

Gebelikte Uterus Prolapsusunun Vajinal Pesser ile Yönetimi

Management of Uterine Prolapse During Pregnancy with Vaginal Pessary: Case Report

Uz.Dr. Sami GÜNGÖR,^a
Yrd.Doç.Dr. Banu KUMBAK AYGÜN,^a
Yrd.Doç.Dr. Zehra Sema ÖZKAN,^a
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ŞİMŞEK^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 02.01.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 07.03.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Banu KUMBAK AYGÜN
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ,
TÜRKİYE/TURKEY
bkumbak@yahoo.com

ÖZET Doğurganlık çağını geçmiş kadınlarda daha sıklıkla görülen uterus prolapsusu gebelikte nadir karşılaşılan bir durumdur. Bazı olgularda önemli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Preterm eylem, fetal kayıp, sık idrar yolu enfeksiyonları ve akut üriner retansiyon majör komplikasyonlardır. Erken teşhis ve yakın takip ile muhtemel fetal ve maternal risklerin önüne geçilebilmektedir. Uterus prolapsusu olan kadınlarda gebeliğin ve doğumun yönetimi değişkendir. Yaklaşım gebelik haftasına, durumun şiddetine, eşlik eden komplikasyon varlığına ve hasta tercihinine göre belirlenmektedir. Bu yazıda, akut üriner retansiyon şikâyeti ile başvuran 14 haftalık bir gebede uterus prolapsusu tespit edilmesi, vajinal pesser uygulaması ile gebeliğin yönetimi ve hastanın normal vajinal yoldan başarılı doğumu bildirilmiştir. Uterus prolapsusu gebelik sırasında tespit edildiğinde vajinal pesser uygulaması hastaya öğretilerek etkin bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; uterus prolapsusu; vajinal pesser

ABSTRACT Uterine prolapse, commonly seen in women beyond childbearing age, has been reported rarely during pregnancy. Significant complications may develop in some cases. Preterm labor, fetal loss, recurrent urinary tract infections and acute urinary retention are major complications. In order to avoid possible maternal and fetal risks, early recognition and close follow-up are essential. Management of the pregnancy, labor and delivery in women with uterine prolapse varied considerably. Treatment approach depends on the gestational week, severity of the condition, associated complications and the patient's preference. This paper reports the management of uterine prolapse with vaginal pessary in a 14 weeks' pregnant woman hospitalized with the complaint of acute urinary retention and her successful normal vaginal delivery. Vaginal pessary with appropriate patient training can be effectively used in the management of uterine prolapse diagnosed during pregnancy.

Key Words: Pregnancy; uterine prolapse; vaginal pessary

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(2):121-4

Uterus prolapsusu, sıklıkla doğurganlık çağını geçirmiş kadınlarda görülmekte olup gebelikte tespit edilmesi nadir bir durumdur ve genellikle olgu sunumları şeklinde literatürde yer almaktadır. Gebelik sırasında uterus prolapsusu görülme insidansı yaklaşık olarak 1/10,000-15,000 doğum civarındadır.¹ Bu kadınlarda gebeliğin ve doğumun yönetimi oldukça değişkendir. Gebelik sırasında bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Görülebilecek komplikasyonlar arasında servikal kuruluk ve ülserasyon, üriner sistem enfeksiyonları, akut üriner retansiyon, abortus, erken doğum eylemi veya maternal mortalite sayılabilir.^{2,3} Bu yazıda, idrar yapı-

