

Olgu Sunumu

Gebelikte Total Uterin Prolapsus Konservatif Tedavisi: Üç Olgu

Cengiz ŞANLI^{1,a}, Remzi ATILGAN², Şehmus PALA², Melike ASLAN²

¹Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Elazığ, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZ

Bu çalışmamızda gebelikte nadir görülen, 3 adet uterin prolapsus vakasını sunmaktayız. Vakalarımızın üçünde de total uterin prolapsus (POPQ Evre 4) izlenmekteydi.

Bulgularımız ışığında; vajinal pesser bu tedaviyi tolere edebilen hastalarda servikal serklaja basit, invazif olmayan bir alternatif olarak düşünülebilir. Diğer yandan, hidroksiprogesteron kaproat ve dekspantenol krem ile konservatif tedavi, etkili bir tedavi seçeneği olabilir. Çalışmamız uterin prolapsusu olan gebelerin yönetiminin bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmamızın konservatif yönetimin etkinliğini vurgulaması nedeniyle literatüre önemli bir katkı sağladığına inanıyoruz.

Anahtar Sözcükler: Uterin Prolapsus, Gebelik, Konservatif Tedavi.

ABSTRACT

Conservative Management of Total Uterine Prolapse in Pregnancy: A Report of Three Cases

This study presents three cases of the uncommon condition of uterine prolapse in pregnancy. Total uterine prolapse (POP Q Stage 4) is observed in all three of our cases.

According to our findings; vaginal pessary can be considered as a simple, non-invasive alternative to cervical cerclage in patients who can tolerate this treatment. On the other hand, conservative treatment with hydroxyprogesterone caproate and dexpanthenol cream may be an effective treatment option.

Our study suggests that the management of pregnant women with uterine prolapse should be evaluated individually. We believe that our study makes a significant contribution to the literature because it highlights the effectiveness of conservative management.

Keywords:

Bu makale atıfta nasıl kullanılır: Şanlı C, Atılğan R, Pala Ş, Aslan M. Gebelikte Total Uterin Prolapsus Konservatif Tedavisi: Üç Olgu. Fırat Tıp Dergisi 2022; 27(2): 150-152.

How to cite this article: Sanli C, Atilgan R, Pala S, Aslan M. Conservative Management of Total Uterine Prolapse in Pregnancy: A Report of Three Cases. Fırat Med J 2022; 27(2): 150-152.

ORCID IDs: C.Ş. 0000-0002-8782-5202, R.A. 0000-0003-2635-7158, Ş.P. 0000-0002-2376-4244, M.A. 0000-0002-9787-4980.

Uterin prolapsus Gebelikte nadir görülen bir durum olup, insidansı 10.000-15.000 doğumda 1 dir (1). Gebelikte görülen uterin prolapsusun komplikasyonları arasında rahatsızlık hissi, servikal ülserasyon, erken doğum eylemi, abortus, idrar yolu enfeksiyonu, akut üriner retansiyon, fetal-maternal sepsis ve hatta maternal ölüm sayılabilir (2).

Pesserler uzun yıllardır erken doğum ve uterin prolapsusun önlenmesi için kullanılmaktadır. Servikal serklaj işlemi de erken doğum eyleminin önlenmesi için kullanılan bir diğer tekniktir. Ancak servikal serklaj, anestezi gerektiren ve çeşitli komplikasyonlarla yol açabilen invaziv bir tekniktir. Vajinal peserler ise basit, invazif olmayan başka bir tedavi yöntemidir (3).

Biz burada total uterin prolapsus gözlenen ve konservatif tedaviyle başarılı bir şekilde yönetilen 3 gebelik olgusunu sunduk.

OLGU SUNUMU

Tüm olgulardan çalışmaya dair aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

Vaka 1:

Otuzdört yaşında, ikinci gebeliğini yaşayan, vücut kitle indeksi (VKİ) 21 kg / m² olan ve ilk gebeliğinde uterin prolapsus görülen hastamız, ilk doğumundan bir buçuk yıl sonra sakrokolpopeksi ameliyatı için kliniğimize başvurdu. Hasta özgeçmiş sorgulamasında 3 aylık bir adet gecikmesi bildirdi. Bunun üzerine yapılan ultrasonografik değerlendirmede; intra uterin 11 haftalık canlı fetüs saptandı. Hastanın vajinal muayenesinde total uterin prolapsus (popq E4) izlendi. Hastaya süspanسیون ve serklaj işlemleri önerildi. Ancak ilk gebeliğinde olduğu gibi bu gebeliğinde de bu önerileri kabul etmedi. Bir diğer alternatif olarak vajinal pesser uygulandı. Ancak, peser uygulamasından 3 gün sonra pelvik ağrı ve üriner retansiyon nedeniyle pesser çıkarıldı. Hastamıza haftalık olarak 500 mg hidroksiprogesteron kaproat (HPC) ampul (PROLUTON® DEPOT 500 mg/2 mL IM Bayer Türk Kimya

