

Travayda Gerçekleşen Uterin Rüptür Sonrası Asherman Sendromu Gelişen Olgu

Berna Aslan Çetin*, Pınar Yalçın Bahat*, Nadiye Köroğlu*, Alev Aydın**

*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

**İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, İstanbul

ÖZ

Asherman sendromu endometrial travmaya bağlı gelişen, günümüzde sıklığı artmakta olan endometrial bir patolojidir. Uterin kavitenin obliterasyonu ile amenore, hipomenore, dismenore veya infertiliteye neden olabilir. Amacımız, travayda uterin rüptür gerçekleşen ve emzirme döneminde olduğu için geç tanı alan Asherman sendromu olgumuzu sunmak, Asherman sendromu için tanı ve tedavi şekillerini tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: Asherman sendromu, histeroskopi, uterin rüptür

ABSTRACT

A Case of Asherman Syndrome Following Uterine Rupture During Labor

Asherman Syndrome is an endometrial pathology due to endometrial trauma. Because of the obliteration of the uterine cavity it may cause amenorrhea, hypomenore, dysmenorrhea or infertility. Our purpose is to discuss the diagnosis and treatment modalities for Asherman Syndrome and to present a case of Asherman Syndrome, which has been occurred following uterine rupture during labor which is diagnosed late because of lactation.

Keywords: Asherman syndrome, hysteroscopy, uterine rupture

GİRİŞ

İntrauterin adezyonlar, ilk kez 1894 yılında Fritsch'in bildirdiği 25 yaşında postpartum küretaj sonrası amenore izlenen bir olgunun sunulmasıyla literatüre girmiştir⁽¹⁾. 1948 yılında ise Joseph Asherman tarafından "travmatik amenore" olarak tanımlanmasından sonra kendi ismiyle anılmaya başlanmıştır^(2,3). Asherman sendromu sonucu hastalarda uterin kavitenin tamamen veya kısmi obliterasyonu ile amenore, hipomenore ve dismenore gibi menstruel sorunlar, infertilite veya yineleyen gebelik kaybı izlenir. Asherman sendromu, küretaj, uterin kaviteyle ilişkili myomektomi veya endometrial ablasyon gibi endometriuma olan travmalar sonucu gelişir⁽⁴⁾. Amacımız, travay sırasında uterin rüptür gelişen ve kanamasını kontrol altına almak için bilateral uterin arter ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapılan ve Asherman sendromu gelişen olgumuzu sunmak, Asherman sendromu için tanı ve tedavi şekillerini tartışmaktır.

OLGU

Kliniğimize 10 aydır adet görememe yakınması ile başvuran 30 yaşında G3P3A0C0Y2 kadın hasta 10 ay önceki doğumu sırasında uterin rüptür geliştiği için kliniğimizde acil ameliyata alındı, miadındaki fetus ve ekleri batında izlendi, 3200 g canlı erkek fetus ve ekleri batından çıkartıldıktan sonra uterusun posteriorundaki rüptüre alan primer olarak onarıldı. Hastanın kanamasının durmaması üzerine bilateral uterin arter ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapıldı. Postoperatif 5 gün takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi. Hasta doğumdan sonra 3 ay adet görmemesi üzerine, başka bir kliniğe başvurmuş ve hastaya emzirme döneminde olduğu için adet görmeyebileceği söylenmiş. Doğumdan sonra 6 ay adet görmemesi üzerine hasta yine aynı kliniğe başvurmuş ve emzirmeyi bırakan hastaya 3 defa 21 gün 2 mg estradiol valerat ve 10 gün 0,5 mg norgestrel tedavisi uygulanmasına rağmen, menstruasyon sağlanamaması üzerine hasta kliniğimize refere edilmiştir. Hastanın yapılan transvajinal ultrasonografisinde uterin kavite asimetrik

