

Uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy

Akylbek Tusupkaliyev¹, Svetlana Tuitebayeva¹, Abai Nurken¹, Zhanargul Eshimbayeva¹, Leila Sarsembayeva¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Received: 31-01-2017

Accepted: 04-03-2017

UDC: 618.5-06

J Clin Med Kaz 2017; 1(43):56-58

Автор для корреспонденции: Туйтебаева С.Б., Западно-Казакстанский государственный университет имени Марата Оспанова, Областной перинатальный центр, кафедра акушерства и гинекологии №2. Адрес: 030002, улица Алтынсарина 3А, Актобе, Казахстан. Телефон: +7 (474) 605-79-62 E-mail: Tuitebaeva_lana@mail.ru

Abstract

Hysteromyoma is one of the most common gynecological disease that occupies an important place among the pathologies of the reproductive system. One of the main objectives of conservative surgery is to preserve the reproductive function. Long-term consequences of the removal of myoma needs to be assessed in relation to pregnancy and childbirth. In classic case complications of uterine rupture disruption is internal bleeding and antenatal fetal death. We found a uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy scar accompanied by bleeding and impaired fetal life. Description of the case, we would like to note to the possibility of uterine rupture disruption during pregnancy in women after conservative myomectomy by laparoscopic access, more careful outpatient observation and individual approach to the issue of the timing of delivery.

Keywords: hysteromyoma - laparoscopic myomectomy - uterine rupture - pregnancy - reproductive function

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ МИОМЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ ЖАТЫРДЫҢ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ЖЫРТЫЛЫСЫ

Туһупқалиев А.Б.¹, Туйтебаева С.Б.¹, Нуркен А.¹, Ешимбаева Ж.Т.¹, Сарсембаева Л.К.¹

¹Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, №2 акушерлік және гинекология кафедрасы, Ақтобе, Қазақстан

ТҰЖЫРЫМДАМА

Жатыр миомасы - әйел репродуктивті жүйісінің патологиялары арасындағы белді орын алатын, гинекологиялық патологиялар арасында кең таралған аурулардың бірі. Мүшесәқтаушы оталардың негізгі міндеті - репродуктивті қызметті сақтау. Миоматозды түйіндерді алып тастаудың келешек жүктілік барысы мен босануға тигізетін кеш әсерін жүйелеу мен баға беруді қажет етеді. Әдетте жатыр жыртылысы ішкі қанкету мен, ұрықтың антенаталды өліміне алып келеді. Біз жүктілік кезіндегі қан кету және ұрық жағдайының нашарлауымен асқынған жатырдың лапаротомиялық миомэктомиядан кейінгі тыртық бойымен жыртылысын бақыладық. Бұл клиникалық жағдайды сипаттау барысында біз жүктілік кезіндегі лапароскопиялық консервативті миомэктомиядан кейінгі тыртық бойымен жатыр жыртылысы болуы мүмкіндігіне, сонымен қатар мұндай әйелдер мұқият амбулаторлы бақылау мен босану мерзімін анықтау сұрақтарын жеке тарапта шешуді қажет ететінділігіне назар аудартқымыз келеді.

Маңызды сөздер: Жатыр миомасы - лапароскопиялық миомэктомия - жатыр жыртылысы - жүктілік - репродуктивті функциясы

РАЗРЫВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

Туһупқалиев А.Б.¹, Туйтебаева С.Б.¹, Нуркен А.¹, Ешимбаева Ж.Т.¹, Сарсембаева Л.К.¹

¹Западно-Казакстанский государственный университет имени Марата Оспанова, кафедра акушерства и гинекологии №2, Ақтобе, Қазақстан

РЕЗЮМЕ

Миома матки - это одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, занимающее значительное место среди патологий репродуктивной системы. Одной из основных задач органосохраняющих операций является сохранение репродуктивной функции и отдаленные последствия удаления миоматозных узлов в отношении течения беременности и родов нуждаются в систематизации и оценке. В классическом случае осложнениями разрыва являются внутреннее кровотечение и антенатальная смерть плода. Мы наблюдали разрыв матки во время беременности по рубцу после лапароскопической миомэктомии, сопровождавшийся кровотечением и нарушением жизнедеятельности плода. Описанием данного случая мы хотим обратить внимание на возможность разрыва матки во время беременности у женщин после консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом, более тщательном амбулаторном наблюдении и индивидуального подхода в вопросе сроков родоразрешения.

Ключевые слова: миома матки - лапароскопическая миомэктомия - разрыв матки - беременность - репродуктивная функция

Введение

Миома матки - это одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, занимающее значительное место среди патологий репродуктивной системы. Существующие методы консервативной терапии больных миомой матки очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом 60,9-95,3% всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции - ампутацию или экстирпацию матки [1].