San. Ltd. Şti. Fatih Sultan Mehmet Mah. Balkan Cad. No.53 34770 Ümraniye/İstanbul) ve günlük olarak deskpantenol (DX) krem (BEPANTHEN® PLUS 50 mg/5 mg krem 50 mg/1g dekspantenol. Bayer Türk Kimya San. Ltd. Şti. Fatih Sultan Mehmet Mah. Balkan Cad. No.53 34770 Ümraniye/ İstanbul) uygulamaları yapıldı. Bu süre zarfında ağır işlerden kaçınması önerildi ve 24. gebelik haftasında (Resim 1) 24 mg betametazon ampul (3 mg betametazon asetat, 3.947 mg betametazon disodyum fosfat (CELESTONE CHRONODOSE 3 mg 3mg/1ml Enjeksiyon Süspansiyonu. Merck Sharp Dohme İlaç Şirketi Levent - İstanbul)) uygulandı.



Resim 1. Birinci olguya ait, 24. Gebelik haftasında uterus prolapsus görünümü.

Yapılan izlemler neticesinde 27. haftadan sonra prolapsusun gerilediği görüldü. 34. haftadan sonra progesteron tedavisi kesildi. Gebemiz 36. gebelik haftasında erken membran rüptürü ve ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde servikal açıklığı 3-4 cm silinmesi % 40-50 olarak izlendi. Servikal açıklık normal seyrinde ilerlerken oksitosin uygulanmasına rağmen 8 cm'den sonra servikal açıklık ilerlemedi. Bunun üzerine sezaryen kararı alınarak, doğum sezaryen ile gerçekleştirildi. Apgarı 7/9 olan 2800 gram ağırlığında sağlıklı bir erkek bebek doğurtuldu.

Vaka 2:

Otuzsekiz yaşında, daha önce 2 doğum yapmış ve VKİ 30 kg/m² olan hastamız, 10. gebelik haftasında uterus prolapsus şikâyeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde total uterus prolapsus (popqE4) izlenen hastamıza süspansiyon operasyonu önerildi fakat hastamız bu yöntemi reddetti. Hastaya alternatif tedavi olarak pessier uygulaması yapıldı, ancak idrar retansiyonu ve pelvik ağrı nedeniyle 7 gün sonra pessier çıkarıldı. Hastamıza haftalık HPC ampul ve günlük dekspantenol krem uygulanarak izlemleri yapıldı. Bu

süre zarfında hastaya ağır işlerden kaçınması önerildi. 25. haftada 24 mg betametazon ampul uygulandı. 26. haftadaki muayenesinde prolapsusun gerilediği görüldü. 32. gebelik haftasından sonra hastanın isteği üzerine progesteron tedavisi kesildi. 37. gebelik haftasında hasta ağrı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Geçirilmiş eski sezaryen nedeniyle gebelik sezaryen ile sonlandırıldı ve Apgar skoru 7/9 olan 3300 gram ağırlığında sağlıklı bir erkek bebek doğurtuldu.

Vaka 3:

Otuzbeş yaşında, 3. gebeliğini yaşayan ve VKİ 33 kg/m² olan 11 haftalık gebe hastamız vajende ele gelen kitle şikâyetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın jinekolojik muayenesinde total uterus prolapsus (popqE4) saptandı. Hasta kendisine önerilen uterus süspansiyonu, servikal serklaj operasyonları ve pessier uygulamalarını reddetti. Hasta, HPC ampul ve günlük dekspantenol krem uygulaması ile haftalık olarak takip edildi, hastaya bu süreçte ağır işlerden kaçınması önerildi. 25. Haftada yapılan muayenede prolapsusun gerilediğini gözlemledik. Hastamız 31. haftadan sonra progesteron uygulamasına devam etmeyi reddetti ve tedavi kesildi. 38. haftada ağrı şikâyetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu ve normal vajinal yolla 3200 gram ağırlığında 7/8 Apgar skorlu sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu.

TARTIŞMA

Uterin prolapsus Gebelikte nadir görülen bir durum olup, insidansı 10.000-15.000 doğumda 1 dir (1). Uterin prolapsusun esas nedeni mackenrodt veya kardinal bağlar gibi uterusun destekleyici bağlarının yetersizliğidir (4). Birden fazla vajinal doğum yapmış olmak, doğum esnasında forceps veya vakum kullanılması prolapsus için önemli risk faktörleridir. Diğer predispozan faktörler arasında obezite, kollajen doku hastalığı, kronik öksürük, etnik köken ve aile öyküsü sayılabilir (5).

Uterin prolapsus herhangi bir komplikasyon olmaksızın ikinci trimester sonlarında kendiliğinden düzelebilir (6). Bizim vakalarımızda da ikinci trimesterde sırasıyla 27, 26 ve 25. haftalarda prolapsusun gerilediğini gördük.