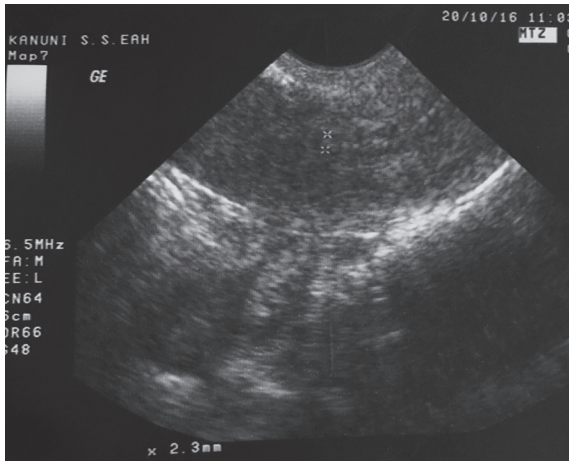
Alındığı Tarih: 31.10.2016

Kabul Tarihi: 11.05.2017

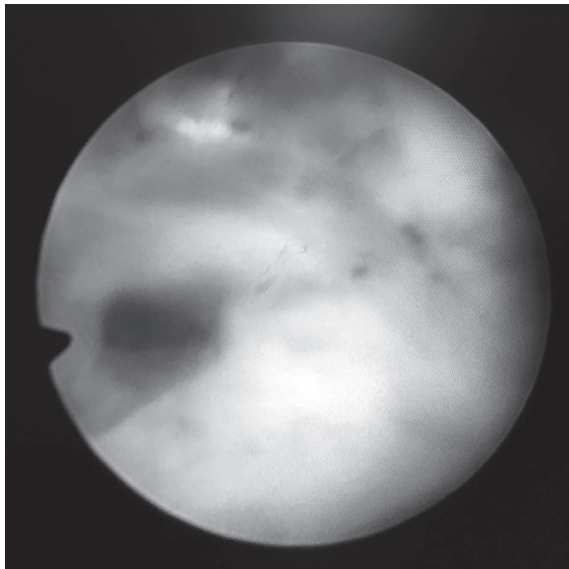
Yazışma adresi: Uzm. Dr. Berna Aslan Çetin, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halkalı, İstanbul

e-posta: bernaaslan14@hotmail.com

izlenmiş olup, endometrial kalınlık 2,3 mm ölçüldü (Resim 1). Asherman sendromu ön tanısıyla ofis histeroskopi planlandı. Ofis histeroskopi sırasında tüm kavite kapalı olup, basınçlı su ile de yapışıklıklar açılmadı (Resim 2). Amerikan Fertilité Derneği'nin uterin adezyonlar kalsifikasyonuna göre 12 puan ile puanlandırıldı⁽⁵⁾. Hastaya adezyonların açılması için operatif histeroskopi planlandı ve operatif histeroskopi ile adezyonlar açılarak RİA yerleştirildi. Postoperatif hastaya 6 hafta süreyle 4 mg estradiol valerat ve 2 hafta süreyle 0,5 mg norgestrel tedavisi uygulandı. Postoperatif 6 hafta sonra RİA çıkarıldı, endometrial kalınlık 8 mm olarak ölçüldü ve menstruasyon sağlandı.



Resim 1. Olgunun transvajinal ultrasonografi görüntüsü.



Resim 2. Histeroskopi sırasındaki sineşi görüntüsü.

TARTIŞMA

İntrauterin adezyon sıklığında günümüzde artış görülmektedir. Hem adezyon tanısının kolaylaşması hem de adezyon oluşmasına neden olabilen uterin cerrahi uygulamalarının daha sık uygulanması bu artışın temel nedenleridir. Endometrial hasar sonrası sklerozis ile iyileşme intaruterin adezyon formasyonunun oluşmasında rol oynamaktadır. Endometriyal hasar oluşmasındaki en sık nedenler arasında, endometriumun bazal tabakasının travmaya uğradığı erken postpartum dönemdeki ve erken gebelik kaybı sonrası yapılan küretajlar, genital tüberküloz, puerperal enfeksiyonlar ve pelvik radyasyon maruziyeti yer almaktadır^(6,7). Adezyonlara bağlı en sık semptomlar amenore, hipomenore ve dismenore gibi menstrual bozukluklardır⁽⁸⁾. Olgumuzda ise travay sırasında rüptür geliştikten sonra acil sezaryene alınan ve kanama kontrolünü sağlamak için bilateral uterin arter ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapılan hastada amenore izlendi.