mama şikâyeti ile üroloji bölümüne başvuran 14 haftalık bir gebede, uterus prolapsusu tanısı konulması ve hastanın gebeliğinin vajinal pesser kullanımı ile başarılı takibi ve normal vajinal yoldan sorunsuz doğumu bildirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Üroloji kliniğine son 12 saattir spontan idrar yapamama şikâyeti ile başvuran 34 yaşında, ikinci gebeliği olan hasta, obstetrik polikliniğimizde değerlendirildi. Anamnezinden hastanın 3 yıl önce term bir normal vajinal doğumunun olduğu ve başkaca bir özelliğinin olmadığı öğrenildi. Kliniğimizdeki ilk değerlendirmede hastanın 14 haftalık gebe olduğu, fetüsün ultrasonografik değerlendirmesinde bir problem olmadığı tespit edildi. Hastanın yapılan pelvik muayenesinde 2. derece desensus uteri (POP-Q evre 2) tespit edildi. Serviks introitusta gözlenmekte, mikst akıntılı ve emmet yırtığı mevcut idi. Hasta diürez takibi için hastaneye yatırılarak, Foley sonda ile 1200 ml idrar boşaltıldı ve sadece sonda ile hastanın idrarının boşaltılabildiği görüldü. Hastaya lateks, halka şeklinde 7 numara vajinal pesser uygulaması yapıldı. Uygulama sonrası idrar sondası çekilip takibe alındı. Takiplerinde spontan idrar yaptığı gözlenen hasta vajinal pesser kullanımı için eğitim verildikten sonra taburcu edilip kontrole çağrıldı. Önceleri haftalık kontrole çağrılan hastanın pesseri kullanabildiği görüldükten sonra 22. hafta kontrolünde pesser çıkarıldı ve spontan idrarını yapabildiği görülen hasta pessersiz takibe alındı, hastanın gebeliğinin kalan kısmı problemsiz geçti.

Hasta 40. haftada spontan ağrıların başlaması üzerine hastaneye yatırıldı ve normal vajinal yoldan 3600 kg, sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu. Postpartum 8. haftada yapılan pelvik muayenede 2. derece desensus uteri izlendi. Belirgin şikâyeti olmayan hastaya önerilerde bulunularak poliklinik kontrolüne çağırıldı.

TARTIŞMA

Pelvik organ prolapsusu, günlük jinekoloji pratiğinde sık karşılaşılan bir problemdir. Tedavisinde Kegel egzersizleri, pesser uygulamaları gibi koruyucu, cerrahi olmayan tedavi yöntemleriyle hasta rahatlatılmaya ya da hastalığın seyri durdurulmaya

çalışılırken abdominal, vajinal ve son zamanlarda laparoskopik yolla uygulanan cerrahi yaklaşımlarla sarkan kısımların normal anatomik pozisyona getirilmesi veya sarkan kısımların uygun şekilde onarımı ya da çıkarılması amaçlanmaktadır.⁴

Ülkemizde yaygın bir kullanım alanı bulamamakla birlikte vajinal pesserler, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans, retrovert uterus tedavisinde alternatif olarak kullanılabilen, vajinaya hastanın kendisi tarafından yerleştirilip çıkarılabilen araçlardır.⁵ Vajinal pesser kullanım endikasyonları başarısız cerrahi geçiren kadınlar, cerrahiye uygun olmayan ya da anestezi riski taşıyan olgular, cerrahi yöntem tercih etmeyen olgular, stres üriner inkontinansı olan olgular, doğurganlığını devam ettirmek isteyen genç kadınlar ve neonatal pelvik organ prolapsusu olguları olarak ifade edilmektedir.⁶ Literatürde bugüne kadar yaklaşık 200 farklı pesser türü tanımlanmıştır ve bunlar silikon, kauçuk, lateks, sert ya da yumuşak plastik veya poliüretan tiptedir. Ayrıca halka, küp, kaldıraç şekilleri olup kullanılacak pesser hastaya göre seçilmektedir. En sık kullanılan şekli halka pesser olup çeşitli boylarda (65, 70, 75, 80, 85 mm) pesserler mevcuttur. Deneyerek en doğru yerleştirilen uygun pesserin seçimi etkin kullanım için şarttır. Uygun pesser kolay yerleştirilip çıkartılmalı, hastaya hareket halinde iken rahatsızlık vermemelidir. Büyük pesser ülserasyona neden olurken küçük pesser yerinde durmayıp düşebilmektedir. Ayrıca hastaya pesser takılması, çıkartılması ve bakımı ile ilgili eğitim verilmesi de etkin kullanım için çok önemli ve gereklidir.⁷ Pesser gece yatarken çıkartılmalı ve sabunlu su ile yıkanarak kurutulmalıdır. Basit vajinal hijyen ve düzenli kontrol muayeneleri ile pesser kullanımına bağlı komplikasyon gelişmeyecektir. Genellikle 3 aydan uzun süreli kontrol uygun görülmemektedir fakat gebelikte 1-2 haftalık aralarla kontrol daha uygun olacaktır.

