

NON-PUERPERAL UTERİN İNVERSİYON ETYOLOJİSİNDE VAJENE DOĞMUŞ SUBMUKÖZ MİYOM : MANYETİK REZONANS BULGULARI EŞLİĞİNDE OLGU SUNUMU

Submucosal Myoma Prolapsed Into Vagina As An Etiology Of Non-Puerperal Uterine Inversion: Case Report With Magnetic Resonance Findings

Ezgi Kartal¹ Arda Kayhan¹ Özgür Akbayır²

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZ

Non-puerperal uterin inversiyon oldukça nadir görülen, genellikle submukozal ya da servikal yerleşim gösteren miyomlara sekonder gelişen bir jinekolojik tablodur. 25 yaşında nullipar kadın olguda, submuköz miyom nedeniyle ortaya çıkan vajene protrüzyon gösteren uterin inversiyon olgusunun manyetik rezonans görüntüleme bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır. Nadir olması da göz önünde bulundurulduğunda, klinik tanısı her zaman kolay olmayan bu komplikasyonun, radyolojik olarak tanı alması, genellikle cerrahi gerektiren tablonun erken müdahale şansını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Non-puerperal, Uterus inversiyonu, Miyoma uteri, Manyetik Rezonans.

ABSTRACT

Non-puerperal uterine inversion is gynaecological entity usually caused by submucosal or cervical myomas. Magnetic resonance findings of a 25-year-old nulliparous woman who is presented with uterine inversion due to submucosal myoma prolapsed into vagina was discussed accompanied by literature. Clinical diagnosis of this complication is not usually easy and this entity generally requires surgical treatment. Considering the rarity of this entity, radiological diagnosis of it will probably increase the chance of early intervention.

Keywords: Non-puerperal, Uterine inversion, Uterine myoma, Magnetic Resonance.

Geliş tarihi/Received: 15.03.2019

Kabul tarihi/Accepted: 20.11.2019

Yazışma adresi/Address for Correspondence:

Ezgi Kartal

Atakent Mh. 243. Sk. Tema İstanbul 9-G No:6 Küçükçekmece İstanbul Telefon: 05062325155

E-posta: ezgikartal91@gmail.com

GİRİŞ:

Uterus inversiyonu, fundusun kısmi ya da komplet olarak endometrial kaviteye doğru çökmesi ve bazı olgularda tamamen iç-dış dönerek vajene doğru protrüzyon göstermesidir (Şema 2). Jones tarafından 1951'de iki tip olarak gruplandırılmıştır: puerperal (obstetrik) ve non-puerperal (jinekolojik) (1). Sıklıkla gebelik nedeniyle gelişen inversiyon tablosunun jinekolojik nedenleri çok daha nadir görülmektedir. Nonpuerperal uterin inversiyon genellikle üçüncü dekad sonrası meydana gelmektedir. Predispozan faktörler arasında sıklıkla tümöral lezyonlar yer alır. En sık neden ise submuköz miyomdur (Şema 1). Tümöral nedenli inversiyonlarda, inversiyona neden olan temel faktörler, tümörün bağlandığı uterin bölge, tümör pedikülünün kalınlığı, tümör boyutu, ince uterin duvar, serviks dilatasyonu varlığı olarak belirtilmiştir (2). Fundusta yerleşen kitleler ve ince pediküle sahip kitlelerde inversiyona neden olma potansiyeli daha yüksek gözlemlenmiştir (2,3).

25 yaşında vajene doğan submuköz miyoma sekonder gelişen uterus inversiyonu olgusunun manyetik rezonans (MR) bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır. Nadir olması da göz önünde bulundurulduğunda, klinik tanısı her zaman kolay olmayan bu komplikasyonun, radyolojik olarak tanı alması, genellikle cerrahi gerektiren tablonun erken müdahale şansını artıracaktır.