В литературе давно идет бурная дискуссия о преимуществах консервативной миомэктомии [2-5]. Cobellis L. и соавторы, делает заключение об отсутствии существенных различий при сравнении интрамурального рубца после лапароскопической и лапаротомической миомэктомии [6]. Имеются данные об отсутствии случаев несостоятельности швов и разрывов матки при беременности у женщин с рубцом миометрия после лапароскопической миомэктомии [7].

Поскольку одной из основных задач органосохраняющих операций является сохранение репродуктивной функции, то отдаленные последствия удаления миоматозных узлов в отношении течения беременности и родов нуждаются в систематизации и оценке. В классическом случае осложнениями полного разрыва являются внутреннее кровотечение и антенатальная смерть плода. Мы наблюдали полный разрыв матки во время беременности по рубцу после лапароскопической миомэктомии, сопровождавшийся кровотечением и нарушением жизнедеятельности плода.

Описание случая

Беременная А., 32 лет, история родов № 8541, поступила в ОПЦ г. Актобе 19.10.16 г. с диагнозом «Беременность 36 недель. Рубец на матке. I период родов». Жалобы при поступлении: на незначительную болезненность в эпигастральной области, которую связывает с шевелением плода и отмечает в последние 2-3 дня, слабость. Осмотрена старшими товарищами, учитывая рубец на матке, I период родов, желание женщины решено родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Из анамнеза жизни: Болезнь Боткина, туберкулез, кожно-венерические заболевания отрицает. 2014 – аппендэктомия

Гинекологические заболевания: Бесплодие I неясного генеза (проходила обследование, лечение, 1 беременность после ЭКО).

Акушерский анамнез: Настоящая беременность - вторая, наступившая самостоятельно. В 2011 году с целью подготовки к ЭКО произведены - лапароскопическая консервативная миомэктомия (интерстициально-субсерозный узел размером 3×4 см в дне матки). Ложе миоматозного узла, расположенного в области дна матки, ушито отдельными швами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заключение гистологического исследования: лейомиома, киста желтого тела с кровоизлияниями, мелкие фолликулярные кисты и белые атретические тела.

В 2012 году произведены гидросальпингография и в 2013 году - гистероскопия. В 2015 г. - срочные оперативные роды после ЭКО, в 3900,0, жив, без осложнений. Во время

данной беременности аппендэктомия. По поводу данной беременности состояла на учете с 7 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени - получала амбулаторное лечение. В сроке 29 недель 4 дня получала лечение в стационаре по поводу угрозы прерывания беременности.

19.10.16 г. прошла УЗИ, заключение: убедительных данных за ПОНРП на момент исследования не выявлено. Жидкостное образование в брюшной полости, возможно киста левого яичника. Со слов женщины врач-узи рекомендовала консультацию гинеколога.

При поступлении: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык чистый, обложен белым налетом. Артериальное давление 120/80 мм рт ст. Пульс 78 уд в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Акушерский статус: Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в форме продольного овоида. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд в минуту. Матка в нормальном тонусе, при пальпации безболезненна. При глубокой пальпации незначительная болезненность в эпигастральной области. Пальпация по рубцу и в нижнем сегменте безболезненна.

PV: Влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3,0 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка над входом в малый таз. Кости таза без деформаций, мыс не достижим.

Выставлен диагноз: Беременность 36 недель. Рубец на матке. I период родов.

План ведения: учитывая рубец на матке, I период родов, данные анамнеза решено родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Согласие получено.

Обследовалась:

ОАК от 19.10.16 г.: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3,0, цв п. 0,82, тромбоциты 354,0, лейкоциты 15,0, сверт. крови 4 мин, длит 60 сек, п/я 6%, с/я 76%, м 4, л 14, СОЭ 52 мм/ч.

ОАК от 20.10.16 г. Нв-90 г/л, эр-3,0*10¹²/л, тромб 294,0х10⁹/л, Л-16,6*10⁹/л, СОЭ -63 мм/ч, гематокрит 30%, свертываемость крови по Сухареву 5 мин, длительность крови по Дукке 60 сек.

Коагулограмма от 19.01.16 г. 12:00: АЧТВ 20,5 с, ПТИ 122 %, фибриноген 10,6 с, тромботест ст., этаноловый тест – отр., МНО 0,92.

Коагулограмма от 19.10.16 г. 18:00: АЧТВ 22,0 с, ПТИ 70 %, фибриноген 2,6 с, тромботест 5 ст., этаноловый тест – отр., МНО 1,20.

