

Sekonder İnfertilitenin Nadir Bir Nedeni: İntrauterin Fetal Kemiklerin Uzamış Retansiyonu

Rare Cause Of Secondary Infertility: Prolonged Retention Of Intrauterine Fetal Bones

Adnan İncebiyık

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

Yazışma adresi: Adnan İNCEBIYIK, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

Yenişehir Kampüsü, PK:63300, Şanlıurfa/Türkiye

Tlf:0505 277 76 75 –dr.aincebiyık@mynet.com

Geliş tarihi / Received: 18.12.2011

Kabul tarihi / Accepted: 03.01.2012

Özet

Fetal kemiklerin intrauterin retansiyonu nadir görülen bir tablo olup; hastalık kendini infertilite, menoraji, menometroraji, kronik pelvik ağrı ve tedaviye dirençli vajinal akıntı şeklinde gösterir. Çok nadiren de olsa menstrasyon problemi yaratmadan sadece infertilite ya da kronik pelvik ağrı şeklinde de belirti verebilir. Tanı amacıyla transvajinal ultrasonografi dilatasyon kürtaj, histeroskopi ve histerosalpingografi kullanılabilir. Ancak bu yöntemler içerisinde altın standart histeroskopi olmasına rağmen, bazen tedaviye dirençli kronik pelvik ağrı ya da menstrual problemler nedeniyle yapılan histerektomi materyalinin incelenmesi ile de tanı konulabilir. Tedavi fetal kemiklerin çıkarılması olup başta infertilite olmak üzere diğer şikâyetlerde belirgin düzelme sağlar.

Anahtar kelimeler: Menometroraji, infertilite, fetal kemik

Abstract

Intrauterine retained of fetal bone is a rare clinical condition. The clinic presentation is infertility, menorrhagia, menometroraji, treatment-resistant chronic pelvic pain and vaginal discharge. Sometimes without creating problems of menstruation, it represents symptom as infertility and chronic pelvic pain. For diagnosis in a patient with the above-mentioned symptoms can use transvajinal ultrasonography, dilatation curettage, hysteroscopy and hysterosalpingography. Although hysteroscopy is gold standard within these methods, sometimes it is diagnosed with examination of hysterectomy materials which is perform for treatment resistant chronic pelvic pain or menstrual problems. Treatment is removal of fetal bones. Removal fetal bones cause particularly the significant improvement in other symptoms, including infertility.

Key words: Menometroraji, infertility, fetal bone

Giriş

İntrauterin fetal kemik fragmanlarının retansiyonu nadir bir klinik durum olup insidansı %0.15 olarak belirtilmektedir (1). Etiyolojide en çok suçlanan neden enkondal kemikleşmenin tamamlandığı 12. gebelik haftasından sonra yapılan kürtajlardır (1,3). Hastalığın klinik belirtileri menometroraji, kronik pelvik ağrı, tedaviye dirençli vajinal akıntı,

infertilite şeklinde olabilir (2). Tanı yöntemleri içerisinde ilk sırayı transvajinal ultrasonografi almakla beraber altın standart tanı aracı histeroskopidir (4). Tedavi retansiyone kemik fragmanlarının çıkarılması olup, çoğu vakada cerrahi müdahale sonrasında infertilite dâhil diğer tüm semptomların gerilediği görülür.

Olgu sunumumuzda daha önceden 2. trimester abort

öyküsü bulunan, iki yıldır tedaviye dirençli menometroraji, infertilite şikâyeti olan ve yapılan incelemeler sonucunda intrauterin fetal kemik retansiyonu saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu

Yirmi dört yaşında G3P1Y1 olan hastamız jinekoloji polikliniğimize tedaviye rağmen düzelmeyen adet kanamasının düzensiz gelmesi, sürekli lekeme tarzında kanama, alt karın ağrısı, sarı renkli pis kokulu akıntı ve çocuk sahibi olamama şikâyeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde yaklaşık 2 yıl önce 13 haftalık missed abortus nedeniyle tahliye kürtaj dışında önemli bir bulgu saptanmadı. Sistemik ve genital sistem muayenesi patolojik bulgu içermeyen hastaya yapılan transvajinal ultrasonografide intrauterin yaklaşık 14X23 mm'lik düzensiz kenarlı hiperekojen görünüm saptandı. Tanı amacıyla yapılan histeroskopik incelemede; uterin kavite içerisinde gri-beyaz renkli düzensiz kenarlı ve bir bölümü endometrium içerisine gömülü halde yaklaşık 2X3 cm ve daha küçük kitleler izlendi (Resim 1: A-B). Rezektoskop ve forseps aracılığıyla çıkarılan materyal incelenmek üzere patolojiye gönderildi. Kanama kontrolünü takiben hasta serviste izleme alındı. Postoperatif herhangi bir problemi olmayan hasta oral antibiyotik, analjezik ve oral kontraseptif başlanarak taburcu edildi. Postoperatif ikinci haftada kontrole gelen hastaya transvajinal ultrasonografi yapıldı ve normal görünümde endometrium saptandı. Patoloji sonucu; etrafi enflamutar endometrium ile çevrili trabeküler kemikleşme ve kronik endometrit olarak tespit edildi. Postoperatif üçüncü ayında kontrole gelen hastanın adetlerinin düzeldiği, ara kanama ve ağrı şikâyetlerinin ise gerilediği saptandı.

