

Powierzchnowe pęknięcie macicy po porodzie miednicowym – opis przypadku

Uterine rupture superficial externum – a case report

Sikora-Szcześniak Dobrosława

Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Radom, Polska

Streszczenie

Przedstawiono przypadek pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego – wzdłuż lewej krawędzi macicy – z rozerwaniem blaszki tylnej więzadła szerokiego macicy. Powikłanie wystąpiło u 29 letniej pacjentki – po porodzie płodu w położeniu miednicowym; ułożeniu stópkowym – w 41 tygodniu ciąży piątej, porodu czwartego. Pacjentka nie przechodziła wcześniej operacji macicy, negowała również przebycie urazów i schorzeń zapalnych narządów płciowych.

Objawy krwawienia do jamy brzusznej i wstrząsu hipowolemicznego wystąpiły we wczesnym okresie poporodowym. Operowana w trybie nagłym – w zespole ginekologiczno-chirurgicznym; wykonano okołoporodowe usunięcie macicy bez przydatków.

Okres pooperacyjny powikłany zakrzepowym zapaleniem żył powierzchownych podudzia lewego. Pacjentka została wypisana z Oddziału w 24 dobie po porodzie i operacji ze zdrowym noworodkiem.

Słowa kluczowe: **pęknięcie macicy / poród / okołoporodowe wycięcie macicy /**

Abstract

The article presents a case of external superficial rupture of the uterus – along the left lateral margin – with ruptured posterior lamina of the broad uterine ligament. The complication developed in a 29-year-old patient – following delivery from breech fetal presentation with footling, in 41 hbd, 4th delivery.

The patient had no history of any uterine operations, reported no injury to the uterus or inflammations of her sex organs. The symptoms of bleeding into the abdominal cavity and hypovolemic shock developed during early postpartum period. The operation was performed on an emergency basis: postpartum hysterectomy without adnexa was performed.

Postoperative course was complicated, the patient developed superficial thrombophlebitis in the left leg. The patient and her healthy baby were released home on 24th day following the delivery and operation.

Key words: **uterine rupture / delivery / obsteric / hysterectomy /**

Adres do korespondencji:

Dobrosława L. Sikora-Szcześniak
Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego
Polska, 26-610 Radom, ul. Narutowicza 20
tel. (48) 361 51 23, fax (48) 361 52 33
e-mail: dosiass@wp.pl

Otrzymano: 27.10.2011
Zaakceptowano do druku: 20.04.2012

Wstęp

Pęknięciem macicy nazywamy przerwanie ciągłości ścian macicy oraz otrzewnej pokrywającej macicę podczas ciąży, porodu i połogu [1, 2].

Częstość pęknięcia macicy – rzadkiego i groźnego powikłania – określana jest 1/ 8 000-15 000 ciąż [3, 4, 5].

Pod względem klinicznym wyróżnia się:

- pęknięcia macicy typowe; powstające w dolnym odcinku macicy na tle niestosunku porodowego,
- pęknięcia macicy nietypowe; powstające przeważnie w trzonie macicy, nie dające objawów zagrażającego pęknięcia macicy.

Pod względem anatomopatologicznym dzielimy pęknięcia macicy na zupełne (*ruptura uteri completa*), gdy uszkodzeniu ulegają wszystkie warstwy ściany macicy, i pęknięcia niezupełne - pozaotrzewnowe (*ruptura uteri incompleta – extraperitonealis*), gdy otrzewna pozostaje nie uszkodzona.

Odróżniane są również pęknięcia macicy powierzchowne zewnętrzne i wewnętrzne (*ruptura uteri superficialis externa et ruptura superficialis interna*). Definiowane są one jako szczelinowate pęknięcia otrzewnej lub błony śluzowej macicy wraz z niegłębką warstwą mięśnia macicy.

Miejsce pęknięcia ściany macicy zależy od czynnika etiologicznego. W typowych pęknięciach najczęściej dochodzi do niego w dolnym odcinku, na przedniej ścianie lub z tyłu macicy, rzadko na bocznej ścianie między blaszkami więzadła szerokiego.

