

Terme Ulaşan Bir Uterus Didelfis Olgusu ve Yönetimi

İsmet Gün* , Zeki Mesten**

*İstanbul Gata Haydarpaşa Eğitim Asker Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İstanbul / TÜRKİYE

** Gölçük Askeri Hastanesi

Cep: 0535 291 46 03 E-mail: drismetgun@yahoo.com

ÖZET

Gebelerde nadir görülen ve birçok obstetrik komplikasyona neden olan uterin anomalilerin erken dönemde tanısının konması önemlidir. Konjenital uterin anomalilerin gerçek insidansı tam olarak bilinmemesine rağmen, genel popülasyondaki görülme sıklığının % 0.001 ile % 10 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bunların arasında uterus didelfisinin görülme oranı % 2-8 seviyelerindedir. Bu olguda ilk trimesterden terme kadar sağlıklı bir gebelik süreci ve sağlıklı bir çocuk dünyaya getiren uterus didelfise sahip bir gebenin durumu literatür bulgularıyla birlikte değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Doğumsal anomaliler; Didelfis; Gebelik komplikasyonları

ABSTRACT

A Case Of Uterus Didelphys Reached Term and Management

A Case Of Uterus Didelphys Reached Term and Management Abstract It is important to diagnose early in gestation the uterine abnormalities which are rarely seen or may lead to several obstetrics complications. Despite the real incidence of congenital uterine abnormalities not known so well, the incidence is 0.001 % to 10 % in whole population. The incidence of uterus didelphys is estimated as 2-8 % between them. In this case, report a pregnant with uterus didelphys who had a healthy pregnancy period from first trimester till term and delivered a healthy child was evaluated together with literature knowledge.

Key words: Congenital Abnormalities; Didelphys; Pregnancy Complications

Giriş

Müllerian kanal anomalileri, genital trakt malformasyonları arasında yer almaktadır. Bunlardan biri olan uterus didelfis, müller kanallarının füzyonundaki anormallik veya septum abzorpsiyonundaki yetersizlik sonucu oluşan konjenital anomalilerin oluşturduğu heterojen bir gruptur (1). Konjenital uterin anomalilerin gerçek insidansı tam olarak bilinmemesine rağmen genel popülasyondaki görülme sıklığının % 0.001 ile % 10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (2). Müllerian kanal füzyon defekti olan hastaların fertilitate ve gebelik sonuçlarının iyi olmadığı bilinmektedir. Bu kadınların % 25'inde fertilitate problemleri görülmektedir. Buna rağmen gebelik oluşmuş ise, gebelik döneminde perinatal morbidite ve mortalite, prematürite, erken membran rüptürü, anormal fetal prezentasyon ve spontan abortus insidansı artmıştır. Fakat diğer uterin anomalilere göre uterin didelfisi olan hastalarda reproduktif

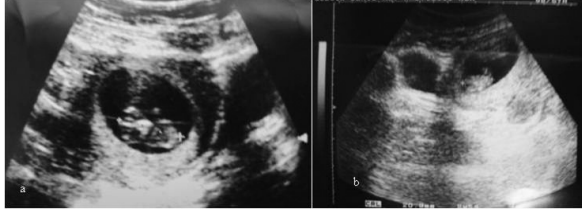
sonuçlar biraz daha iyidir (2). Gebe olunmayan dönemde ise obstrüktif vakalarda dismenore ve amenore gibi sıkıntılar olur iken nonobstrüktif vakalarda beklenenin aksine menstruasyon düzensizlikleri daha az ve dismenoreik şikâyetler şiddetli değildir. Ayrıca müllerian kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı % 20 olarak bildirilmektedir (3).

