

Bir olgu nedeniyle servikal atrezilerin tedavisi

Dr. Mustafa KIR, Dr. Cazip ÜSTÜN, Dr. Arif KÖKÇÜ,
Dr. Şükrü ÇOKŞENİM

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı

✓ Servikal atrezi son derece nadir bir müllerian anomalidir. Bu anomali sıklıkla kısmi veya tam vaginal agenezis ile birlikte. Servikal atrezili olguların fonksiyonel olarak tedavisi çok güçtür. Bu makalemizde pür servikal atrezili bir olgu sunduk ve konuya ilişkin güncel literatürü inceledik.

Anahtar Kelimeler: Konjenital, serviks, atrezi.

✓ The treatment of the cervical atresia: a case report. Atresia of the uterine cervix is a relatively infrequent müllerian anomaly. When this anomaly does occur, it is often in association with absence of a portion or all of the vagina. Functional treatment of the patients with cervical atresia is very difficult. In this paper, we presented a case with pure cervical atresia and reviewed the relevant literature related to the treatment of the cervical atresia.

Key words: Congenital, cervix, atresia.

Fallop tüpleri, uterus, serviks ve vaginanın yukarı 2/3 kısmı Müller kanalından gelişir. Müller kanalının gelişimindeki herhangi bir bozukluk veya duraklama, genital organların oluşumunda ve gelişiminde çeşitli bozukluklara neden olur. Kadınlarda genital organ gelişme anomalileri 1/1500-2000 oranında görülür^(1,2). Bu anomaliler asemptomatik olabileceği gibi amenore, dismenore, infertilite ve sıklıkla ağrı gibi semptomlarla karşımıza çıkabilir. Genellikle kromozomal bozukluğun görülmediği Müllerian anomalilerde, eğer anomali servikse uyan bölümünde gelişir ise servikal atrezi veya servikal kanal yokluğu gibi anomaliler ortaya çıkar.

Son derece nadir görülen servikal atrezilerin tedavisi oldukça güçtür ve bu olgularda fertilitate yönünden prognoz son derece kötüdür. Bu yazımızda servikal atrezili bir olgu sunduk ve bu olguların tedavisi ile ilgili literatürü gözden geçirdik.

OLGU SUNUMU

HT isimli 12 yaşındaki hasta 3 aydan beri idrar ve defekasyon yaparken ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişi önemli bir özellik yoktu. Fizik

incelemede; pelvik bölgede mobil kitle ve suprapubik bölgede duyarlılık mevcuttu. Rektal tuşede uterus 6 haftalık gebelik cesametinde idi. Genital incelemede; dış genital organlar normal görünümde, hymen annüller yapıda ve histerometri ile yapılan ölçümde vajen uzunluğu 6 cm. idi. Pelvik ultrasonografide uterus 6 haftalık gebelik cesametinde, uterin kavite sıvı yoğunluğunda materyal ile dolu idi, serviks gözlenmiyordu. İVP de sağ böbrek kaliksiyel yapıları ve sağ üreterde minimal dilatasyon saptandı. Hastaya hematometra ön tanısı ile laparotomi uygulandı. Laparatomide uterus 6 haftalık gebelik cesametinde, yuvarlak bir görünümde, yumuşak kıvamda idi. Over ve tüplerin görünümü normaldi. Douglas ve vezikouterin bileşkeden karşılıklı yapılan palpasyonda serviks palpe edilemiyordu. Vezikouterin bileşkede periton insize edilerek vajen apeksi ile uterus arasından arkada douglas peritonuna kadar erişildi. Bu şekilde hem ultrasonografi, hem palpasyon hem de inspeksiyon ile serviksin mevcut olmadığı doğrulandı. Fundus ön yüzünden 2 cm'lik vertikal bir insizyonla uterin kaviteye girildi ve kaviteyi dolduran kan aspire edildi. Kavite içinden yapılan incelemede de

servikal kanal mevcut olmadığı görüldü. Bunun üzerine hymen insize edilerek vajene spekulum yerleştirildi. Vajenin kör bir şekilde sonlandırıldığı görüldü. Vajinal kanal apeksinden transvers bir insizyon yapılarak uterus duvarına erişildi. Uterus duvarı da insize edilerek uterovajinal kanal oluşturuldu. Bu kanaldan uterin kavite içine foley katater yerleştirilerek balonu 3 cc şişirildi. Postoperatif 1. günden itibaren siklik tedavi (cycloprogynova) başlandı. Katater postoperatif 14. günde çekildi ve 17. günde hasta taburcu edildi. Taburcu edildikten 6 hafta sonra adet görmeme şikayeti ile tekrar yatırıldı. Uterovajinal kanalın dilate edilememesi üzerine tekrar laparotomi yapıldı. Laparatomide uterus 6 haftalık cesamette, bilateral hematosalpinks mevcut ve sağ overde endometriozis odakları mevcuttu. Total abdominal histerektomi + sol salpingooferektomi + sağ salpenjektomi yapıldı. Postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Serviksin obstrüktif konjenital anomalileri 3 şekilde görülür. İlk tipte total servikal atrezi vardır, dar bir uterin alt segment mevcut olup segment giderek incilir ve vagina apeksi ile birleşir. İkinci tipte total servikal atrezi vardır. Vagina apeksinde fibröz bir doku içinde yer yer endoservikal tipte doku inklüzyonları görülür. Üçüncü tipte servikal stroma mevcuttur, ancak endoservikal kanal total olarak atreziktir (1). Uterovajinal kanal oluşturulması esnasında histolojik çalışma yapılmadığından olgumuzdaki atrezi tipi tam olarak belirlenmemiştir.