Коагулограмма от 20.10.16 г. 06:00: АЧТВ 20,6 с, ПТИ 78,0 %, ПТВ 13,1, фибриноген 2,7 с, тромботест 5 ст., этаноловый тест – отр., МНО 1,13.

Биохимические анализы крови от 19.10.16 г. 11:00: Общий белок 61 г/л, креатинин 67,0 ммоль/л, общий билирубин 6,4 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, АСТ 33 мккат/л, АЛТ 12 мккат/л, остаточный азот – 10,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л, калий 3,7 ммоль/л, Натрий 138,0 ммоль/л, хлориды 105 ммоль/л, ЩФ 93 ед/л, СРБ 10,0.

Биохимические анализы крови от 20.10.16 г. 06:00:

Общий белок 55 г/л, креатинин 80,0 ммоль/л, общий билирубин ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, АСТ 33 мккат/л, АЛТ 12 мккат/л, остаточный азот – 10,2 ммоль/л, мочевина 3,4 ммоль/л, калий 3,7 ммоль/л, Натрий 138,0 ммоль/л, хлориды 105 ммоль/л, ЩФ 93 ед/л, СРБ 10,0.

Произведена лапаротомия по Джоел-Кохену. При вскрытии брюшной полости отмечается кровь со сгустками в количестве 1000,0 мл. При осмотре матки - в области дна, на всем протяжении отмечается поперечный дефект, в который предлежит плацентарная ткань. Плацентарная ткань была удалена путем потягивания за пуповину. На 2 минуту за головку извлечен живой незрелый ребенок, массой 2460,0 длиной 45 см, передан неонатологу. Дефект в области дна матки восстановлен двурядным узловым викриловым швом. В средней трети шва отмечается кровоточивость тканей - наложены дополнительные гемостатические швы. Матка сократилась, плотная. Далее операция без технических затруднений. Общая кровопотеря 1500,0 мл. Учитывая кровопотерю была произведена гемотранфузия.

Течение послеоперационного периода гладкое. Выписана на 9 сутки в удовлетворительном состоянии с ребенком.

Заключительный диагноз: Преждевременные оперативные роды в сроке 36 недель. Рубец на матке. Разрыв матки (в области дна). Кровотечение. Гемотранфузия.

Обсуждение

Разрыв матки в области дна в третьем триместре беременности произошел вследствие расхождения рубца после лапароскопической миомэктомии. В описанном случае, на наш взгляд, заслуживают особого внимания и обсуждения несколько моментов.

Из анамнеза, касающегося последних дней беременности, трудно диагностировать угрозу разрыва или же сам разрыв матки. Женщина на момент осмотра при поступлении предъявляла жалобы лишь на незначительную болезненность в эпигастральной области, которую сама связывала с шевелением плода. Общее состояние женщины не страдало, нарушений в лабораторных данных не было. Причиной болей при глубокой пальпации в эпигастральной области, по всей видимости, была реакция брюшины или желудка на контакт с ними двигающихся конечностей плода при выходе их за пределы полости матки.

Литература

1. Strizhakov A.N., Davyidov A.I., Pashkov V.M. Organ sberegayuschee hirurgicheskoe lechenie dobrokachestvennyih zabolovaniy matki (The organ that conserves the surgical treatment of benign uterine diseases). *Voprosy akusherstva, ginekologii i perinatologii*. 2003; 2(3):5-9.
2. Campo S, Campo V, Gambadauro P. Reproductive outcome before and after laparoscopic or abdominal myomectomy for subserous or intramural myomas. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2003; 110(2):215-9.
3. Darai E, Dechaud H, Benifla JL, Renolleau C, Panel P, Madelenat P. Fertility after laparoscopic myomectomy: preliminary results. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1997;12(9):1931-4.
4. Di Gregorio A, Maccario S, Raspollini M. The role of laparoscopic myomectomy in women of reproductive age. *Reproductive biomedicine online*. 2002;4:55-8.
5. Dubuisson JB, Fauconnier A, Babaki-Fard K, Chapron C. Laparoscopic myomectomy: a current view. *Human reproduction update*. 2000;6(6):588-94.
6. Cobellis L, Pecori E, Cobellis G. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2004;84(1):87-8.
7. Altgassen C, Kuss S, Berger U, Löning M, Diedrich K, Schneider A. Complications in laparoscopic myomectomy. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*. 2006;20(4):614-8.

How to cite this article: Tusupkaliyev A, Tuitebayeva S, Nurken A, Eshimbayeva Z, Sarsembayeva L. Uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy [in Russian]. *J Clin Med Kaz* 2017;1(43):56-58