

Histeroskopik polipektomi esnasında uterin rüptür**Uterine rupture during hysteroscopic polypectomy**

İsmet HORTU Burak ZEYBEK Ahmet Mete ERGENOĞLU Ali AKDEMİR Ahmet Özgür YENİEL
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Öz

Histeroskopi; servikal kanal, uterin kavite ve tubal ostiumların doğrudan gözlenebildiği, ofis şartlarında da kolaylıkla uygulanabilen, güvenilir bir endoskopik işlemdir. Menoraji, konjenital uterin anomaliler, intrauterin sineşi gibi birtakım patolojilerde aynı gün içerisinde hastaneye yatış gerektirmeden hem diagnostik hem de terapötik amaçla başarılı bir şekilde uygulanabilir. Güvenli bir işlem olarak kabul edildiği için, pratikte küçük müdahale olarak isimlendirilse de, işlem esnasında uterin rüptür gibi hayatı tehdit edebilecek ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu yazıda, 37 yaşındaki bir hastada histeroskopik polipektomi işlemi sırasında gelişen uterin rüptür sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Endometrial polip, histeroskopi, uterin rüptür.

Abstract

Hysteroscopy is an endoscopic procedure which allows viewing directly the inside of the uterine cavity, cervical canal and tubal ostiums, and it can be performed safely in the office setting. This procedure gives the opportunity to both diagnose and treat frequent intrauterine pathologies such as menorrhage, congenital abnormalities and synechiae at the same day without hospitalization. Although it is a safe procedure and can be considered as a simple intervention in routine clinical practice, some rare life threatening complications might also occur, such as an uterine rupture. In this report, an uterine rupture during hysteroscopic polypectomy in a 37 year-old patient is presented.

Keywords: Endometrial polyp, hysteroscopy, uterine rupture.

Giriş

Uterin kavitenin servikal kanal yoluyla doğrudan endoskopik incelenmesi anlamına gelen "histeroskopi", eski Yunanca'da görüntü (-skopeo) ve uterus (hystera-) kelimelerinden köken almaktadır. Endoskopi uygulamalarında 18. Yüzyılda başlayan araştırmalar, ilk kez 1805 yılında Philipp Bozzini tarafından, üretra, vajina ve rektum gibi doğal boşlukların ışıkla incelenmesinin bildirilmesi ile literatürde yer edinmiştir (1). Zamanla teknolojinin ilerlemesi, özellikle dış çapı 5 mm'den daha küçük olan histeroskoplara geliştirilmesine ve anestezi gereksinimi olmadan uygulanabilen "ofis histeroskopi" tanımının gündeme gelmesine sebep olmuştur. Günümüzde ofis histeroskopi, ayaktan muayene ortamında yapılabilen, minimal rahatsızlığa yol açan, hastane gözlemine gerek duyulmayan, maliyeti düşük, erken teşhis ve tedaviye olanak sağlayan bir yöntem olarak görülmektedir.

Başlıca kullanım alanları; uterusun konjenital yapısal patolojik lezyonlarının değerlendirilmesi, anormal uterin kanama, infertilite, endometrial polip ve submukozal myom eksizyonu ve Asherman Sendromu'nda sineşiolizistir.

Histeroskopik girişimler sırasında karşılaşılan başlıca komplikasyonlar ise; uterin rüptür, servikal/vajinal laserasyonlar, uterin rüptüre sekonder mesane ve barsak hasarı, distansiyon medyumuna sekonder problemler (sıvı yüklenmesi, sıvı-elektrolit imbalansı, vazovagal senkop, akciğer ödemi, gaz embolisi) ve endomyometrittir (2).

