

MR ile saptanan uterus didelphys bicollis olgusu*

Ayşe Gamze Özcan¹, Nadire Ünver Doğan¹, Ahmet Baytok², Zeliha Fazlıoğulları¹

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya

Ayşe Gamze Özcan orcid.org/ 0000-0002-9946-3026

Nadire Ünver Doğan orcid.org/ 0000-0001-5696-5547

Ahmet Baytok orcid.org/ 0000-0003-1615-5771

Zeliha Fazlıoğulları orcid.org/ 0000-0002-5103-090X

Öz

Uterus'un nadir görülen varyasyonlarından olan uterus didelphys, müllerian füzyonun gerçekleşmemesi sonucu oluşmaktadır. İlk olarak 1925 yılında Wilson tarafından rapor edilmiştir. Bu varyasyonda, iki ayrı cavitas uteri ve iki cervix uteri longitudinal vajinal septum ile birleşmektedir. Müllerian kanal anomalileri literatürde %0,1- 3,5 sıklıkta bildirilmektedir. Uterus didelphys ise bu anomalilerin % 5'ini oluşturmaktadır. Müllerian kanal malformasyonlarına %20 oranında renal anomaliler eşlik etmektedir. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne dismenore şikayeti ile başvuran 21 yaşındaki kadın hastanın dinamik kontrastlı pelvik MR ve difüzyon MR görüntüleri incelemesinde uterus didelphys bicollis varyasyonu belirlendi. Genellikle uterus didelphys olguları asemptomatik olup bazen dismenore, tekrarlayan abortus veya infertilite gibi şikayetlere sebep olabilirler. Uterus anomalilerin teşhisinde MR görüntüleri çok değerlidir. Uterus varyasyonları olan kişilerde muayene ve görüntüleme teknikleriyle özellikle gebelik öncesinde tanı konulması komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Uterus didelphys, müllerian kanal anomalileri, dinamik kontrastlı pelvik mr ve difüzyon mr

Abstract

The uterus didelphys, which is one of the rare variations of uterus, is the result of the failure of müllerian fusion. It was first reported by Wilson in 1925. In this variation, two separate uterine cavities and two cervix are associated with longitudinal vaginal septum. Müllerian canal anomalies are reported in the literature at a frequency of 0.1 to 3.5%. Uterus didelphys constitute 5% of these anomalies. Renal anomalies are accompanied by 20% müllerian canal malformations. Dynamic contrast-enhanced pelvic MRI and diffusion MRI images of a 21-year-old female patient who was admitted to Selçuk University Medical Faculty with dysmenorrhea. Uterus didelphys bicollis variation was determined. Generally, cases of uterus didelphys are asymptomatic and may cause dysmenorrhea, recurrent abortion or infertility. MR images are very valuable in the diagnosis of uterine anomalies. It is very important to diagnose with uterine variations by examination and imaging techniques, especially before pregnancy, to prevent complications.

Key words: Uterus didelphys, müllerian duct anomalies, dynamic contrast-enhanced pelvic mr and diffusion mr

Genel Tıp Derg 2019;29(4):206-209

Alınan: 31.07.2019 / 23.08.2019 / Yayınlanma: 13.12.2019

Yazışma adresi: Nadire Ünver Doğan, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Konya

E-posta: nunver2003@yahoo.com

Giriş

Uterus, pelvis boşluğunda bulunan, önde mesane arkada rectum ile komşuluğu olan, içi boşluklu bir organ olup, corpus uteri ve cervix uteri olmak üzere iki ana bölümden oluşur (1). Uterus didelphys, her biri alt uterus segmentinde kaynaşmış cervix uteri içeren iki ayrı cavitas uteri ile karakterizedir. Çoğu vakada iki cervix uteri arasında longitudinal vajinal septum bulunur (2). İlk olarak 1925 yılında Wilson tarafından tek taraflı hematokolpos bulgusuyla rapor edilmiştir (3). Müllerian kanal