Tanı konulan müllerian kanal malformasyonlarında klinik yaklaşım, hem obstetrisyenler hem de jinekologlar için kesinlik kazanmamıştır. Bu yüzden, biz bu vakada spontan gebe kalmış, gebeliğin erken döneminde tanısı konmuş ve gebeliği terme kadar ulaşmış, ardından abdominal yolla doğumu gerçekleştirilen uterus didelfisli bir olguyu literatür eşliğinde sunmayı ve klinik yaklaşımı tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

21 yaşında, gravidası 1, paritesi 0 olan, son adet tarihi 29.12.2008 olarak tespit edilen ve idrarda yapılan gebelik testi pozitif olan hasta polikliniğimize rutin gebelik takibi için başvurdu. Yapılan abdominal ve transvajinal ultrasonografi muayenelerinde hastanın son adet tarihi ile uyumlu tek bir gebeliği olduğu, ama iki adet uterin kaviteye sahip olduğu görüldü. Sağ uterin kavitede yalnız endometrial kalınlık görülürken, sol uterin kavitede gestasyonel kese vardı (**Resim 1a ve 1b**).

Resim1: a) Sol uterin kavitede tek vital gebelik görünmektedir. Sağ üst kısımda aradaki septum belirgindir. b) Çift Uterus ve sol uterin kavitede fetüse ait net görünüm izlenmektedir.



Yapılan spekulum vajinal muayenesinde de serviksin iki adet olduğu görüldü. Vajinanın 1/3 proksimal kesiminde ince bir septum vardı. Müllerian bir anomaliye sahip olduğu için servikal yetmezlik açısından riskli kabul edilen hasta, gebeliğinin 11-14 ve 19-23. haftalarında kısa serviks açısından transvaginal ultrasonografi aracılığı ile değerlendirildi. Her iki dönemdeki servikal kanal ölçümleri 25 mm'nin üzerindeydi. Bu yüzden kısa serviks açısından servikal serklaj ya da buna yönelik bir tedavi planlanmadı. Takiben terme kadar yapılan rutin gebelik muayenelerinde herhangi bir sorun ile karşılaşılma. 38. gestasyonel haftada plasentanın grade II kalsifikasyonu, uterin anomali ve primigravid makad prezentasyon nedeniyle elektif sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. 1 ve 5. Dakika Apgar skoru 7/9 olan bebek 3450 gram erkek olarak doğurtuldu. Sezaryen esnasında yapılan intraoperatif gözlemede de uterus didelfis durumu görüldü. Sağ ve sol tuba ve overler yerinde olarak izlendi. Sol hemiuterusa inferior segment düzeyinde transvers insizyon yapılarak sezaryen operasyonu uygulandı. Disseke edilen myometriyum tabakası çift tabaka halinde vicryl ile kontinü olarak sütüre edildi. Anne ve bebek iyi olarak iki gün sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kadın genital sistemi müllerian kanal ve ürogenital sinüs orijinlidir. Müllerian kanalların füzyonundaki yetersizlik, birçok uterin malformasyonun oluşması ile sonuçlanmaktadır. Konjenital uterin anomalilerin genel popülasyondaki gerçek prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte, en sık görülen uterin anomali uterin septus (% 90) olup, bunu bikornuat uterus (% 5) ve uterus didelfis (% 2–8) izler (4,5). Müller kanalları simetrik çift yapılardır ve embriyonik gelişim esnasında orta hatta birleşerek vajinanın 2/3 üst bölümünü, uterusu, serviksi ve fallop tüplerini oluşturur. Vajinanın 1/3 alt bölümünün embriyonik orijini ise farklı olarak ürogenital sinüstdür. Kadın üreme traktının gelişimi esnasında mezonefrik kanallar migrasyona, lateral füzyona ve kanalizasyona uğrarlar. Müllerian kanallar arasındaki septum rezorbe olur. İki müllerian kanalın füzyonu ve vajinal kanalın oluşması, intrauterin 10. ve 17. haftalar arasında tamamlanmaktadır (1,2). Eğer müller kanalları birleşmeden ayrı ayrı gelişirse kendi fallop tüpü, overi, serviksi ve vajeni olan 2 ayrı hemiuterus oluşur. Ayrıca vajen üst kısmında parsiyal vajen septumu meydana gelir. Bizim vakamızda, müllerian kanalların füzyonundaki yetersizlik sonucu oluşmuş iki uterusu, iki serviksi ve longitudinal vajinal septumu olan bir uterus didelfis vakasıdır.