Olgu Sunumu

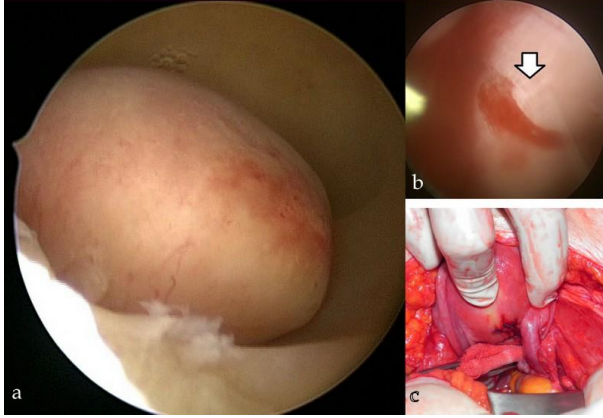
Otuz yedi yaşında, özgeçmişinde 2 sezaryen doğumu ve laparoskopik kolesistektomi operasyonu olan hasta, kliniğimize yaklaşık 6 aydır olan menstrüasyon düzensizliği nedeniyle başvurdu. Hastanın jinekolojik muayenesinde uterus normal cesamette hiperantevert, antefleks saptandı. Transvajinal ultrasonografide endometrium çift duvar kalınlığı 25 mm ölçüldü ve uterin fundusta 2x2 cm çapında, poliple uyumlu görünüm tespit edildi. Her iki adneks normal görünümdeydi. Laboratuvar

Yazışma Adresi: İsmet HORTU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 06.03.2014 Kabul Tarihi: 17.03.2014

bulgularında bir patoloji saptanmayan hasta dorsolitotomi pozisyonunda intravenöz genel anestezi altında ofis histeroskopi işlemine alındı. Panoramik görüntüde, kavitede fundus kaynaklı yaklaşık 3 cm çapında polipoid oluşum izlenmesi üzerine operatif histeroskopi işlemine geçildi (Şekil-1a).



Şekil-1. a. Histeroskopik görüntüde uterin fundusta polip. b. Histeroskopik görüntüde ince barsakta seroza hasarı (ok) c. Uterus posterior duvarda rüptür hattı ve sütürasyon sonrası görünüm.

Servikal dilatasyon öncesi histerometri ile uterin kavite uzunluğu ölçüldü. Ardından dilatasyon bujileriyle servikal kanal dilate edilmeye başlandı fakat uterusun hiperantevert oluşu ve hastanın vajinal doğum yapmamış olması, dilatasyon işleminde zorluk yarattı. Daha sonra kaviteye operatif histeroskopi girildi, yeterli distansiyon basıncı sağlanamadı ve panoramik görüntüde uterus posterior duvarında yaklaşık 2 cm'lik bir alanda rüptür alanı ve hemen arkasında barsak serozasında hasarlanma şüphesi gözlenmesi üzerine işleme son verilerek hastaya laparotomi uygulandı. Laparotomide batin gözleminde uterusun normal cesamette olduğu ve posterior duvarda yaklaşık 2 cm'lik bir rüptür alanı olduğu izlendi (Şekil-1b). Ayrıca ileum serozasında da 2 cm'lik bir segmentte seroza hasarı mevcuttu. Uterustaki rüptür alanı 2/0 vicryl sütür ile onarıldı (Şekil-1c). Hemostaz sağlandı. İleum dışında diğer batin organları, özellikle diğer ince barsak segmentleri ve kolon olası hasar açısından kontrol edildi. İleumdaki 2 cm'lik hasarlı seroza alanının lümenle iştirakinin olmadığı saptandı, 4/0 ipek sütürle tamir yapıldı. Batına dren yerleştirilmesini takiben işleme son verildi. Hastanın postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi ve dren 36. saatte çekildi. Postoperatif dördüncü günde hasta taburcu edildi.

Tartışma

Histeroskopik cerrahide atılan yeni adımlarla artık jinekologlar birçok benign vasıftaki patolojileri açık cerrahiye başvurmaksızın endoskopik olarak, yüksek