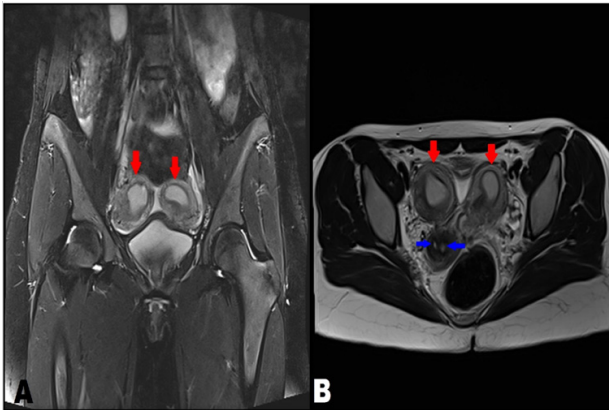
anomalilerinin genel popülasyondaki gerçek prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber, literatürde % 0,1- 3,5 sıklıkta bildirilmektedir (4). Uterus didelphys ise bu anomalilerin %5'ini oluşturmaktadır (5). Müllerian kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı %20 olarak bildirilmiştir (6). Embriyolojik hayatta 8. haftada uterovajinal primordiyum gelişmektedir. Uterus duplikasyonu ve vajinal anomalilerin değişik tipleri, uterovajinal primordiyumun gelişiminin kesintiye uğramasından kaynaklanmaktadır. Paramezonefrik tübüllerin birisinin veya

her ikisinin gelişimindeki yetersizlikler, paramezonefrik kanalların tam birleşememeleri, vajinayı oluşturan vajinal plağın yetersiz kanalize olması, uterus ve vajina anomalilerine neden olabilmektedir (7).

Uterus didelphys, genellikle asemptomatik olmakla beraber kadınlarda özellikle de gebelik döneminde birçok obstetrik komplikasyona yol açabildiği için, bu varyasyonun bilinmesi oldukça önemlidir. Biz de bu nedenle uterus didelphys'li olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne 21 yaşındaki kadın hasta pelvik ağrı ve dismenore şikayetleri ile başvurmuştur. Hasta alınan anamnezinde daha önce pekçok kez tekrarlayan dismenore şikayeti ile hastaneye başvurduğunu belirtmiştir. Olası uterin anomaliler açısından hasta pelvik manyetik rezonans (MR) görüntülemesi ile değerlendirildi. Dinamik kontrastlı pelvik MR ve difüzyon MR görüntüleri incelemesinde uterus didelphys bicollis varyasyonu belirlendi. Olguda derin bir çentikle ayrılmış iki ayrı endometrial kavite bulunduğu ve bunların iki ayrı servikal ostium ile birleştiği gözlemlendi (Resim1). Vajina proksimal kesimde transvers septum lehine bir görünüm saptanmadı. Olguda pelviste başka bir anomaliye rastlanmadı.



Resim 1. Koronal kesitte (A) ve aksial kesitte (B) MR'da uterus didelphys görünümü. Kırmızı oklar iki ayrı uterin kaviteyi, mavi oklar ise servikal ostiumları göstermektedir.

Tartışma ve Sonuç

Uterusun nadir görülen varyasyonlarından olan uterus didelphys, paramezonefrik kanalların inferior parçalarının birleşme yetersizliğine bağlı olarak müllerian füzyonunun gerçekleşmemesi sonucu oluşmaktadır. Bu durum tek veya ikili vajina oluşumuyla birlikte görülebilir (2,7).

Müllerian kanal anomalilerinin sınıflandırılmasında en çok tercih edilen sistem; Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine; ASRM; eski adı Amerikan Fertilité Derneği) tarafından önerilen sınıflandırma sistemidir. Bu sınıflandırma anomalileri 7 gruba ayırmıştır:

Grup I: Segmental agenezi veya hipoplazi

Grup II: Unicornuate uterus

Grup III: Uterus didelphys

Grup IV: Bicornuate uterus

Grup V: Septate uterus

Grup VI: Arcuate uterus

Grup VII: Diethylstilbesterol (DES) ilişkili uterus (8).

