

Sekiz Haftalık Missed Gebeliği Olan Hastada Uterus Didelfis Varlığı: Bir Olgu Sunumu

The Presence of Uterus Didelphus in the Patient Who Has Eight Weeks Missed Abortus: A Case Report

Buğra ŞAHİN¹, Gizem CURA¹, Fatih ÇELİK¹, Banuhan ŞAHİN²

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Afyon
²Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Amasya

Öz

Mülleryan kanal anomalileri infertilite ve kötü obstetrik öykü nedenleri arasında yer almakta ve obstetrik komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Uterin anomalilerin insidansı %0.1-3.8 olarak bildirilmekle birlikte, bu anomaliler arasında uterus didelphis sıklığı %5 olarak tahmin edilmektedir. Sekiz haftalık missed gebeliği olan hastamıza dilatasyon ve küretaj yapılırken uterin kavite içerisindeki fetal materyale ulaşamaması sebebi ile aynı seansa histereskopi de uygulandı. Histereskopide uterin kavitede tek horn saptanması üzerine vajen ve serviks daha dikkatli incelendi. Sonuçta hastanın bir vajinal septumu ve çift serviksi olduğu böylece uterin didelphiye sahip olduğu saptandı. Biz burada gelişimsel uterus anomalilerinin hastalarda görülen değişik bulgularını literatür eşliğinde tartışacağız.

Anahtar Kelimeler: Histereskopi, Missed, Uterus Didelphus

Abstract

Mullerian duct anomalies are one of the causes of infertility and poor obstetric history and increase rates of obstetric complications. The incidence of uterine abnormalities is reported as 0.1-3.8%, as well as the incidence of uterus didelphis is estimated as 5% between these abnormalities. When dilation and curettage was performed to our patient who had eight weeks missed abortus, hysteroscopy was applied too in the same seance because of inability to reach the fetal material in the uterine cavity during the procedure. When a single horn was detected in the uterine cavity by hysteroscopy, the vagina and cervix were examined more carefully. Finally, it is determined that the patient had a vaginal septum and double cervix therefore; she had a uterine didelphis. Herein we will discuss the different symptoms presented with uterine congenital abnormalities in patients with literature.

Keywords: Hysteroscopy, Missed, Uterus Didelphus

Başvuru Tarihi / Received: 27.12.2017
Kabul Tarihi / Accepted : 15.02.2018

Giriş

Genitoüriner organların gelişimi embriyolojik yaşamın 6. haftasında başlar. Bu haftada oluşabilecek bir regresyonda mülleryan kanal defektleri görülebilir (1). Mülleryan kanal anomalilerinin görülme sıklığı değişik oranlarda (%0.1-3.8) bildirilmekle birlikte, bu anomaliler arasında uterus didelphis sıklığı %5 olarak tahmin edilmektedir ve infertilite nedenleri arasındadır (2). Mülleryan kanal füzyon anomalisi olan hastaların fertilitate ve gebelik sonuçlarının iyi olmadığı bilinmektedir. Spontan abortus, prematür doğum, erken membran rüptürü ve anormal fetal prezentasyon insidansı artmıştır. Fakat diğer uterin anomalilere göre uterin didelphi olan hastalarda sonuçlar biraz daha iyidir (3). Ayrıca mülleryan kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı %20 olarak bildirilmektedir (4). Menstruasyon düzensizlikleri diğer mülleryan kanal anomalilerine göre daha azdır ve beklenilen aksine dismenoreik şikâyetler şiddetli değildir. Biz bu sunumda nadir bir durum olan uterus didelphis ve gebelik birlikteliğinin değişik bulgularla özelliklerini literatür bulguları ışığında değerlendirdik.