güvenilirlik ve düşük komplikasyon oranlarıyla gerçekleştirebilmektedir (2). Ancak işlem esnasında ender rastlansa da bazen morbidite ve mortalitesi yüksek olabilecek komplikasyonlar da meydana gelebilir (3). En sık olarak, sıvı-elektrolit imbalansı, sıvı yüklenmesi, akciğer ödemi, servikal ve vajinal laserasyonlar, uterin rüptür ve pelvik enfeksiyonlar izlenmektedir. Istre'nin (4) çalışmasında, uterin perforasyon oranı %5 olarak bildirilmiş olup ihmal edilemeyecek düzeydedir. Uterusun anatomik yapısı ve büyüklüğü, geçirilmiş uterin cerrahiler ve konjenital uterin anomaliler de perforasyon gelişimini kolaylaştırıcı faktörlerdir. Tartışılan olguda hastanın vajinal doğum yapmamış olmasına bağlı olarak servikal stenozu bulunması ve uterusunun anatomik olarak hiperantevert olması, servikal geçiş esnasında histerometri ve dilatasyon bujileriyle uterusun perforasyonunu kolaylaştıran etkenler gibi gözükmetedir. Oppegaard ve ark.'nın (5) yaptığı bir çalışmada, reproduktif dönem ile postmenopozal dönemde olan hastalara histeroskopi öncesi 200 µg vajinal/rektal misoprostol verilmesiyle servikal faktörlere bağlı komplikasyon oranlarında ciddi azalma tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada preoperatif misoprostol ile histeroskopide uterusu yapılacak manüplasyonlarda da komplikasyon oranlarının azaltılabileceği belirtilmiştir.

Perforasyon oranlarını en aza indirmek için işlem öncesi hasta dikkatlice bimanuel muayene edilmeli, uterus boyutları, mobilitesi, versiyon şekli, pozisyonu ve serviksin durumu değerlendirilmelidir. Dilatasyon işlemi esnasında serviksin vajinal yoldan tenakulum ile traksiyonu, servikal kanal ile uterin kaviteyi aynı doğrultuya getireceğinden, zorlanmadan geçişe yardımcı olur. Sıkı ve stenotik kanal durumlarında serviks dilate edilemediği zaman, dilatasyon işleminde çok fazla ısrarcı olunmamasının, rüptür riskini minimuma indireceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca, dilatasyonun dikkatli bir şekilde yapılmaması servikal kanalda yalancı lümen oluşturulmasına ve perforasyona zemin hazırlayacaktır (6-8). Selk ve ark.'nın (9) yapmış olduğu bir meta-analizde özellikle sıkı adezyonların olduğu Asherman Sendromu'nda perforasyon riski daha fazla saptanmıştır. İşlem esnasında myometrial hasar miktarına göre perforasyon ve sonraki gebeliklerde uterin rüptür riski ciddi anlamda artmaktadır. Şüpheli uterin perforasyon durumlarında, perforasyona neden olan enstrümanın veya enerji modalitesinin, komşu doku ve organlarda yarattığı hasar derecesine göre hastaya uygulanacak girişim ve takip süreci farklılıklar gösterebilir. Bazı yazarlar tüm vakalarda yakın izlem ve akut karın takibini önerirken, bazı yazarlar perforasyonun değerlendirilmesi için zaman kaybetmeden eksplorasyona geçilmesini önermektedir (10).

Kaynaklar

1. Bakour SH, Jones SE, O'Donovan P. Ambulatory hysteroscopy. Evidence-based guide to diagnosis and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2006;20(6):953-75.
2. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O. *Advanced Operative Office Hysteroscopy. State of the Art Atlas of Endoscopic Surgery in Infertility and Gynaecology.* New York: McGraw Hill; 2004:465-77.
3. Jansen FW, Vredevoogd CB, Ulzen K, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TC. Complications of hysteroscopy. A prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000;96(2):266-70.
4. Istre O. Managing bleeding, fluid absorption and uterine perforation at hysteroscopy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2009;23(5):619-29.
5. Oppegaard KS, Nesheim BI, Istre O, et al. Comparison of self-administered vaginal misoprostol versus placebo for cervical ripening prior to operative hysteroscopy using a sequential trial design. *BJOG* 2008;115(5):663.
6. Amarin ZO, Badria LF. A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(3):203-6.
7. Gezgic K, Dalkilic EU. Management of gynecologic emergencies. *JAEM* 2011;10(3):171-3.
8. Ceci O, Bettocchi S, Pellegrino A, Impedovo L, DiVenere R, Pansini N. Comparison of hysteroscopic and hysterectomy findings for assessing the diagnostic accuracy of office hysteroscopy. *Fertil Steril* 2002;78(3):628-31.
9. Selk A, Kroft J. Misoprostol in operative hysteroscopy: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011;118(4):941-9.
10. Ergenoglu M, Yeniel AO, Yildirim N, Akdemir A, Yucebilgin S. Recurrent uterine rupture after hysteroscopic resection of the uterine septum. *Int J Surg Case Rep* 2013;4(2):182-4.