Czynnikami predysponującymi do powstania pęknięcia macicy są blizny powstałe z powodu zabiegów operacyjnych lub uszkodzeń macicy, wady rozwojowe macicy, niewspółmierność porodowa oraz nieprawidłowe położenie i ułożenie płodu a także urazy w trakcie zabiegów położniczych. Zła rozciągliwość otrzewnej pokrywającej ściany macicy, z powodu przebytych stanów zapalnych, wymieniana jest również jako przyczyna pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego [1, 2].

Samoistne pęknięcie macicy w czasie ciąży występuje bardzo rzadko, także przypadki samoistnego pęknięcia macicy bez uprzednio przeprowadzanych zabiegów na mięśniu macicy spotyka się niezwykle rzadko [2, 6, 7, 8, 9].

Objawami zagrażającego typowego pęknięcia macicy w czasie porodu są między innymi narastający ból okolicy dolnego odcinka macicy, przyspieszenie czynności serca rodzącej, przemieszczenie się i skośny przebieg pierścienia granicznego do pępka, a nawet powyżej oraz brak pełnego rozluźnienia macicy w przerwie międzyskurczowej.

W obrazie klinicznym dokonano typowego pęknięcia macicy dominują objawy wstrząsu urazowego i pokrwotocznego, natomiast w jamie brzusznej wyczuwa się przez powłoki dwa guzy: - jeden to macica, drugi to płód. Nasilenie krwawienia z macicy zależy od umiejscowienia pęknięcia.

Pęknięcia nietypowe macicy nie dają objawów zagrażającego pęknięcia macicy, natomiast dają objawy kliniczne dokonane pęknięcia macicy.

Dzięki wprowadzeniu śródpodrodowego monitorowania płodu ustalono, że najczęściej stwierdzanym objawem pęknięcia macicy są zaburzenia rytmu serca płodu [1, 2].

Objawy niepełnościennego pęknięcia macicy mogą być bardzo różnorodne. Związane to jest z tym czy powikłanie to nastąpiło i zostało stwierdzone w czasie trwania ciąży, w czasie

porodu, bądź po porodzie. Także z rodzajem (powierzchnowe wewnętrzne lub zewnętrzne) i lokalizacją pęknięcia.

W przypadku pęknięcia macicy powierzchownego wewnętrznego – gdzie dochodzi do szczelinowatych uszkodzeń błony śluzowej i mięśnia macicy – następuje również rozerwanie naczyń żylnych. W czasie czynności skurczowej – szczególnie przy porodach indukowanych oxytocyną – generowany w czasie skurczów macicy gradient ciśnienia wtłacza płyn owodniowy do żył macicznych doprowadzając do zatoru płynem owodniowym. Wg Przytuły sytuacja taka ma miejsce w każdym przypadku zatoru płynem owodniowym [1].

Tak więc w przypadku pęknięcia macicy powierzchownego wewnętrznego dominować będą objawy związane z tą patologią (duszność, sinica, hipoksemia, hipotensja tętnicza, utrata przytomności) i jako późniejszy objaw skaza krwotoczna [1, 10].

Pęknięciu macicy powierzchownemu zewnętrznemu w czasie ciąży – podobnie jak urazom innych narządów jamy brzusznej – towarzyszy narastający ból. Początkowo w podbrzuszu, w miarę przedłużania się krwawienia o charakterze rozlanym. W przypadku gdy krwawienie ma miejsce do przymacicz nasilenie bólu uniemożliwia jakiegokolwiek poruszanie się chorej i przyjmuje ona pozycję wymuszoną. W tym rodzaju pęknięcia krwawienie z kanału rodnego – po odbytu porodzie – nie jest duże, a gdy ma miejsce w czasie ciąży w ogóle nie występuje [2, 11].

