion of Uterus Am. J. Obstet Gynecol 56:133, 1948.
 10. DAVIS, G.H.: Acute inversion of Uterus, with report of 4 cases A.J.Obstet Gynecol 26:249, 1933.
 11. LOIZEAUX, L.S and MASTRAIOINNI, L.: Acute puerperal inversion of Uterus Obstet Gynecol 5:193, 1955.
 12. PATHAK, U.N.: Acute inversion of the Uterus Br. J.Clin Pract 13:299, 1959.
 13. WEST, N.L.: Puerperal inversion of the Uterus A. case without schoch or hemorrhage Tex state J.Med 61:613, 1965.
 14. Mc. GILL, D.C and DUGGAN, E.R.: Inversion of the puerperal Uterus N.Y.State J.Med 51:2481, 1951.
 15. SCHWENZER, A.W.: Klinik der Fraueuheilkunde und Geburtshilfe 4.Band.Berlin Urban and Schvarzenberg. 1965 p.477
 16. SCHAEFER, G. and VEPROVSKY, E.C.: Inversion of Uterus Surg Clin.Nort AM. 29:599, 1949.
 17. SPAIN, A.W.: Acute inversion of Uterus J.Obstet Gynecol Br. Emp 53:219, 1946.
 18. BACH, H.G.: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3. Band, Berlin Urban and Schwarzenberg 1965 p.340
 19. DONALD, I.: Practical Obstetric Problems ed. 4 Philadelphia 1969 J.B Lippincott Company chap 22 pp.731-737
 20. JOHNSON, A.B.: A new concept in the replacement of the inverted uterus and a report of 9 cases Am. J. Obstet Gynecol 57:557, 1949.
 21. DEWHURST, C.J., BERIS, D.C.A.: Acute puerperal inversion of the uterus Lancet 1 1394, 1951.
 22. O'SULLIVAN, J.V.: Acute inversion of uterus Br.Med.J. 2:282, 1945.
 23. ENRIGHT, J.F.: Acute inversion of uterus Succussfully traa-

- ted by intravaginal hydraulic pressure Br, Med. J.2:714, 1953.
24. FORSTER, F.M.C.: Acute inversion of uterus successfully treated by hydrostatic method Med.J.Aust 1:326, 1956.
 25. STEFFEN, E.A.: Puerperal inversion of the uterus Wis.Med J. 55:1303, 1956.
 26. CARLISLE, W.H.: Rupture of uterus during pregnancy following previous inversion J.Obstet.Gynecol.Br.EMP. 62:452, 1955.
 27. HUNTINGTON, J.L.: Acute inversion of uterus Boston Med. Surg.J. 184:376, 1921.
 28. MARCUC, M.B and BRANDT, M.L.: Acute puerperal inversion of the uterus complicated by lower nephron nephrosis Obstet Gynecol 9:725, 1957.
 29. LASCARIDES, E. and COHEN, N.: Inversion of the uterus Obstet Gynecol 32:376, 1968.
 30. MILLER, N.F.: Pregnancy following inversion of the uterus Am.J.Obstet Gynecol 13:307, 1927.
 31. BURRUS, J.H and LAMPLEY, C.G Jr.: Acute puerperal inversion of the uterus N.Carolina Med.J. 26:502, 1965.
 32. MALDAVSKY, L.F.: Management of inversion of the uterus Obstet Gynecol 29:488, 1967.
 33. SHEPLER, L.G.: Acute inversion of the puerperal uterus Obstet Gynecol 23:598, 1964.