Tartışma

Endometrial kavite içerisinde kemik ya da kıkırdak dokunun bulunması ile ilgili ilk literatür

verileri 1901-1928 yıllarında yayınlanmış olup, bu güne kadar 100 civarında vaka sunumu yapılmıştır (5). Endometrial ossifikasyonun etiyolojisi ile ilgili birkaç teori ileri sürülmektedir. Bunlardan en çok kabul gören teori enkondral kemikleşmenin tamamlanmasını takiben (12. gebelik haftası üzeri) meydana gelen spontan ya da indüklenmiş abortuslar sonrası intrauterin fetal dokuların kalsifikasyonu olarak belirtilmektedir (1-3). Diğer öne sürülen teoriler ise; endometriumun kronik inflamasyonu ve kalsifikasyonu, endometrial travma, kronik östrojen uyarımı sonucu stromal hücrelerin (özellikle fibroblastların) kemik-kıkırdak dokuya metaplazisi, hiperkalsemi, hipervitaminoz D, hiperfosfatemi, piyometra ve tüberküloz endometritinin kalsifikasyonu olarak sayılabilir(4,6,7).

İntrauterin fetal kemik retansiyonunun klinik belirtileri menoraji, menometroraji, dismenore, kronik vajinal akıntı, kronik pelvik ağrı, disparoni, fetal kemiklerin spontan abortusu ve infertilite olarak sayılabilir (1,3). Düzensiz menstürasyon ve pelvik ağrının patofizyolojisinde fetal kemik dokunun endometriumda oluşturduğu kronik enflamasyon ve PGE2 artışı sorumlu tutulmaktadır (1). Retansiyone fetal kemik fragmanlarının infertilite oluşturma mekanizmasının ise intrauterin kontraseptif araç gibi davranması, endometrial prostaglandin artışı, tubal motilite artışı, sperm motilitesinin inhibisyonu ve uterin sineşi yapma özelliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir(3,4,7).

Tanıda kullanılan yöntemler içerisinde ilk sırayı transvajinal ultrasonografi almaktadır. Transvajinal ultrasonografide hiperekojen düzensiz endometrium ve intrauterin hiperekojen odakların izlenmesi tipiktir (1,3). Diğer tanı yöntemleri ise; manyetik rezonans görüntüleme, histerosalpingografi, sonohisterografi ve histeroskopidir (1-3). Tanıda altın standart yöntem ise histeroskopidir. Hem tanı hem de tedavi imkânı sağlar. Ancak bu yöntemin tek dezavantajı endometrium içerisine gömülü olan

parçaların işlem sırasında gözden kaçmasıdır. Bu durumdan kaçınmak ve tüm parçaların çıkarıldığından emin olmak için transvajinal ultrasonografi tekrarı yapmak uygun olacaktır (1,3). Olgumuzda da histeroskopik müdahale sonrasında endometriuma gömülü olabilecek kemik fragmanların saptanması amacıyla transvajinal ultrasonografi yapıldı. Ancak retansiyone kemik doku ile uyumlu görünüm tespit edilmedi.