Pęknięcie macicy powierzchowne zewnętrzne - na ścianie bocznej dolnego odcinka macicy – jest szczególnym rodzajem tego pęknięcia, gdyż do pęknięcia otrzewnej dochodzi w późniejszym okresie; po wypełnieniu przymacicza krwiakiem.

Stwierdzenie w badaniu ultrasonograficznym obecności krwi w jamie otrzewnowej uzupełnia postępowanie diagnostyczne i potwierdza rozpoznanie w tym rodzaju pęknięcia macicy.

W przypadku pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego w czasie ciąży (w terminie okołoporodowym) charakterystycznym jest brak objawów zagrożenia płodu i dobry stan po urodzeniu mimo objawów rozpoczynającego się już wstrząsu hipowolemicznego chorej [11].

Nierzadko pęknięcie macicy może przebiegać bezobjawowo, a pierwsze objawy mogą wystąpić dopiero w połogu, między innymi w postaci rozpoczynającego się wstrząsu niepoddającego się typowemu leczeniu [2].

Pęknięcie macicy wymieniane jest jako jedno z częstszych wskazań do okołoporodowej histerektomii w trybie pilnym [12, 13].

W pracy przedstawiono przypadek powierzchownego zewnętrznego pęknięcia macicy w związku z przebyłym porodem płodu w położeniu miednicowym niezupełnym.

Opis przypadku

Pacjentka lat 29 w 41 tygodniu piątej ciąży, z inicjalną czynnością skurczową macicy, hospitalizowana została w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Lipsku dnia 11.07.1985 r. Stwierdzono położenie płodu miednicowe niezupełne; ułożenie stópkowe.

Wywiad położniczy:

Pierwsza miesiączka w 14 roku życia. Miesiączki regularne – co 28 dni, trwające 3-4 dni, niebolesne. Pierwsza ciąża zakończona poronieniem samoistnym, w drugim miesiącu. Rodziła 3-krotnie:

– I poród (04.09.1979 r.); S.Ż.D. masa ciała – 3850 g.

Powierzchnowe pęknięcie macicy po porodzie miednicowym – opis przypadku.

– II poród; miednicowy (03.05.1981 r.); S.Ż.D. masa ciała – 4500 g.

– III poród (21.09.1982 r.) C.Ż.D. masa ciała – 5000 g.

Poród miednicowy – w ułożeniu stópkowym – zdecydowano poprowadzić drogami naturalnymi po analizie prognostycznie istotnych czynników przy wyborze tej metody [14].

Poród – z udzieleniem pomocy ręcznej sposobem Brachta – odbył się bez powikłań w dniu 12. 07. 1985 roku, o godz. 12⁰⁵. Noworodek płci męskiej w stanie ogólnym dobrym (10 punktów w skali Apgar) o masie ciała 3850 gram i długości 55cm.

W IV okresie porodu stwierdzono u pacjentki objawy krwawienia do jamy otrzewnowej i rozpoczynającego się wstrząsu hipowolemicznego. W związku z tym pacjentka – w trybie nagłym – została zakwalifikowana do laparotomii.

Jamę brzuszną otwarto z cięcia pośrodkowego dolnego. Jama otrzewnowa wypełniona krwią płynną i skrzepami; w objętości około 2000ml. Stwierdzono: rozdarcie tylnej blaszki więzadła szerokiego macicy – po stronie lewej – od krezki jajnika do dna miednicy, pęknięcie warstwy mięśniowej ściany bocznej dolnego odcinka na długości około 3,0cm i obfite krwawienie z uszkodzonych (pękniętych) naczyń krwionośnych w tej okolicy. Pęknięcia błony śluzowej w miejscu pęknięcia warstwy mięśniowej nie stwierdzono.

