

Miadda Gebelik ve Komplet Uterus Bikornis (Vaka Takdimi)

TERM PREGNANCY AND COMPLETE BICORNIAL UTERUS (CASE REPORT)

Necip KEPKEP*, Sevgi TEZCAN**, Ünal ERSOY***

* Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, GAZİANTEP

** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

*** Uz.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, GAZİANTEP

Özet

Amaç: Seksiyo-sezaryenle doğurtuluncaya kadar kesin tanısı konulamayan uterin anomalili (komplet uterus bikornis) miyadda gebelik olgusu, uterin anomalilerin tartışılması.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Materyel ve Metod: Prenatal dönemde tespit edilen sağ adneksiyal alanda kistik kitlesi olan, 23 yaşında 38 haftalık gebelik olgusu.

Anahtar Kelimeler: Uterin anomaliler ve gebelik, Müllerien kanal anomalileri, Preterm doğum eylemi, Prematür ve immatür doğum

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:56-58

Summary

Objective: Discussion of uterin anomalies in the term pregnant women on whom diagnosis can't be set until delivery cesarean sectio.

Instution: Gaziantep University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

Materials and Methods: 23 years old patient who had 38 weeks pregnancy and right adnexial cystic mass in the prenatal period.

Key Words: Uterin anomalies and pregnancy, Anomalies of Müllerien ducts, Preterm labour, Prematür and immatür delivery

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:56-58

Overler dışında kadın iç genital organları ve vagenin üst kısmı sağ ve solda yer alan Müller kanalından gelişir. Vagenin alt kısmı ve dış genital organlar ise ürogenital sinustan yapılırlar. Müller kanallarına bağlı genital traktus anomalileri kadınların %0,1-3'ünde görülür (1,2).

Müller (paramesonefrik) kanalları orta hatta kaynaşır, bu birleşme sefalik, kaudal yöne ilerler, kaudaldan itibaren uterus boşluğu gelişir. Bu esnada sefalik ve kaudal lojlara ait deformiteler ortaya çıkabilir ve kendini ürogenital traktusta aşağıdaki şekillerde gösterir.

- Uterus arkuatustan, uterus didelphyse kadar uzanan füzyon defektleri
- Septum rezorpsiyon yetmezliğine bağlı kavite içi ve vajen longitudinal septum anomalileri
- Ürogenital sinusle kaynaşmada oluşan transvers septum defektleri
- Tek taraflı Müller kanalının yetersiz gelişmesi veya gelişmemesi ile ilgili, kaviteleri ilişkili ya da ilişkisiz rudimanter uterus, unikorn uterus, paramesonefrik kist gibi tablolar.
- Müller kanal agenezi ya da hipoplazisi.

Kliniğimize ilk başvurduğunda 38 haftalık gebeliği olan, sağ adneksiyal 15-20 cm boyutlarında fluktuasyon veren düzgün sınırlı kitlesi saptanan, iki gün süre ile klinikte bulunduğu süreçte prenatal tüm incelemelere rağmen kesin tanısı ancak travayın başlamasıyla birlikte uygulanan seksiyon-sezaryen sırasında konabilen komplet uterus bikornisli vaka, şiddetli uterin anomalili kadınlarda da sorunsuz geçen gebelik süresinin bulunabileceğini gösteren bir örnek olduğu için takdim edilmiştir.

Vaka

23 yaşında, 16 aylık evli hasta kliniğe gebe kontrol muayenesi için ilk kez başvurdu. Öyküsünden birinci gebeliği olduğu, gebeliği süresince 4-6 hafta aralarla çeşitli merkezlerde izlendiği, gebelik öncesi ve sırasında her hangi bir yakınmasının olmadığı ifade edildi.

Abdominal muayenede, sefalik prezantasyonda, ancak angajmanı tamamlanmamış miyad ölçülerine uyan gebelik bulguları saptandı. Uterus sağ tarafında 15-20 cm'lik adneks alanına uyar lokalizasyonda, semi mobil kistik kitle palpe ediliyordu.

Vajinal bimanuel muayenede dilatasyon, effasman olmadığı anlaşıldı.



Şekil 1.



Şekil 2.

Ultrasonografik incelemede 38±2 hafta ölçümlere uyan normal yapıda canlı fetus, sağda 15x20 cm boyutlarında, cıdar kalınlığı 0.2-0.3 mm arasında değişen içi hipoekojen kitle görünümü vardı. Transabdominal doğumu planlanan vakada cerrahi girişimin yönlendirilmesi, bu arada üriner sistem taraması ve kitle kökeninin iyi araştırılması için yaptırılan MR incelemesinde ovarial kaynaklı olması muhtemel kitle olarak rapor edildi.