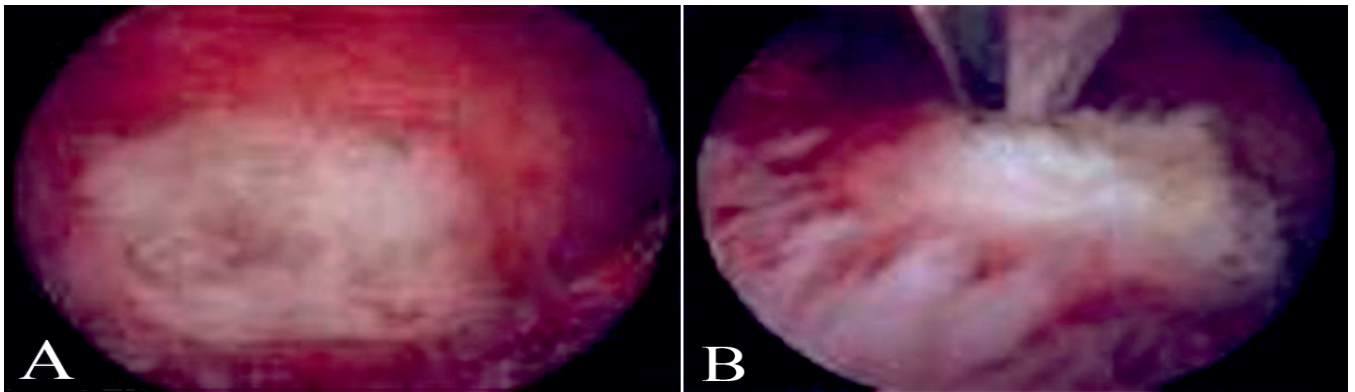
Fetal kemiklerin intrauterin retansiyonu ile benzer şikâyet ve ultrasonografi bulgularına neden olan heterotopia, endometrit dokusunun ossifikasyonu, distrofik kalsifikasyon, osseous metaplazi, abortus sonrası uzamış östrojen kullanımı ve endometrial kanser ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir (1,6). Kesin tanı çıkarılan materyalin patolojik incelenmesi ile konur. Enkondral kemikleşmenin olması ve kemik dokuyu çevreleyen endometirumda enflamatuvar reaksiyon gözlenmesi retansiyone fetal kemik tanısı için patogonomiktir (4). Unutulmaması gereken önemli bir noktada non-neoplastik bir durum olan endometrial ossifikasyonun yanlışlıkla malign mixt müllerian tümör ile karıştırılabilmektedir. Yanlış tanının engellenmesi amacıyla incelemeyi yapan patologun bu durum hakkında bilgilendirilmesi önemlidir(8).

İntrauterin fetal kemik retansiyonu saptanan hastalarda tedavi seçenekleri histeroskopik

cerrahi yada ultrason eşliğinde yapılan dilatasyon kürtajdır (3,7). Eskiden en sık dilatasyon kürtaj uygulanmasına rağmen, günümüzde tedavi için uygulanan altın standart yöntem histeroskopi eşliğinde retansiyone fragmanların çıkarılmasıdır. Tedavide dikkat edilmesi gereken en önemli nokta fetal kemiklerin uterin retansiyonunun çoğu kez uterin bir anomali ile beraber bulunmasıdır. Dolayısıyla tam evakuasyonun yapılabilmesi ve uterin perforasyondan kaçınmak için uterin anomali yönünden dikkatli bir tarama yapılması önemlidir. Olgu sunumumuzda yer alan hastanın yapılan transvajinal ultrasonografisi ve histeroskopik cerrahisi sırasında uterin anomali yönünde herhangi bir bulguya rastlanılmadı.

Retansiyone fetal kemik fragmanlarının çıkarılması hem endometrial prostaglandin üretiminin hem de menstürel kan akımının azalmasına neden olur (4). Ayrıca uterin evakuasyon; menstürel siklus düzensizlikleri, infertilite ve pelvik ağrı gibi şikâyetlerin de kısa sürede gerilemesine katkı sağlar (1). Bizim olgumuzda da histeroskopik cerrahi sonrasında menometroraji ve pelvik ağrı şikâyetlerinin gerilediği saptandı.

Sonuç olarak; özgeçmişinde 12 hafta üzeri gebelik terminasyonu bulunan, menometroraji, kronik pelvik ağrı ve infertilite şikâyeti ile başvuran hastalarda intrauterin fetal kemik retansiyonu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.



Resim 1: Uterin kavitenin histeroskopik görünümü

A: İntrauterin fetal kemik retansiyonu **B:** Rezektoskop aracılığıyla uterin kavitenin evakuasyonu

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Srofenyoh EK, Addison M, Dorte B, Kuoffour PA. Intrauterine retained fetal bones as a cause of secondary infertility. Ghan Med J 2006; 40: 131-3.
- 2) Bakhsi P, Gautam N. Hysteroscopic removal of intrauterine retained fetal bones. Gynecol Surg 2004; 1: 159-66.
- 3) Lanzorane VF, Pardey JM. Retained intrauterine fetal bone as a rare cause of secondary infertility. Aust Nz J Obstet Gynecol 2009; 49: 700-1.
- 4) Goldberg JM, Robert S. Restoration of fertility after hysteroscopic removal of intrauterine bone fragments. Obstet Gynecol 2008; 112: 470-2.
- 5) Wetzels LG, Essed GM, Dehaan J, Vandekar AF, Willebrand D. Endometrial Ossification - Unilateral Manifestation in a Septate Uterus. Gynecol Obstet Inves 1982; 14: 47-55.
- 6) Samraj S, Crawford S, Singh N, Patel R, Rowen D. An unusual case of pelvic pain: retention of fetal bone after abortion. Int Jstd 2008; 19: 353-4.
- 7) Kalu E, Richardson R. Retained fetal bones: an intrauterine cause of chronic pelvic pain. Arch Gynecol Obstet 2009; 21: 233-4.
- 8) Manisha M, Pinki P, Chinki C. Endometrial ossification: an unusual cause of infertility. J Clin Diagn Res 2011; 17: 613-5.