Pelvik bölgede ağrı yakınmasıyla başvuran olgunun, fizik muayenesinde pelvik bölgede palpasyonla hassasiyet mevcut olup, yapılan bimanual muayenede vajende kitlesel lezyon palpe edildi. Laboratuvar değerlendirmede, beyaz küre sayısı 8110 saptanmış olup normal sınırları daydı. C-Reaktif Protein değeri, 122 mg/L ölçülmüş olup yüksek bulundu.

Olgunun hemoglobin (Hgb) değeri ilk başvurduğu tarihte 12,7 g/dl ile normal sınırlarda saptanırken, takipler sırasında yakınmaları gerilemeyen olguda dramatik bir hemoglobinin düşüşü saptandı.

Hemoglobin değeri 7 g/dl'ye kadar düşen olguda hemodinamik instabilizasyon gelişmesi nedeniyle, hemoraji odağı

olabileceği düşünülerek, olguya ultrasonografi (US) yapıldı. US incelemede uterus endometrial çizgisi net olarak vizüaliz edilemedi. Vajen ile uyumlu lokalizasyonda 8x7 cm boyutlu düzgün sınırlı hipoekoik solid lezyon saptandı. Lezyonun ön planda endoservikal kanal orijinli miyom olabileceği düşünüldü. Olguya kontrastlı pelvik MR incelemesi planlandı. MR'de uterus normal lokalizasyonunda izlenmedi. Uterin anatomik yapıların net değerlendirilmesi yapılamadı. Koronal postkontrast serilerde uterus fundus kesiminin vajen içerisinde yer aldığı, fundus düzeyinde endometrial bölgeden orijin alan miyom odağı nedeniyle uterusun vajinal lümenine doğru inversiyon gösterdiği izlenmiştir (Resim 1). Aksiyal postkontrast serilerde vajen belirgin ekspansil görünümde izlenmiş olup vajen içerisinde, çevresinde hiperintens halka dikkati çeken, yaklaşık 79x70 mm boyutlu hipointens lezyon saptanmış olup miyom odağı ile uyumlu olduğu görüldü (Resim 2). Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları ile değerlendirilen olguda, solid kitlesel lezyonun miyom olduğu ve buna ikincil uterin inversiyon geliştiği düşünüldü. Acil operasyona alınan olguya, histerektomi uygulandı. Operasyonda uterusun vajene doğru komplet inversiyone olduğu görüldü ve vajen içerisinde palpe edilen kitlenin submukozal miyom olduğu histopatolojik olarak doğrulandı.

TARTIŞMA:

Uterin inversiyon, fundusun kısmi ya da komplet olarak endometrial kaviteye doğru çökmesi ve bazı olgularda vajene doğru protrüzyonu tablosunu tanımlamaktadır. Etiyolojiye bağlı olarak puerperal (obstetrik) ve non-puerperal (jinekolojik) şeklinde sınıflandırmanın yanı sıra, akut-kronik şeklinde de ayrılmaktadır.

Klinik prezentasyonda; pelvik ağrı, vajenden protrüde olan kitle, üriner retansiyon gibi ürolojik semptomlar, kronik vajinal akıntı, düzensiz vajinal kanamalar izlenir. Hastaların muayenesinde, inversiyon düşündürülecek iki kriter tanımlanmıştır: Muayenede vajinal kitle saptanan olguda, kitle eksize edildikten sonra serviksin vizüaliz edilememesi ve boş mesane ile yapılan bimanuel muayenede uterin korpusun palpe edilememesi (2).