İlk uterus didelfis vakası tek taraflı hematomkolpos ile birlikte Wilson tarafından rapor edilmiştir (6). Bu hastaların geçmiş hikâyelerinde periyodik ağrı, dismenore, tekrarlayan abort veya infertilite gibi şikâyetler vardır. Ek olarak akut üriner retansiyon, dizuri, pollaküri gibi ürogenital şikâyetler ve rektal ağrı, konstipasyon, akut abdomen gibi gastrointestinal şikâyetlerde mevcuttur. Fakat çoğunlukla bu vakalar asemptomatik olduğu için tanısı her zaman bu şikâyetler üzerinden mümkün değildir. Özellikle komple obstrüktif bir tablo (transvers vajinal septum, imperfore hymen gibi) veya infertilite sıkıntısı olmadıkça tanısı sıklıkla gecikir. Transvajinal ultrasonografi, özellikle erken gebelikte uterin anomalilerin saptanmasında çok değerli bir görüntüleme yöntemidir. Ayrıca manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi,

histerosalpingografi ve laparoskopik görüntülenme gibi yöntemlerle de bunların tanısı konulabilir (4,5). Müllerian kanal anomalilerini değerlendirmek için noninvazif ve oldukça güvenilir bir yöntem olan manyetik rezonans görüntüleme gerek anomalinin tipini doğru tanımlamada, gerekse anomaliye sekonder gelişebilecek ilave patolojileri saptamada son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Özellikle yumuşak doku üzerinde tanı değeri çok fazladır. Vajinada veya uterusu tespit edilen bir septumun derinliği ve uzunluğunu bize gösterebilir. Aynı zamanda üriner anomalileri araştırmak içinde güvenle kullanılabilir. Bilgisayarlı tomografi’de bu tür olguların tanısında yardımcı olabilir. Fakat radyasyon yaymasından dolayı çoğunlukla bu tür olgularda tercih edilmez. Tanıda endoskopi ve laparatomisinde yeri vardır. Fakat her iki durum hem invazif hem de pahalı işlemlerdir. En büyük avantajları aynı işlem esnasında tedavi edebilme imkânına sahip olunmasıdır. Fakat her şeye rağmen gebede ilk planda tanıda en önemli araç transvajinal ultrasonografidir. Genel olarak uterus didelfis olgularında tipik ultrasonografik bulgu bilobe uterus görünümüdür. Fakat ultrasonografik olarak her zaman bu tanıyı koymak mümkün olmamıştır. Çoğu vakada tanı genellikle cerrahi bir işlem esnasında konulmaktadır. Daha çok uterus didelfis olgularında ultrasonografik tanı komplet obstrüksiyon veya erken evre gebelik döneminde koyulabilmektedir. Bizim vakamızda da erken gebelik döneminde tanı transvajinal ultrasonografi ile koyulmuştur. Resim 1a ve 1b de görüldüğü gibi 2 adet uterin kavite görülmekte ve sol uterin kavitede tek vital bir gebelik gözlenmektedir.

Ürogenital sistem ureter tomurcuğundan geliştiği için müllerian kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı % 20 olarak bildirilmiştir (3). Uterus didelfis olgularında da renal anomali insidansı yüksektir (1). Yaygın olarak kabul gören teoriye göre fetal dönemde Wolf kanalları, Müller kanallarının ortada birleşmesi için klavuz görevi üstlenirler. Eğer Wolf kanallarından biri yoksa o tarafın böbreği ve toplayıcı sistemi gelişmez. Aynı zamanda kendi tarafındaki Müller kanalına klavuzluk da yapamayacağından uterus didelfis ortaya çıkar. Bizim hastamızda ilave bir