Adres / Correspondence : Buğra Şahin
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Afyon
e-posta / e-mail : raaakun@gmail.com

Olgu

Hastamız 25 yaşında G1 son adet tarihine göre 8 hafta gebelikte kontrol amaçlı polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde fetusun crl (baş-popo mesafe)'si 7 hafta ile uyumlu; ancak fetal kalp atımı olmadığı farkına varıldı. Ayrıca kese düzensizleşmeye başlamış ve subkoryonik hematoma olduğu da saptandı. Hastanın rh uyumsuzluğu (kan uyumsuzluğu) olmadığı, yandaş hastalığı olmadığı, akraba evliliği öyküsü olmadığı ve sürekli ilaç öyküsü olmadığı bilgileri alındı. Rutinleri ve USG raporu alındı. Rutinleri normal gelen hastaya durumu hakkında bilgi verildi. D/c amaçlı servismize yatırıldı. Hasta açlık ve susuzluk süresini doldurunca sedasyon ile d/c amaçlı ameliyathaneye alındı. Ameliyathanede ilk başta USG eşliğinde d/c yapılırken USG'de kaviteye girilemediği ancak uterin rüptür de edilmediği görüldü. Hastanın arkuat uterus olabileceği düşünüldü; bu yüzden sharp küretleriyle operasyona devam edildi. Ancak ne USG'de kesenin bozulduğu ne de aspiratta fetal bir patolojik materyalin geldiği saptanmadı. Bunun üzerine hastaya histereskopi planlandı. Histereskopide uterin boşluk da kese görülemeyip tek bir uterin horn görülmesi üzerine hastanın mülleryen bir anomalisi olabileceği saptandı (Resim 1). Bunun üzerine spekulum çıkartılıp vajen dikkatli bir şekilde incelendiğinde hastanın vajinal septum ve çift serviksine sahip olduğu anlaşıldı (Resim 2 ve 3). Bunun üzerine doğru serviksten girilerek fetal kesenin yapısı bozuldu ve materyal aspire edildi

(Resim 4 ve 5). Kontrol USG'de diğer uterin kese de temiz saptandı. Ayrıca kontrol histeroskopide de her iki uterin boşluk düzenli yapıda olduğu ve her iki uterin kavitenin de tek bir horna sahip olduğu görüldü. Ayrıca uterin rüptür bulgunu da saptanmadı. Kanama kontrolü sonrası işleme son verildi. Operasyon sonrası hastaya bilgi verildi ve vajinal septumunun daha sonraki bir seansta düzeltilebileceği bilgisi verildi.



Resim 1. Tek uterin horn



Resim 2. Vajinal septum



Resim 3. Vajinal septum



Resim 4. Gestasyonel kese – sağlam olarak duruyor



Resim 5. Gestasyonel kese – bozulmuş olarak duruyor

Tartışma

Mülleryan kanallar mezodermden gelişerek fallop tüplerini, uterusu, serviksi ve vagina üst kısmını oluştururlar. Mülleryan kanalların parsiyel veya komplet birleşmemesi nedeniyle anomaliler oluşur (1). Bu anomalilerden biri de uterus didelfistir.

İki müllerian kanalın füzyonu ve vajinal kanalın oluşması, intrauterin 10. ve 17. haftalar arasında tamamlanmaktadır (5,6). Mülleryan kanalların füzyonundaki yetersizlik, birçok uterin malformasyonun oluşması ile sonuçlanmaktadır. Konjenital uterin anomalilerin genel popülasyondaki gerçek prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte (7), en sık görülen uterin anomali, uterin septus (%90) olup, bunu bikornuat uterus (%5) ve uterus didelfis (%5) izler (8).

İlk uterus didelfis olgusu tek taraflı hematokolpos ile birlikte Wilson tarafından rapor edilmiştir (9). Bu olguların geçmiş anamnezlerinde periyodik ağrı, dismenore, tekrarlayan abortus veya infertilite gibi şikâyetler mevcuttur. Fakat genellikle bu olgular asemptomatik oldukları için, bu şikâyetler üzerinden tanıya gitmek mümkün değildir. Özellikle komplet obstrüksiyon (transvers vaginal septum ve

imperfore hymen gibi) veya infertilite problemi olmadıkça tanısı sıklıkla gecikir. Olgumuz da literatür ile uyumlu olarak kötü obstetrik öykü gibi asemptomatik olarak karşımıza çıkmıştır. D/c sırasında kaviteye girilemediğinden dolayı histereskopi yapıp sonrasında uterus didelfisten şüphelenildikten sonra ile jinekolojik muayene ve ultrasonografi ile tanı doğrulanmıştır.