Zdecydowano wykonać wycięcie macicy bez przydatków. Zabieg wykonano w sposób typowy. Założono drenaż okolicy zatoki Douglasa. Powłoki jamy brzusznej zrekonstruowano warstwowo. W czasie i po zabiegu operacyjnym przetoczono pacjentce 1700ml masy erytrocytarnej grupy krwi jednoimiennej i 500ml krwi pełnej, osocze mrożone 2 j. W okresie okołoperacyjnym – poza płynami infuzyjnymi – stosowano: 10% Dextran 40 000, 20% Mannitol, Furosemid, zespół witamin B complex, Lacid. Okołooperacyjną antybiotykoterapię (Carbenicillina i Gentamycin) – ze względu na rozległość zabiegu – stosowano do 5 doby po operacji.

Wynik badania histopatologicznego: (W. Sz. Z. w Radomiu. Zakład Patomorfologii; nr badania:- 267401. W wycinkach z nadesłanych fragmentów macicy stwierdza się obraz: *invasio choralis superficialis*, ponadto ogniskowe wylewy krwawe w obrębie szyjki macicy.

Badania laboratoryjne (w 1 dobie po operacji):

– morfologia: Ht – 37,0%, HGB – 12,4g/dl, RBC – 3,89x10⁶/μL, WBC – 12,8x10³/μL, PLT – 158x10³/μL.

– moczu – badanie ogólne: bez składników patologicznych.

Badania laboratoryjne (w 5 dobie po operacji):

– morfologia: Ht – 32,0%, HGB – 10,0g/dl, RBC – 3,36x10⁶/μL, WBC – 10,3x10³/μL, PLT – 136x10³/μL.

– biochemia: mocznik – 18mg/dl, kreatynina 1,20mg/dl.

Z powodu zakrzepowego zapalenia żył powierzchownych podudzia lewego w okresie połogu zaszła konieczność leczenia tego powikłania i z tego powodu okres hospitalizacji przedłużył się. W leczeniu stosowano Butapirazol; supp., 10% Dextran 40 000, Glyvenol (Tribenosidum); tabl., 10% Ung. Ichtyoli.

Pacjentka wraz z dzieckiem – w stanie ogólnym dobrym – została wypisana z Oddziału w 24 dobie po porodzie i operacji.

Obecnie pacjentka cieszy się dobrym zdrowiem i jest aktywna zawodowo.

Omówienie

Pierwsze opisy pęknięcia macicy pochodzą z drugiej połowy XVIII wieku [15].

W piśmiennictwie polskim – od 1933 roku – opisano jedynie 3 przypadki powierzchownego pęknięcia macicy. Dwa, które dokonały się w czasie ciąży; powierzchowne zewnętrzne i jedno w związku z porodem (indukowanym Oxytocyną); powierzchowne wewnętrzne [1, 11].

Przytuła w swej monografii cytuje przedstawiony przez Papée opis przypadku pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego wielomiejscowego – na tylnej ścianie trzonu macicy – u pacjentki będącej w 5-miesięcznej ciąży. Drugi opis dotyczy pęknięcia macicy powierzchownego wewnętrznego powstałego w czasie porodu indukowanego oksytocyną w czasie, którego doszło do zatoru płynem owodniowym.

Autor pracy podobnie jak i autorzy innych opisanych przypadków sądzą, że tego rodzaju patologia jest rzadko rozpoznawana [1, 11].

Celem identyfikacji tego rodzaju pęknięć macicy wskazana jest ściślejsza współpraca lekarzy ginekologów i patomorfologów.

W latach 1985-2001 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (ordynator: dr n. med. W. Sikora) Szpitala Rejonowego w Lipsku odbyło się 14 751 porodów. Sprawdzono protokoły operacyjne i w tym 17-letnim okresie stwierdzono 1 przypadek pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego.

Pacjentka nie przechodziła żadnych zabiegów na mięśniu macicy, negowała również przebiecie urazu jamy brzusznej.

Objawy krwawienia do jamy otrzewnowej i szybko narastające objawy wstrząsu hipowolemicznego zależały oczywiście od miejsca pęknięcia i wielkości uszkodzonych naczyń po porodzie miednicowym i sugerowały rozpoznanie pęknięcia macicy.

