

Sevкли ve Ön Tanılı Hastalara Dikkat Etmeli! Gebe Uterus Rüptürü Olgusu

Değerli Editör,

Bu yazımızda bir olgu üzerinden sevk sırasında düşünülen ön tanılara göre hareket edilmemesinin gerekliliği ve uterus rüptürünün önemini vurgulamayı amaçladık. Bilindiği gibi acil servislere hasta kabulü ya ilk başvuru ya da sevкли şekilde olmaktadır. Sevкли ve ön tanılı hastalar hekimi yanlış yönlendirebilmektedir. Bu durum tanıda, tedavide gecikmelere ve istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Maalesef sağlıklığı olarak en büyük ve en önemli eksiğimiz yetersiz anamnez ve fizik muayene, 'hastalık yok hasta var' kaidesinin unutulmuşu ve inceleme hekimi olma yönünde eğilimlerimiz. Bu önemli gereklilikler eksiğ kalınca olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle adli olaylarda, hekim sorumlulukları ve hataları daha ön plana çıkmaktadır. Klinikte az rastlanan durumlarda hekim ayırıcı tanıda her türlü olasılığı düşünüp hastayı bir bütün olarak görüp, ilk doktoru olarak değerlendirerek gerekli anamnez, fizik muayene ve sonrasında tetkik incelemelerde bulunmalıdır. Bu konuda özellikle acil doktorları en az görülebilecek hastalıkları bile ayırıcı tanıda düşünerek ona göre yönlendirme yapmalıdır. Evet öncelikle düşünmek gerekli! Düşünülmez ise unutulmuş ve atlanmış demektir. Yapılan çalışmalarda eksiğ anamnez, hastalarla dil gibi problemlerle yetersiz iletişim ve ön tanılarla hareket sonucu oluşabilecek yanlış tedavi ve uygulamaların önemi vurgulanmaktadır.^[1,2]

Gebelikte meydana gelebilecek arrest nedenleri anneye ve fetüse bağlı olarak gelişebilir. Gebelikte ani ölümün 30000 doğumda bir olduğu ve medikal olarak en sık nedeninin akciğer embolisi olduğu belirtilmektedir.^[3] Uterus rüptürü şok ayırıcı tanısında ve ani ölüm nedenleri arasında nadir görülen bir durumdur. Klinikte altta yatan nedene göre nedbeli ve nedbesiz rüptür olarak gruplara ayrılmıştır. Bunlardan ise en sık nedbeli uterus rüptürünün olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda nedbesiz uterus rüptürünün ise genellikle doğum sırasında veya geç gebelik döneminde olduğu, 8000 ile 15.000 doğumda bir, ortalama %0.009 oranında olduğu bildirilmiştir.^[4] Bir başka çalışmada ise bu oran 2100 doğumda 1 olarak belirtilmiştir.^[5] Nedbeli uterus rüptürünün ise ge-

nellikle geçirilmiş sezeryan öyküsü olan hastalarda olduğu ve %0.6 oranında görüldüğü belirtilmektedir.^[2]

Kırk yaşında 26 haftalık gebe olan hasta dış merkezden ani solunumsal ve kardiyak arrest, pulmoner emboli ve miyokart enfarktüsü ön tanıları, başarılı resüsitasyon sonrası yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle sevk edildi. Hastanın sekiz saat önce başlayan kendini kötü hissetme, nefes darlığı, baygınlık, aşırı terleme şikâyetleri olduğu öğrenildi. Bu şikâyetlerle 112 tarafından evinde entübasyon uygulandığı, dış merkeze götürüldüğü, acil serviste kardiyopulmoner arrest geliştiği ve fetüsün ölü olduğu bildirildi. Hastanın ikinci gebeliği ve sezeryan öyküsü mevcuttu.

Hasta acil servise getirildiğinde genel durumu kötü, Glasgow Koma Skalası 3, entübe, pupiller dilate, ışık refleksi yoktu. Spontan solunumu olmayan hastada tansiyon arteriyel 50/30 mmHg, nabız 50/dk, yüzeyel EKG'de sinüs ritmi mevcuttu. Hastaya dopamin infüzyonu başlanmıştı. Yapılan kan tahlillerinde anormal olarak beyaz küre $60.6 \cdot 10^3/\mu$ (4.00-10.00), hemoglobin 5.2 g/dl (11-15), hemotokrit %17.3 (37.0-47.0), D-Dimer >10000 ng/ml (0-500), glukoz 265 mg/dl (70-100), AST 138.00 U/L (5-34), ALT 80.00 U/L (0-55), potasyum 5.7 mmol/L (3.5-5.1) tespit edildi.

Hastaya pulmoner emboli ve miyokart enfarktüsü olabileceği düşünülerek, kadın doğum, kardiyoloji ve göğüs hastalıklara konsültasyonu istendi. Resüsitasyon odasında yatak başı ekokardiyografi (EKO) yapıldı. EKO'da kardiyak patoloji düşünülmedi. Çekilen göğüs tomografisi normal olarak değerlendirildi. Yatak başı batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalak çevresinde yaygın serbest sıvı ve uterus içinde fetal kalp atımları negatif olan tek fetüs saptandı. Acil ameliyata alınan hastada eski sezeryan hattından yırtık tespit edildi. Ameliyat sırasında arrest olan, resüsitasyona cevap veremeyen hasta hayatını kaybetti.

Sonuç olarak, hastanın her zaman ilk doktoru olunmalıdır. Dış merkezden yapılan ön tanılar düşünülerek yaşanacak ikilemler sonrasında hastalar yönlendirilmemelidir. Sezer-

Geliş tarihi (Submitted): 11.03.2013 **Kabul tarihi** (Accepted): 24.03.2013 **Online baskı** (Published online): 06.06.2013

İletişim (Correspondence): Dr. Ali Karakuş. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 31100 Hatay, Turkey.

e-posta (e-mail): drkarakus@yahoo.com



yan öykülü, gebe, hipovolemik şok ve ani ölümden çok ender görülen uterus rüptürü akla getirilmelidir. Hastalarda uterus rüptüründe veya karın içi olaylarda beklenen klasik karın ağrısı, bulantı, kusma gibi şikâyetlerin olmayabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Saygılarımızla.

Ali KARAKUŞ,¹ Gökhan ARSLAN,¹ Mustafa ŞAHAN,² Mehmet DURU¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay;

²Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Elazığ.

Kaynaklar

1. Karakuş A. Yılan ısırması, Tibia kırığı Çıkarsa! Türkiye Acil Tıp Dergisi 2012;12:101.
2. Karaca M, Yıldırım C, Göçmen A. Önceki Gebelikte Uygulanan Klasik Sezaryene Bağlı Spontan Uterus Rüptürü. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2004;4:131-3.
3. Ayrık C, Erdur B, Karcioğlu O, Öz Saraç M, Topaçoğlu H, Parlak I. Gebelikte kardiyak arrest. Akademik Acil Tıp Dergisi 2003;1:35-9.
4. Langton J, Fishwick K, Kumar B, Nwosu EC. Spontaneous rupture of an unscarred gravid uterus at 32 weeks gestation. Hum Reprod 1997;12:2066-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Evsen MS, Sak ME, Bozkurt Y, Kapan M, Bakır Ç. Nedbesiz uterus rüptürü: Bölgesel insidans, nedenler ve tedavi. Dicle Tıp Dergisi 2008;35:260-4.