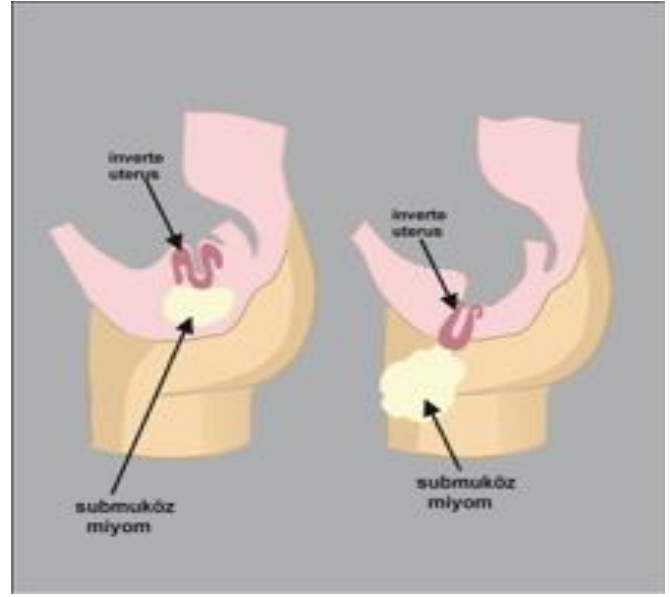


Şema 1: Resimde koronal planda yapılan çizimde endometrial kavite içerisinde yerleşimli submuköz miyom odağı izleniyor

Bu olguda da pelvik ağrı ve muayenede vajende kitle palpe edildi.

Radyolojik değerlendirmede, US'de endometrial çizginin seçilememesi inkomplet inversiyon açısından şüphe uyandırabilir (6). Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesinde tanı oldukça zordur, ancak uterusun pelviste izlenmemesi durumunda ayırıcı tanıda akla gelebilir (6).

MR inceleme pelvik anatomiye en iyi gösteren modalitedir. MR bulgularında, T2 ağırlıklı sagittal kesitlerde kalınlaşmış-inverte fundusun 'U' şekilli uterin kavitesinin izlenmesi (Resim 1) ve aksiyel kesitlerdeki 'boğa gözü' şeklindeki görünüm tipik kabul edilmektedir (6,7). Kitle çevresinde izlenen endometrial tabakaya ait intensite tanımı desteklemektedir (Resim 2). Bizim olgumuzda da, aksiyel planda alınan postkontrast kesitlerde uterus parankimine göre heterojen hipointens miyom odağı ve vajen lümenine inversiyona bağlı vajende izlenen ekspansiyon bulgusu ile literatürde belirtilen 'boğa gözü' şeklindeki görünüm izleniyor (Resim 2). Literatürde bildirilen uterin inversiyon olguları incelendiğinde, vakaların çoğunda, hemodinamik tablo nedeniyle genellikle acil cerrahi müdahaleye gidildiği için MR inceleme gerçekleştirilemediğinin belirtildiği dikkati çekmiştir.

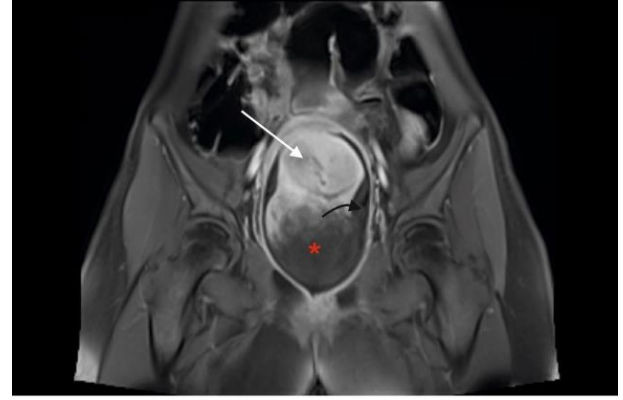
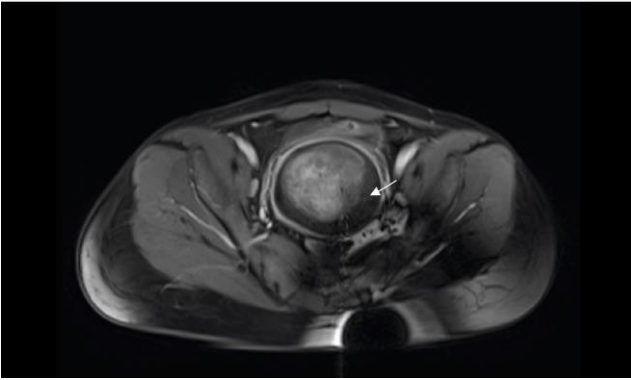
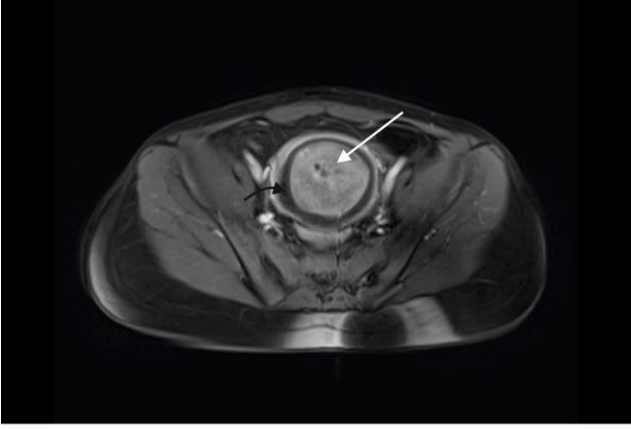