Nieprawidłowe położenie i ułożenie płodu – co miało miejsce w prezentowanym przypadku – wymieniane jest jako jedna z bezpośrednich przyczyn pęknięcia macicy [16].

Istotną rolę odgrywają również przebyte uprzednio porody. W 94% przypadków pęknięcia występują u wieloródek, a w 6% u pierworódek. Znaczenie ma również nadmierne rozciągnięcie i zgniecenie tkanek przy poprzednich porodach szczególnie dużych płodów – skutkujące jednak powstaniem blizn oraz porody następujące szybko po sobie (= „czynnik zmęczenia”) [17].

Wymienione wyżej przyczyny pęknięć macicy należy wziąć pod uwagę w prezentowanym przypadku.

Pęknięcie ściany macicy stosunkowo rzadko następuje na bocznej ścianie między blaszkami więzadła szerokiego. Niezależnie od typu pęknięcia macicy, pęknięcie w okolicy przebiegu tętnicy i żyły macicznej stanowi szczególne zagrożenie – ze względu na nasilenie krwotoku i możliwe w krótkim czasie wykrawawienie się chorej. Ponadto szybko tworzący się krwiak penetrujący pozaotrzewnowo w kierunku nerki przedstawia szczególne trudności diagnostyczne [1, 18].

Częstość okołoporodowego wycięcia macicy – przedstawiana w piśmiennictwie światowym – wynosi około 1 na 1000 porodów [19, 20].

Okołoporodowe wycięcie macicy w Oddziale – w omawianym okresie – miało miejsce 11-krotnie (wskaźnik częstości 0,08%, tj. 0,8 na 1000 porodów). W tym 4-krotnie wystarczającym zabiegiem okazała się amputacja trzonu macicy.

Sikora-Szczęśniak D.

Przedstawiany przypadek pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego był jedynym pęknięciem macicy, będącym przyczyną histerektonii okołoporodowej. Stanowi to odsetek 9% wśród przyczyn histerektonii okołoporodowej i jest niższy od cytowanego przez innych autorów (23–49%), obserwowany jednak przede wszystkim w krajach rozwijających się [19, 21, 22].

Leczenie pęknięcia macicy – niezależnie od rodzaju – jest zawsze operacyjne. Przedstawione w piśmiennictwie dwa przypadki pęknięcia macicy powierzchownego zewnętrznego w ciąży leczone były również operacyjnie. Jeden dotyczył pacjentki będącej w 5-miesięcznej ciąży, u której wykonano usunięcie macicy. W drugim przypadku powikłanie to wystąpiło u pacjentki będącej w 36 tyg. pierwszej ciąży. Po wykonaniu cięcia cesarskiego zaopatrzone miejsce pęknięcia macicy i macicę udało się zachować [1, 11]. Ocalenie macicy przez zastosowanie operacji zachowawczej, gdy kobieta nie posiada potomstwa lub pragnie mieć więcej dzieci, jest możliwe jeśli istnieją ku temu warunki techniczne. Rozległe krwaki do przymacicz lub pęknięcie naczyń macicznych często nie pozwalają na opanowanie krwawienia bez jednoczesnego całkowitego wycięcia macicy [11, 16].

Poza leczeniem operacyjnym konieczne jest przetaczanie preparatów krwi przed, w czasie i po operacji oraz stosowanie antybiotyków w dużych dawkach.

Rekomendowane w tego rodzaju patologii zasady postępowania zostały spełnione – w prezentowanym przypadku – na każdym etapie postępowania przed- śród- i pooperacyjnego. Dlatego postępowanie lecznicze, w tym groźnym dla zdrowia i życia pacjentki schorzeniu zakończyło się sukcesem.

Należy jednak podkreślić, że prawie w każdym przypadku decyzja o usunięciu macicy w okresie okołoporodowym jak również w związku z różnego rodzaju patologią w okresie ciąży i porodu jest niezwykle trudna. Podjęcie wszystkich procedur dla uniknięcia tego zabiegu zależy od konkretnej sytuacji w jakiej ma miejsce poród i możliwości ich wdrożenia w danym oddziale szpitalnym.