Kadın genital sistemi, embriyolojik olarak uterustaki ilk 6 haftada müller kanallarından gelişir. Müller kanalları simetrik çift yapılardır ve orta hatta birleşerek uterus, serviks ve vajenin üst kısmını oluştururlar. Eğer müller kanalları birleşmeden ayrı ayrı gelişirse kendi fallopl tüpü, overi serviks ve vajeni olan 2 ayrı hemiuterus oluşur. Sonuçta kısmi vajen septumu meydana gelir. Müllerian kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı % 20 olarak bildirilmiştir çünkü her ikisinde aynı üreter tomurcuğundan kaynaklanır (4). Ancak hastamızda bildiğimiz kadarıyla ürogenital sistem anomalisine rastlanmadı.

Transvaginal ultrasonografi, özellikle erken gebelikte uterin anomalilerin saptanmasında çok değerli bir görüntüleme yöntemidir. Ayrıca manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, histerosalpingografi ve laparoskopik görüntüleme gibi yöntemlerle de tanı konulabilir (5,10). Mülleryan kanal anomalilerini değerlendirmek için noninvazif ve oldukça güvenilir bir yöntem olan manyetik rezonans görüntüleme gerek anomalinin tipini doğru tanımlamada, gerekse anomaliye sekonder gelişebilecek ek patolojileri saptamada son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Aynı zamanda üriner anomalileri araştırmak için de güvenle kullanılabilir. Tanıda endoskopi ve laparotominin de yeri vardır. Ancak her iki prosedür de hem invazif hem de pahalı işlemlerdir. En büyük avantajları aynı işlem esnasında tedavi edebilme imkânına sahip olunmasıdır.

Sonuç olarak biz bu olgumuzda olduğu gibi mülleryen anomalilerin (uterus didelfis gibi) kötü obstetrik öyküye (iu ex gibi) neden olabileceği bilinmelidir. Spekulum muayenesinin önemli olduğu ve mülleryen anomalilerin gebelik öncesinde farkına varılarak eğer düzeltiliyorsa gerekli cerrahi müdahalelerin yapılması gerektiği anlaşıldı.

Hasta Onamı: Hasta onamı 01.09.2017 tarihinde alınmıştır.

Kaynaklar

1. Stassart JP, Nagel TC, Prem KA, Phipps WR. Uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. *Fertil Steril.* 1992;57:756-61.
2. Fatum M, Rojansky N, Shushan A. Septate uterus with cervical duplication: rethinking the development of mullerian anomalies. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55:186-8.
3. Simon C, Martinez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A. Mullerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril.* 1991;56:1192-3.
4. Akar ME, Selam B, Yılmaz Z. Tek taraflı renal agenez ve obstrükte hemivajen beraberinde izlenen uterus didelfisin idrar retansiyonuna yol açması. *Türk Fertilite Derg.* 2005;13:70-2.
5. Narlavar RS, Chavhan GB, Bhatgadde VL, Shah JR. Twin gestation in one horn of a bicornuate uterus. *J Clin Ultrasound.* 2003;31:167-9.
6. Kanakas N, Boos R, Schmidt W. Twin pregnancy in the right horn of a uterus didelphys: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1989;32:287-92.
7. Folch M, Pigem I, Konje JC. Mullerian agenesis: etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55:644-9.
8. Wai CY, Zekam N, Sanz LE. Septate uterus with double cervix and longitudinal vaginal septum. A case report. *J Reprod Med.* 2001;46:613-7.
9. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography and histerosalpingography. *Radiology* 1992;183:795-800.
10. Wilson JS. A case of double uterus and vagina with unilateral hematocolpos and hematometra. *J Obstet Gynecol Br Emp.* 1925;32:127-8.