Fonksiyonel uterus ile birlikte olan kısmı veya tam servikal atrezi oldukça nadir bir durum olmasına karşılık çok problemlili bir klinik durumdur. Servikal atrezili olguların %55'inde aynı zamanda vajinal atrezi mevcuttur. Literatürde rapor edilmiş olan pür servikal atrezili olgu son derece nadirdir. 1991 yılına kadar toplam 19 olguda pür servikal atrezi, 16 olguda ise servikal ve vaginal atrezi birlikte rapor edilmiştir (1,2).

Tedavi yöntemi tartışmalı olmakla birlikte obstrüktif servikal anomalilerde tedavi prensipleri şu şekilde özetlenebilir. 1) Tıkanma semptomlarını gidermek için uterus ile vagina arasında kanal oluşturulması (utero-vajinal fistül oluşturulması), 2) Amenoreye bağlı anksietenin giderilmesi, 3) Reprodüktif potansiyelin sağlanması. Reprodüktif fonksiyon yönünden özellikle servikal stroma ve epitelin saptandığı parsiyel servikal atrezili olanlar daha avantajlıdır (3,4). Tam servikal atrezilerde uterovajinal fistül oluşturulması şeklinde uygulanan tedavide prognoz son derecede kötüdür. Başarısızlıklar; postoperatif komplikasyonların ortaya çıkması, kısa zamanda tekrar stenoz oluşması, reoperasyona gereksinim duyulması ve fertilitenin görülme-yişidir. Bu ameliyat sonucunda morbidite oldukça yüksek olup reoperasyon çoğunlukla histerektomi ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle özellikle vaginal atrezinin de birlikte bulunduğu olgularda ilk işlem olarak histerektomi önerilmektedir (5,6). Bizim olgumuzda da oluşturulan uterovajinal kanal postoperatif dönemde kısa sürede obstrükte olmuş ve reoperasyonda histerektomi yapılmak zorunda kalmıştır.

Servikal atrezili olgulara uygulanan ameliyat sonucu sadece iki olguda gebelik elde edilebildiği rapor edilmektedir (1,2). Diğer olguların hemen hepsinde özellikle restenoz ve enfeksiyona bağlı histerektomi yapılması zorunluluğu doğmuştur. Uterovajinal kanal oluşturulması operasyonunun, operasyon esnasında servikal stroma ve servikal epitel mevcut olan olgulara uygulanması, mevcut olmayanlarda ise primer olarak histerektomi yapılması önerilmektedir (7).

Reprodüktif fonksiyonun sağlanması yönünden, günümüzde bu tür konjenital anomalilerin tedavisi için tatmin edici bir yöntem mevcut değildir.

Geliş Tarihi: 8.2.1993

Yayına Kabul Tarihi: 12.10.1993

KAYNAKLAR

1. Rock JA. Surgery for anomalies of the Müllerian ducts In Thompson JD. Rock JA (ed). Te Linde's Operative Gynecology. (7 th ed). Philadelphia, Lippincott Company, 1992; 603-646.

2. Zarau GS. Eposito JM. Pregnancy following the surgical correction of congenital atresia of the cervix. Int J Gynecol Obstet 1985; 66: 290-94.

3. Farber M. Marchant DJ. Reconstructive surgery for congenital atresia of the uterine cervix. Fertil Steril 1976; 27: 1277-82.

4. Rock JA. Schlaff WD. The clinical management of congenital absence of the uterine cervix. Int J Gynecol Obstet 1984; 22: 231-35.

5. Dillon WP. Mudaliar NA. Wingate NB. Congenital atresia of the cervix. Obstet Gynecol 1979; 54: 126-29.

6. Thijssen R. Hallanders J. Succesfull pregnancy after ZIFT in a patient with congenital cervical atresia. Obstet Gynecol 1990; 76: 902-905.

7. Hampton H. Meeks R. Pregnancy after succesfull vagino-plasty and cervical stenting for partial atresia of cervix. Obstet Gynecol 1990; 76: 900-901.