Wniosek

W przypadkach porodów dużych płodów następujących po sobie w krótkich odstępach czasowych, szczególnie w porodach miednicowych, należy pamiętać i liczyć się z możliwością wystąpienia pęknięcia macicy.

- Abel W, Gizewski A, Marzjan H, Mikołajczyk W. Spontaneous rupture of the uterine tein in the 33d week of pregnancy. *Ginekol Pol.* 1988, 59, 591-593.
- Dudkiewicz D, Poręba R, Gwara W, Sipiński A. Spontaneous uterine rupture in the 18th week of pregnancy. *Ginekol Pol.* 1988, 59, 508-511.
- Ozeraitye A, Lauszus F, Chritensen H. Uterine rupture in a primigravid woman at 31st gestational week. *Ugeskr Laeger.* 2009, 16, 171, 621.
- Weltz V. Spontaneous rupture of uteroovarian veins in 3rd trimester. *Ugeskr Laeger.* 2008, 18, 170, 2584.
- Kruszyński Z. Zator płynem owodniowym. W: Ciąża wysokiego ryzyka. Red. Bręborowicz G. Poznań: *Ośrodek Wydawnictw Naukowych*, 2010, 579-584.
- Sikora W, Michalak Z, Sikora-Szczęśniak D. Pęknięcie macicy niepełnościennne – opis przypadku. *Ginekol Pol.* 2010, 81, 303-304.
- Glaze S, Ekwalinga P, Roberts G, [et al.]. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol.* 2008, 111, 732-738.
- Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S, Kudo R. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynaecol Res.* 2000, 26, 341-345.
- Marianowski L, Słomko Z. Poród patologiczny. Poród w położeniu miednicowym. W: *Położnictwo*. Red. Klimek R. Warszawa: *PZWL*, 1988, 513-519.
- Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Pęknięcie macicy. Wrocław: *Volumed*, 2000, 271-278.
- Kretowicz J, Pisarski T, Słomko Z, [i wsp.]. Patologia ciąży. W: *Położnictwo*. Red. Klimek R. Warszawa: *PZWL*, 1988, 230-453.
- Pschyrembel W. Pęknięcie macicy. W: *Praktyczne położnictwo*. Warszawa: *PZWL*, 1974, 550-562.
- Słomko Z, Bręborowicz G. Okoloporodowe uszkodzenie dróg rodnych. W: *Krwotoki w położnictwie*. Warszawa: *PZWL*, 1990, 112-126.
- Rahman J, Al-Ali M, Qutub H, [et al.]. Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review. *J Obstet Gynaecol.* 2008, 28, 69-72.
- Knight M, Kurinczuk J, Spark P, [et al.]. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008, 111, 97-105.
- Kwame-Aryee R, Kwakye A, Seffah J. Peripartum hysterectomies at the korle-bu teaching hospital: a review of 182 consecutive cases. *Ghana Med. J.* 2007, 41, 133-138.
- Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet.* 2006, 274, 84-87.

Piśmiennictwo

- Przytuła P. Pęknięcie macicy i szyjki macicy. W: *Krwotoki w położnictwie i ich leczenie*. Warszawa: *PZWL*, 1972, 115-127.
- Bręborowicz G, Słomko Z. Okoloporodowe uszkodzenie dróg rodnych. Pęknięcie macicy. W: *Ciąża wysokiego ryzyka*. Red. Bręborowicz G. Poznań: *Ośrodek Wydawnictw Naukowych*, 2010, 485-489.
- Turner M. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002, 16, 69-79.
- Banaszczyk R, Radwan J, Wójcik D, [i wsp.]. Pęknięcie macicy w II trymestrze ciąży po pozaustrojowym zapłodnieniu-opis przypadku. *Adv Clin Exp Med.* 2005, 14, 5, 1121-1124.
- Kieser K, Baskett T. A 10-year population-based study of uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2002, 100, 749-753.