Şema 2: Resimde sagittal planlarda yapılan çizimlerde uterusun miyoma bağlı vajene doğru inversiyonu demonstre ediliyor.

Olgu sunumumuzda Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde takip edilen olguda, yapılan MR incelemede saptanan bulguların, tariflenen tipik radyolojik bulgular ile birbir örtüştüğü izlenmiştir (Resim 1 ve 2). Literatürde, kadın doğum uzmanlarının dahi klinik olarak karşılaşma ihtimallerinin oldukça düşük olduğu belirtilen bu klinik antite ile ilgili, radyodiyagnostik uzmanı hekimlerin farkındalık kazanması, erken tanı ve cerrahi planlaması açısından önem taşımaktadır.

SONUÇ:

Non-puerperal uterin inversiyon, oldukça nadir görülen bir tablodur. Sıklıkla tümöral lezyonlara bağlı gelişir. Özellikle 4 cm'den büyük uterin kitle saptanan genç kadın olgularda gelişebilme olasılığı unutulmaması gereken bir komplikasyondur. Tipik MR inceleme bulgularının akılda tutulması, dramatik bir klinik tablo meydana getiren bu antitenin erken müdahale şansını arttıracaktır.



Resim 1: Koronal planda beyaz ok ile uterus ve 'U' şekilli uterin kavite , kırmızı asteriks ile submuköz miyom, siyah kıvrık ok ise vajen lümeni, miyom odağı ve invert uterusun vajen içerisine prolabe olduğunu göstermekte

Resim 2: Aksiyel planda uzun beyaz ok ile uterus, kısa beyaz ok ile izlenen uterus parankimine göre heterojen hipointens myom, siyah kıvrık ok ile vajen lümeni ve inversiyona bağlı vajende izlenen ekspansiyon bulgusunu işaret etmekte.

KAYNAKLAR:

1. Jones HW Jr. Non-puerperal inversion of uterus. Am J Surg. 1951;81:492-5. [SEP]
2. Lascarides E, Cohen M. Surgical management of nonpuerperal inversion of the uterus. Obstet Gynecol. 1968;32:376-81.
3. Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, et al. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: a case report. Jpn Clin Onco. 2001;31:39-42.
4. Mwinyoglee J, Simelela N, Marivate M. Non-puerperal uterine inversions. A two case report and review of literature. Cent Afr J Med. 1997;43:268-71.
5. Atalay MA, Demir BÇ, Solak N, Atalay FA, Küçükkömürçü S. An unusual presentation of a submucous leiomyoma accounting to a non-puerperal uterine inversion: A case report. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2013;14:116-8.
6. Kopal S, Seckin NC, Turhan NO. Acute uterine inversion due to a growing submucous myoma in an elderly woman: case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;99:118-20.
7. Lewin JS, Bryan PJ. MR imaging of uterine inversion. J Comput Assist Tomogr. 1989;13:357-9.