Genellikle uterus didelphys olguları asemptomatik olup bazen dismenore, periyodik ağrı, infertilite veya tekrarlayan abortus gibi şikayetlere sebep olabilirler. Asemptomatik olgularda tanı genellikle rastlantısal olarak konduğu için gecikmektedir. Özellikle imperfore hymen ve vaginal septum gibi komplet obstrüksiyonu olan olgularda tanı kolaylıkla konulabilmektedir. Çünkü bu olgular hemato-kolposla gelir. Genellikle bu hastalarda infertilite problemi gibi bulgular mevcutsa ayrıntılı radyolojik görüntülemeler ile tanı konması kolaylaşmaktadır (10,11). 21 yaşındaki olgumuz dismenore şikayeti ile hastaneye başvurmuştur.

Literatürde uterus anomalilerini inceleyen az sayıda araştırmacı vardır. Bunlardan 1962-1998 yılları arasında Finlandiya'da yapılan çalışmada; 49 kadında longitudinal vajinal septumlu uterus didelphys bildirilmiştir. Çalışmada vakaların % 13'ünde primer infertilite, gebe kalanlarda % 21 oranında düşük, % 2 oranında ektopik gebelik meydana geldiği rapor edilmiştir. Gebeliğin daha çok sağ uterusda (%76) gerçekleştiği belirlenmiştir. Çalışmada fetal sağkalım oranı % 75, prematürite % 24, fetal büyüme

geriliği % 11, perinatal mortalite % 5,3 ve sezaryen oranı % 84 olarak belirlenmiş ve bu nedenlerle uterus didelphys varyasyonuna sahip kadınların gebelikleri sürecinde yakın takipte tutulmaları gerektiği bildirilmiştir (12). Bizim olgumuz genç yaşta olduğu için bu konudaki bilgimiz henüz mevcut değildir.

Müllerian kanal malformasyonlarına renal anomalilerin %20 oranında eşlik ettiği bildirilmektedir (6). Uterus didelphys'te bu oranın daha fazla olduğu iddia edilmiştir. Stassart ve ark'nın yaptığı spesifik uterus didelphys sendromlu 15 kadın hastanın değerlendirildiği çalışmada, uterus didelphys ile obstrükte hemivagina ve ipsilateral böbrek agenezisi birlikteliği gösterilmiştir (4). Heinonen'in çalışmasında; uterus didelphys 'li 49 kadının 9'unda obstrükte hemivagina, 8'inde ipsilateral böbrek agenezisi olduğu rapor edilmiştir (12). Bizim olgumuzda uterus didelphys'e eşlik eden başka bir varyasyon tespit edilmedi.

Uterus didelphys varyasyonları oldukça seyrek rastlanılan bir durumdur. Uterus didelphys'li olguların gebeliklerinde düşük gerçekleşebileceği (13) ve servikal yetmezlik gibi kötü obstetrik öyküye yol açabileceği bildirilmiştir. Bu nedenlerle gebeliklerin yakın takip gerektirdiği belirtilmektedir (14). 2002-2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada ise, uterin anomalili 8 vakada gebelik sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Vakaların 2'sinde uterus didelphys anomalisi saptamışlar ve bunlarda gebelik sürecinde herhangi bir sorun olmadığı, doğumda ise makat geliş nedeniyle sezaryen yapıldığı rapor edilmiştir (15). Ayrıca bu varyasyonun rahim içi araç (RİA) uygulamasında da sorunlara neden olabileceği, 26 yaşında sağ kavitesinde RİA olan bir kadının, sol kavitede gebelik geliştirdiği rapor edilmiş ve uterus didelphys'li kadınlara doğum kontrol yöntemi olarak RİA uygulamasının sakıncalı olduğu iddia edilmiştir (16). Bu nedenlerle bizim olgumuzda da olduğu gibi, genç yaşta başvuran hastaların da varyasyonun komplikasyonları ile ilgili bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Müllerian kanal anomalilerine, transvaginal ultrasonografi, histerosalpingografi, MR, bilgisayarlı tomografi ve laparoskopik görüntüleme gibi radyolojik yöntemlerle tanı konulabilir. Bu yöntemlerin hangisinin kullanılacağı olguya göre belirlenir. Erken gebelikte uterin anomalilerin saptanmasında transvaginal ultrasonografi (10,11) önemliyen girişime ihtiyacı olan olgularda laparoskopik ve histeroskopik yöntemler tercih edilirler (17). Girişimsel

olmadığı ve güvenilir olduğu, ayrıca anomalinin tipini ve eşlik eden ek patolojileri tanımlamakta kullanılabileceği için, uterus anomalilerin teşhisinde en uygun görüntüleme yöntemi MR'dır (11).