Uterin prolapsus daha sıklıkla ileri yaşlarda görülmekte olup gebelikle birlikte rastlanma insidansı 1/10,000- 15,000 doğumdur.¹ Uterin prolapsusta serviksin dışarı prolabe olmasıyla birlikte üriner şikâyetler, bel ağrısı, konstipasyon, koitusta zorlanma ve serviksin ülserasyonu meydana gelebilir, akut üriner retansiyon ve maternal mortalite nedeni de

olabilmektedir. Uterus prolapsusuna gebelik eşlik ettiğinde gebeliğin de getirdiği riskler nedeniyle durum daha komplike hale gelebilmektedir. En önemli komplikasyonların başında preterm eylem, fetal ölüm, maternal morbidite gelmektedir.^{8,9}

Literatürde gebelik ve uterin prolapsusun birlikte görüldüğü durumlar olgu sunumları şeklinde yer almıştır. Gebelik sırasında tespit edilen uterin prolapsusun yönetimi hastaya göre değişmekte yaklaşım hastanın gebelik haftasına, durumun şiddetine, eşlik eden ilave komplikasyon varlığına ve hastanın tercihinine göre belirlenmektedir. Gebelik haftası erken ise genel kabul gören yaklaşım hastanın hafif Trendelenburg pozisyonunda yatak istirahatına alınması, serviksin enfekte olmaması için lokal pomatlarla medikal tedavi verilmesi ve genital hijyen sağlanarak zaman kazanılmasıdır. Daskalakis ve ark. 12. gebelik haftasında tespit edilen bir prolapsus vakasını terme kadar yatak istirahati önererek konservatif tedavi ile takip etmişler ve herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta servikal distosi nedeni ile sezaryen ile doğurtulmuştur.¹⁰ Postpartum dönemde uterin prolapsus spontan gerilemiştir. Bir başka olguda prolapsus uteri 15. haftada tespit edilmiş, hasta problemsiz terme kadar konservatif tedavi ile takip edilmiş, doğum normal vajinal yoldan gerçekleştirilmiştir.¹¹ Bir diğer olguda 10. haftada tespit edilen prolapsus uteri yatak istirahati ve konservatif tedavi ile başarılı şekilde takip edilmiş ve postpartum 4. ayda prolapsus regrese olmuştur.⁹ Öte yandan Matsumoto ve ark., erken gebelik haftasında tespit edilen bir uterin prolapsus olgusuna laparoskopik uterin suspansiyon ameliyatı uygulamışlardır.¹² Bizim olgumuzda 14. haftada akut üriner retansiyon şikâyeti ile başvuran hastaya Foley kateter ile idrar boşaltıldıktan sonra vajinal pesser kullanımını öğretilerek 22. haftaya kadar uygulanmış ve sonrasında pesser çıkartılarak konservatif takip yapılmış, gebelik sorunsuz seyrederek hasta normal vajinal yolla doğurtulmuştur.

Bu olgularda doğum şekli ile ilgili de farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bir yazıda bu olgularda doğum şekli olarak elektif sezaryen önerilmekle birlikte genellikle literatürdeki olgularda sezaryen endikasyonları prolapsus uteri değil obstetrik nedenlerdir.¹³ Total uterin prolapsusu olan 44 yaşındaki bir

gebe, 15. haftada ilk olarak başvurmuş, terme kadar konservatif tedavi ile takip edilmiş ve normal vajinal yoldan doğurtulduktan birkaç ay sonra vajinal histerektomi, ön-arka onarım ve sakrospinöz fiksasyon yapılmıştır.¹¹ Meydanlı ve ark., ise 35. haftada spontan kontraksiyonları nedeniyle başvuran bir olguda 3. derece prolapsus uteri tespit etmiş ve hastaya fertilitate isteği olmadığından sezaryen histerektomi ve eş zamanlı sakrokolpopeksi yapılmıştır.¹⁴ Bizim olgumuzda obstetrik bir endikasyon olmadığından hasta spontan vajinal doğuma bırakıldı ve 40. haftada komplikasyonsuz, normal vajinal yoldan doğum gerçekleştirildi. Postpartum 8. haftada yapılan kontrolde 2. derece desensus uteri tespit edildi ve hasta önerilerle takibe çağırıldı.