Histeroskopi, günümüzde intrauterin adezyon tanısında ve tedavisinde altın standart kabul edilmektedir⁽⁹⁾. Histeroskopik adezyoliziste esas amaç normal kavite oluşturacak şekilde uterusun restorasyonudur. Başarılı anatomik sonuçların elde edilme oranı, bir ya da iki histeroskopik girişim sonrasında %63,8-97 olarak belirtilmektedir⁽¹⁰⁾. Menstruasyon sorunları açısından tedavi sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %75-100'ünde semptomlarda azalma bildirilmiştir. Histeroskopik adezyolizisten sonra takiplerin nasıl yapılacağı kesin değildir. Sınırlı sayıdaki çalışmalar, yoğun adezyonu olan hastalarda bir-iki siklus çekilme kanaması sonrası ofis histeroskopinin yinelenebileceğini göstermişlerdir. Takiplerde histerosalpingografi ve transvajinal ultrasonografi kullandıklarını belirten çalışmalar da mevcuttur⁽¹¹⁾.

Tekrar adezyon gelişmesini engellemek için intraoperatif foley kateteri veya rahim içi araç yerleştirilmesi uygulanmakta ve postoperatif hormon tedavisi verilmektedir. Rahim içi araçlar yaklaşık 6-8 hafta kavitede tutulur. Foley kateter ise 5-14 gün süresince uygulanabilir. Hormonal tedavi için literatürde değişik protokoller vardır. Endometriumun rejenerasyonu için 2-3 ay süre ile 2,5 mg/g konjuge östrojen veya 28 gün 4 mg/gün estradiol tablet son 10 gün 10 mg/gün medroksiprogesteron asetat tedavisi uygulanabilir

(12,13). Olgumuzda, adezyon nüksünü engellemek için 6 hafta süreyle RİA uyguladık ve endometrial rejenerasyon için 6 hafta boyunca 4 mg estradiol valerat ve 2 hafta süreyle 0,5 mg norgestrel tedavisi vererek hastamızda menstruasyon olduğunu gözlemledik.

Histeroskopi sırasında en sık görülen komplikasyonlar uterus perforasyonu ve servikal laserasyonlardır. Uterus perforasyonu oranı %0,7-0,8 civarındadır. Servikal laserasyon ve uterus perforasyonlarının çoğu serviks dilatasyonu sırasında olmaktadır (14). Olgumuzda histeroskopi sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç olarak, sezaryen sonrası adet görememe ya da kınması olan emziren hastalarda Asherman sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Asherman sendromunun tanı ve tedavisinde histeroskopi altın standarttır. Adezyon nüksünü engellemek için Foley kateteri veya RİA yerleştirilmesi ve hormon tedavisi randomize kontrollü çalışmaların yokluğunda cerrahın deneyimine ve hastaya göre bireyselleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. March CM. Intrauterine adhesions. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 1995;22(3):491-505.
2. Asherman JA. Amenorrhea traumatica (atretica). *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1948;55:22-30. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1948.tb07045.x>
3. Asherman JA. Traumatic intra-uterine adhesions. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire* 1950;57(6):892-6. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1950.tb06053.x>
4. Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007;19(3):207-14. <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e32814a6473>
5. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-55. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)59942-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)59942-7)
6. Orhue AA, Aziken ME, Igbefoh JO. A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhesions following lysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82:49-56. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00030-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00030-4)
7. Schenker JG. Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;65:109-13. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(95\)02315-J](https://doi.org/10.1016/0028-2243(95)02315-J)
8. Klein SM, Garcia CR. Asherman's syndrome: a critique and current review. *Fertil Steril* 1973;24:722-35. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)39918-6](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)39918-6)
9. Schlaff WD, Hurst BS. Preoperative sonographic measurement of endometrial pattern predicts outcome of surgical repair in patients with severe Asherman's syndrome. *Fertil Steril* 1995;63:410-3. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)57379-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)57379-8)
10. Shenker JG, Margalioth EJ. Intra-uterine adhesions: an updated appraisal. *Fertil Steril* 1982;37:593-610. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)46268-0](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)46268-0)
11. Myers M, Hurst S. Comprehensive management of severe Asherman syndrome and amenorrhea. *Fertility and Sterility* 2012; 97(1):160-4. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.10.036>
12. Yu DM, Wong Y-M, Cheong Y, Xia E, Li T-C. Asherman syndrome-one century later. *Fertil Steril* 2008;89:759-79. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.02.096>
13. Valle RF, Sciarra JJ. Intra-uterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment and reproductive outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1459-70. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(88\)90382-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(88)90382-1)
14. Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, et al. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000;96(2):266-70. <https://doi.org/10.1097/00006250-200008000-00021>