Uterus didelphys'in tedavisi, spesifik semptom ve durumlara göre değişkenlik gösterir. Eğer hastada vaginal septum varsa ve obstrükte hemivajina gelişmişse vaginal septum rezeksiyonu yapılabilir. Tekrarlayan kötü obstetrik öykü varlığında, uterus kavitelerini birleştiren histeroskopik veya transabdominal Strassman metroplasti yapılabilir. Bunlar arasında en iyi seçimin yapılması serviksin anatomik özelliklerine ve uterus boşluğuna bağlıdır (2,17).

Sonuç olarak; uterusun anatomik varyasyonları RİA kullanımında sorunlar oluşturabilmekte ve vakaların gebelik dönemlerinde ciddi obstetrik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenlerle uterus varyasyonları olan kişilerde muayene ve görüntüleme teknikleriyle, özellikle gebelik öncesinde varyasyonlara tanı konulması komplikasyonların bilinmesi ve önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Arıncı K, Elhan A, Anatomi.6th ed. Ankara, Güneş Kitabevi, 1. Cilt, 2016;340.
2. Patton, PE. Anatomic uterine defects. Clin. Obstet. Gynecol. 1994;37:705-21.
3. Wilson JS. A case of double uterus and vagina with unilateral hematocolpos and hematometra. J Obstet Gynecol Br Emp 1925;32:127-8.
4. Stassart JP, Nagel TC, Prem KA, et al. Uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. Fertil Steril 1992;57:756-61.
5. Fatum M, Rojansky N, Shushan A. Septate uterus with cervical duplication: rethinking the development of müllerian anomalies. Gynecol Obstet Invest. 2003;55:186.
6. Akar ME, Selam B, Yılmaz Z. Tek taraflı renal agenez ve obstrükte hemivajen beraberinde izlenen uterus didelfisin idrar retansiyonuna yol açması. Türk Fertilite Dergisi 2005;13:70-2.
7. Moore KL., Persaud TVN The Developing Human: Clinically Oriented Embryology, Çeviri: Hakkı Dalçık, Mehmet Yıldırım İstanbul 2009:Nobel Tıp Kitabevi, 2008:277.
8. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Steril 1988; 49: 944-55.

9. Erden, Ayşe. "Uterovajinal Anomaliler." Trd Sem. Ss (2015): 36-46.
10. Narlavar RS, Chavhan GB, Bhatgadde VL, et al. Twin gestation in one horn of a bicornuate uterus. J Clin Ultrasound 2003;31:167-9.
11. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, et al. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography and histerosalpingography. Radiology 1992;183:795-800.
12. Heinonen PK. Clinical implications of the didelphic uterus: long-term follow-up of 49 cases. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2000;91:183-90.
13. Şahin B, Cura G, Çelik, F ve ark. Sekiz Haftalık Missed Gebeliği Olan Hastada Uterus Didelfis Varlığı: Bir Olgu Sunumu. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2018;5:19-21.
14. Çetin O, Verit FF, Zebitay AG ve ark. Uterus Didelfis Olgusunda Term Gebelik. ACU Sağlık Bil Derg 2014:283-5.
15. Eroğlu D, Öktem M, Esinler İ ve ark. Uterin Anomalili Vakalarda Gebelik Sonuçları Ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2007;4:43-6.
16. Ural ÜM, Güngör T, Neslihanoğlu R ve ark. Uterin Didelfisde Eş Zamanlı Gebelik ve RIA. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 3: 28-9.
17. Smith NA, Laufer MR. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome: management and followup. Fertil Steril. 2007;87:918-22.