ürogenital sistem anomalisine rastlanılmadı. Bu olgularda anomali tespiti kadar, tedavi yaklaşımlarını belirlemek açısından tiplendirmenin yapılması da büyük önem taşımaktadır. Uterus didelfis lateral füzyon defektlerinin en ucunda görünür ve uterusun komplet duplikasyonu ile sonuçlanır. Uterus didelfisin komplet formu 2 hemiuteri ve 2 endoservikal kanal ile karakterizedir. Her hemiuteri birer follap tüpü ile beraberdir. Aynı zamanda overian malpozisyon var olabilir. Vajina bu arada tek veya çift olabilir. 1988’de Amerikan Reprodüktif Tıp Derneği (American Society For Reproductive Medicine, ASRM) uterin anomalilerin klasifikasyonu için bugün kullanılan sistemi düzenledi. Bu sistemde müllerian anomaliler 7 gruba ayrılmaktadır (5);

Class-I: Bazı organların hiç olmaması (Agenezi),
 a) Vajinal agenezi,
 b) Servikal agenezi,
 c) Fundal agenezi,
 d) Tubal agenezi,
 e) Öncekileri içeren kombinasyon.

Class-II: Uterus unikornis
 a) Endometrium içeren komünike rudimente boynuzlu tip
 b) Endometrium içeren non- kommünike rudimente boynuzlu tip
 c) Endometrium içermeyen non-komünike rudimente boynuzlu tip
 d) Rudimente boynuzsuz tip

Class-III: Uterus didelfis (iki ayrı serviks ve uterus bulunmaktadır

Class-IV: Uterus bikornis
 a) İnternal osa dek tam ayrılmış tip
 b) Kımen ayrılma olan tip
 c) Arkuat uterus

Class-V: Uterus septus
 a) Komplet
 b) İnkompel

Class-VI: Uterus arkuatus

Class-VII: İn utero dietilstilbesterol kullanımı ile ilişkili anomaliler.

Uterus didelfisin asıl tedavisi metroplastidir. Hemi histerektomi, genellikle kaçınılan bir durumdur. Servikal düzeltme teknik olarak çok zordur ve böyle bir müdahale stenoza neden olabilir. Ayrıca vajinal septum çıkartıldıktan sonra da vajinal adenozis riski vardır. Ek olarak uterus didelfis olgularında minör cerrahilerde başarılı term gebelik oranları % 33–70 oranlarında raporlanmışken bu oran major operasyonlarda neredeyse % 13'lerde kalmıştır (5). Müllerian anomaliler servikal yetmezlik açısından riskli kabul edilen gebe grubundandır. Gebelikte servikal yetmezliğin değerlendirilmesinde altın standart transvajinal ultrason ile servikal kanal ölçümüdür (8). Bilinen bir gerçek kısa servikal uzunluk preterm doğumun bir habercisidir ve servikal uzunluk, erken doğumu tahmin etmede çoğu çalışmada 25mm den küçük olarak bulunmuştur (9). 15 mm ve altındaki ölçümlerde ise terapotik serklaj önerilmiştir (10,11). Fakat terapotik serklaj ile ilgili çalışmalar az ve yetersizdir. Bunlara ek olarak servikal serklaj da masum bir işlem değildir. Serklaj operasyonuna bağlı komplikasyonlar; operasyon ve anestezi riski, kanama, enfeksiyon, membran rüptürü, işlem sonrası sıkıca bağlı servikal stenoz, mesane yaralanması, doğuma bağlı servikal laserasyon ve/veya uterin rüptür ve düğüm yerinde granülasyon doku oluşumu başlıkları altında sayılabilir. Yatak istirahat'ı, pesser, servikal halkalar ve progesteron gibi cerrahi olmayan bir takım teknikler de servikal yetmezlik tedavisi amacıyla kullanılmıştır (8,11). Hangi yöntem daha etkilidir ve ne zaman yapılmalıdır? Sorularının halen tam bir cevabı yoktur. Biz vakamızda servikal yetmezlik açısından bir bulgu görmediğimiz için buna yönelik bir işlemde yapmadık.