Gebede akut üriner retansiyon geliştiğinde desensus uteri ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Bu olgularda hemen sonda ile diürez sağlanmalıdır, aksi halde aşırı mesane distansiyonuna bağlı nöromusküler disfonksiyon gelişebilmektedir. Daha sonrası için ise bu olguda olduğu gibi bir süre vajinal pesser uygulaması ile hastanın spontan idrar yapması sağlanabilir. Gebeliğe eşlik eden prolapsus uteri varlığında bazı olgularda desensus gebelik haftası ilerledikçe artarken bazı olgularda ikinci trimester sonunda azalmaktadır.^{11,15} Dolayısıyla erken gebelik haftalarında akut üriner şikâyetler ortaya çıktığında bir süre vajinal pesser kullanımı hastayı rahatlatılabilir. Ayrıca bazı yazarlar serviks yetmezliği olan olgularda pesser kullanımının preterm doğumu engellediğini ileri sürmektedir.¹⁶ Bu olguda da 14. haftadan 22. haftaya kadar vajinal pesser başarılı bir şekilde kullanılmış, 22. hafta kontrolünde pesser çıkartılarak hastanın spontan idrarını yapabildiği görülmüş, hasta pesser kullanılmaksızın takip edilmiş ve gebelik problemsiz olarak terme kadar devam etmiştir.

Sonuç olarak, gebelikle birlikte uterin prolapsus nadir görülen bir durum olup, yaklaşım hastanın gebelik haftasına ve beraberinde gelişen komplikasyonlara göre belirlenmelidir. Erken tanı, yakın takip ve gerekli durumlarda hastanın hastaneye yatırılmasıyla gebelik komplikasyonlarının önüne geçilebilir. Uterin prolapsusa bağlı üriner retansiyon geliştiğinde vajinal pesser kullanılarak hasta konservatif tedavi ile takip edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Mufarrij IK, Keettel WC. Prolapse of the uterus associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1957;73(4):899-903.
2. Kurzel RB, Nichols DH. Genital prolapse during pregnancy. *J Reprod Med* 1980;24(1):46-7.
3. Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1984;29(8):631-3.
4. Birnbaum SJ. Rational therapy for the prolapsed vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1973;115(3):411-9.
5. Sulak PJ, Kuehl TJ, Shull BL. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. *J Reprod Med* 1993;38(12):919-23.
6. Bash KL. Review of vaginal pessaries. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(7):455-60.
7. Pott-Grinstein E, Newcomer JR. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 2001;46(3):205-8.
8. Horowitz ER, Yogev Y, Hod M, Kaplan B. Prolapse and elongation of the cervix during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77(2):147-8.
9. Guariglia L, Carducci B, Botta A, Ferrazzani S, Caruso A. Uterine prolapse in pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2005;60(4):192-4.
10. Daskalakis G, Lymberopoulos E, Anastasakis E, Kalmantis K, Athanasaki A, Manoli A, et al. Uterine prolapse complicating pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2007;276(4):391-2.
11. Eddib A, Allaf MB, Lele A. Pregnancy in a woman with uterine procidentia: a case report. *J Reprod Med* 2010;55(1-2):67-70.
12. Matsumoto T, Nishi M, Yokota M, Ito M. Laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999;93(5 Pt 2):849.
13. Partsinevelos GA, Mesogitis S, Papantoniou N, Antsaklis A. Uterine prolapse in pregnancy: a rare condition an obstetrician should be familiar with. *Fetal Diagn Ther* 2008;24(3):296-8.
14. Meydanli MM, Ustün Y, Yalcin OT. Pelvic organ prolapse complicating third trimester pregnancy. A case report. *Gynecol Obstet Invest* 2006;61(3):133-4.
15. Yogev Y, Horowitz ER, Ben-Haroush A, Kaplan B. Uterine cervical elongation and prolapse during pregnancy: an old unsolved problem. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30(4):183-5.
16. Newcomer J. Pessaries for the treatment of incompetent cervix and premature delivery. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(7):443-8.