Literatürde tanımlanan mevcut tedavi seçenekleri; konservatif tedavi, vajinal pessier uygulaması, laparoskopik uterus süspansiyon ve sezaryen sonrası abdominal sakrokolpopeksidir (4, 7). 1949 yılında Klavans (7), uterus prolapsusu olan bir hastada Smith-Hodge pessierinin sürekli kullanımını tavsiye etmiştir. Vajinal pessierler kolay erişilebilir ve uygulanabilir olmalarının yanında; vajinal akıntı, koku, mukozal erozyon, vajinada abrazyonlar ve idrar retansiyonu yaygın komplikasyonları arasındadır (8). Bizim pessier uyguladığımız birinci ve ikinci olgumuz idrar retansiyonu ve pelvik ağrı nedeniyle tedaviyi sadece 2 ve 7 gün tolere edebildi.

Daha önce çalışmalarda da etkinliği bildirilen konservatif tedavi jinekolojik hijyeni ve hafif Trendelen-

burg pozisyonunda yatak istirahatini içermektedir (4, 9). Konservatif tedavi başarısız olduğunda veya uzun süreli yatak istirahati mümkün olmadığı durumlarda deneyimli hekimlerce yapılacak laparoskopik uterin süspansiyonu başka bir tedavi seçeneğidir (10). Bizim hastalarımız sakrohisteropeksi ve serklaj gibi operatif seçenekleri reddettikleri için süreçleri konservatif tedavi ile yönettik.

Uterin prolapsusa bağlı olarak servikte kuruluk ve ülserasyon gelişebilir. Bu durum pessier uygulamasıyla önlenir. Çalışmamızda pessierin başarısız olduğu durumlarda dexpantenol kremin servikal ödemi azalttığını gözledik.

Gebelikte uterin prolapsusu olan kadınlar, sefalopelvik uyumsuzlukları veya fetal endikasyonlar yoksa vajinal doğum yapabilir; ancak uterin prolapsusun distosiye neden olabileceği akılda tutulmalıdır (11). Ayrıca prolapsus nedeniyle oluşan skar ve ödeme bağlı olarak, doğum esnasında servikal laserasyonlar oluşabilir. Topikal magnezyum solüsyonları servikal distosiye önlemek için kullanılabilir (6). Bizim birinci olgumuzda distosi görüldü ve doğum sezaryen ile sonlandırıldı. Biz bu olgumuzda magnezyum solüsyonu kullanmadık.

Uterin prolapsus gebelik öncesi ve sonrasında da çeşitli komplikasyonlara neden olabilir. Antepartum komplikasyonları arasında erken doğum, idrar yolu enfeksiyonu, akut idrar retansiyonu ve hatta anne ölümü bulunur. Başlıca intrapartum komplikasyonlar servikal laserasyon, uterin rüptür, fetal ölüm ve maternal morbidite ile uterus alt segmentte yetersiz servikal dilatasyondur. Puerperal enfeksiyona bağlı postpartum kanama ve uterin hassasiyet postpartum pelvik organ prolapsusunun yaygın sonuçlarıdır (11). Bizim hastalarımızın hiçbirinde doğum sonu kanama, servikal laserasyon, puerperal enfeksiyon veya fetal veya maternal morbidite gelişmedi.

Sonuç olarak uterin prolapsus gebelikte nadir görülen bir durum olup, bulgularımız ışığında tedavinin bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Hidroksiprogesteron kaproat ve deksantenol krem ile konservatif tedavi, etkili bir tedavi seçeneği olabilir. Ayrıca vajinal pessierin, bu tedaviyi tolere edebilen hastalarda servikal serklaja basit, invazif olmayan bir alternatif olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Cingillioglu B, Kulhan M, Yildirim Y. Extensive uterine prolapse during active labor: a case report. *Int Urogynecol J* 2010; 21; 1433-4.
2. Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. *J Natl Med Assoc* 1997; 89: 346-8.
3. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 31; CD007873.
4. Guariglia L, Carducci B, Botta A, Ferrazzani S, Caruso A. Uterine prolapse in pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2005; 60; 192-4.
5. De Vita D, Giordano S. Two successful natural pregnancies in a patient with severe uterine prolapse: A case report. *J Med Case Rep* 2011; 14; 459.
6. Gupta R, Tickoo G. Persistent uterine prolapse during pregnancy and labour. *J Obstet Gynaecol India* 2012; 62; 568-70.
7. Klawans AH, Kanter AE. Prolapse of the uterus and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1949; 57; 939-46.
8. Meriwether KV, Rogers RG, Craig E, Peterson SD, Gutman RE, Iglesia CB. The effect of hydroxyquinoline-based gel on pessary-associated bacterial vaginosis: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213; 729.e1-9.
9. Kart C, Aran T, Guven S. Stage IV C prolapse in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 112; 142-3.
10. Yildiz MS, Ekmekci E. A laparoscopic procedure for the treatment of uterine prolapse during pregnancy: A case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 242; 33-5.
11. Tsikouras P, Dafopoulos A, Vrachnis N et al. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27; 297-302.