Uterus didelfis olgularında doğum yönetimi konusunda bir fikir birliği yoktur. Vajinal doğumun daha güvenli olduğunu savunan yazarlar mevcuttur. Uterus didelfis olan kişilerde 86 gebelik sonuçlarını değerlendiren toplam 2 çalışmadan elde edilen verilere bakıldığında % 24.4 preterm doğum, % 68.6 canlı doğum, % 2–3 ektopik gebelik ve % 20,9 spontan abort oranları ile durumun hiç de obstetrik yönden iyi olmadığı görülmektedir (4). Aslında hasta terme bir gebelik taşıyabilirse, obstetrik komplikasyon oranları genellikle

minimaldir. Ayrıca uterus didelfis olgularında nadiren bilateral gebelikler de oluşabilmektedir. Bu durum, obstetrik komplikasyon oranlarını daha da artırmaktadır. Yine bilateral gebelik olan uterus didelfis olgularında da tercih edilecek doğum yöntemi hakkında fikir birliği yoktur (7). Fakat genel görüş her bir gebeliğin ayrı bir gebelikmiş gibi değerlendirilmesidir. Biz kendi vakamızda doğum şekli konusunda zorluk yaşamadık. Çünkü bizim vakamızda uterin anomaliye eşlik eden primipar makat söz konusuydu. Bu yüzden sezaryen ile doğum gerçekleştirildi ve uterus didelfis vakasına yönelik her hangi bir cerrahi işlemde bulunmadık.

Sonuç olarak reproduktif trakt anomalileri infertilite nedenleri arasında yer almakta ve/veya obstetrik komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Gebelik durumunda, uterus didelfis olgularında cerrahi her herhangi bir müdahaleden gerekmedikçe kaçınılmalı, erken doğum riski için belli aralarla transvajinal ultrason aracılığı ile servikal kısalık ölçülmelidir. Fakat servikal kısalık tanı kriterleri ve tanı durumunda yapılacak işlemler hakkında daha çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Fatum M, Rojansky N, Shushan A: Septate uterus with cervical duplication: rethinking the development of mullerian anomalies. *Gynecol Obstet Invest.* 55(3):186-88, 2003.
2. Simon C, Martinez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A: Mullerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril.* 56(6):1192-93, 1991.
3. Akar ME, Selam B, Yılmaz Z: Tek taraflı renal agenez ve obstrükte hemivajen beraberinde izlenen uterus didelfisin idrar retansiyonuna yol açması: Olgu sunumu *Türk Fertilite Dergisi.* 2005;13:70-72.
4. Narlavar RS, Chavhan GB, Bhatgadde VL, Shah JR: Twin gestation in one horn of a bicornuate uterus. *J Clin Ultrasound.* 31:167- 69, 2003.
5. Wilson JS: A case of double uterus and vagina with unilateral hematocolpos and hematometra. *J Obstet Gynecol Br Emp.* 32:127-28, 1925.

6. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. *Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography and hysterosalpingography.* Radiology 1992; 183:795-800.

7. Raga F, Bonilla-Musoles F, Osborne NG, Casan EM, Klein O and Bonilla F. *Congenital Müllerian anomalies: A review of currently available imaging modalities.* Ultrasound Rev Obstet Gynecol 2002;2:56-67.

8. Rozenberg P, Gillet A, Ville Y. *Transvaginal sonographic examination of the cervix in asymptomatic pregnant women: review of the literature.* Ultrasound Obstet Gynecol. 2002 Mar;19(3):302-311.

9. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. *Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data.* Obstet Gynecol. 2005 Jul;106(1):181-189.

10. Berghella V, Odibo AO, Tolosa JE. *Cerclage for prevention of preterm birth in women with a short cervix found on transvaginal ultrasound examination: a randomized trial.* Am J Obstet Gynecol. 2004 Oct;191(4):1311-1317.

11. Harger JH. *Cerclage and cervical insufficiency: an evidence-based analysis.* Obstet Gynecol. 2002 Dec;100(6):1313-1327.