Kan biyokimyası, parametreleri normal sınırlarda idi, vital bulgularında atipik bulgu saptanmadı.

Miadda gebelik+sağ ovarial kitle, miadda gebelik+genital traktus anomalisi ön tanılıyla seksiyosezaryen ile doğurtulması planlanan hastanın kliniğe yatırıldığı ikinci günü sonunda kontraksiyonlarının başladığı kardiyotokograf ile saptandı. Kontraksiyonlarıyla birlikte vajenden pürülan akıntısı başlayan hastada vajinal muayene sonrası 4 cm servikal dilatasyon, % 80 effesman ve -3 Hodge düzleminde angajmanı tamamlanmamış sefalik prezantasyon saptanan hasta derhal seksiyosezaryen için hazırlandı, sol kornuda gelişen 3400 gram ağırlığında, 50 cm boyunda fetus apgar skoru 10 olarak doğurtuldu (Şekil 1, 2). Seksiyo sırasında uterin anomalisinin tipi ancak belirlenebildi. Doğum sonrası sorunu olmayan hasta post operatif 5. gün taburcu edildi.

Doğumdan 6 ay sonra kısa ajutajlı Rubin kanülü ile çekilen HSG'de gebelik gelişen kornunun radyo opak madde ile dolduğu, diğer kornuya geçişin sınırlı kaldığı görüldü (Şekil 3). Ultrasonografik incelemesinde ise gebeliğin geliştiği kornunun daha belirgin olduğu dikkati çekiyordu. Tek serviksi ve iki internal orifisi bulunan tek servikal kanalı bu seviyede kaviteyi eşit ağırlıklı olarak servikal kanalla ilişkili olduğu seksiyo sırasında görülen bu vakada, gebelik gelişen kavite tarafındaki internal orifiste radyoopak madde geçişine daha elverişli konuma geldiği düşünüldü (Şekil 4).



Şekil 3.

Tartışma

Müller (paramesonefrik) kanallarının embryonal hayatın 8. haftasında başlayıp ilk 3 ayda tamamlanan regresyonu, kromozomal seksle ilişkili XY karyotipindeki gonadın sertoli hücrelerinin salgıladığı glikoprotein yapısında ve etkilerini reseptörler vasıtasıyla gösteren Müllerien İnhibiting Faktör'e (MİF) bağlıdır. Müller kanal-



Şekil 4.

ları bu faktörün etkisiz olduğu durumlarda ya da bulunmadığı XX karyotipinde gonada sahip dişi cinste iç genital organlarının geliştiği temel yapıdır.

Uterin anomalili kadınların %20-25'inde infertilite sorunlarıyla karşılaştığı, habituel abortusların %10-15'inin uterin anomalilere bağlı olduğu söylenmektedir (3,4,5,6). Gebelikleri devam eden vakaların %20-25'inde ise yükselen intrauterin basınca sekonder olarak servikal yetmezlik, erken doğum eylemi ile 2. trimester ve 3. trimester başında gerçekleşen immatür ve prematür doğumlar nedeniyle respiratuar distress sendromundan fetus kayıplarının arttığı vurgulanmakta (7,8), bu nedenle bazı vakalara servikal serklaj operasyonları uygulandığı ve başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir (9,10).

Gebe olmayanlarda dismenore ve disparoni dikkat çekici jinekolojik semptomlar olup, servikal kanal ya da uterus alt segmente pasajı olmayan rudimenter hornlu vakalarda adolesan çağ ve hemen sonrasında ortaya çıkan hematometra ya da piyometranın meydana getirdiği vajen yan duvarı ve adneksiyal alanda kitle bulunması, bunun yanında RİA ile korunmada, rahim tahliyesinde başarısızlık genital traktus anomalisini çağrıştırır (5,7,9).

Hastamızda yukardaki semptomların olmaması ve abortus, erken doğum eylemi ve servikal yetmezlik belirtilerinin miada kadar görülmemesi ileri derecede deformitesi bulunan bu vakada ilgi çekicidir.

Literatürlerde uterin anomalili vakaların %50'sinde gebelik seyrinin asemptomatik olabileceği belirtilse de bu durumun daha çok hafif anomalili vakalarda görülebileceği, inkomplet bikornis, arcuat uterus ve subseptusların doğum sırasında saptanacağı zikredilmektedir (6,8,9).

Uterus anomalileri ile birlikte seyreden gebeliklerde ilk trimesterde dikkatli yapılacak ultrasonografinin rolü çok önemlidir(10). Farkına varılmadığı taktirde ileri gebelik haftalarında süprizlerle karşılaşmak mümkündür. Nite-

kim vakanın bize ulaştığında yapılan ultrasonografisinde overe de ait olabilecek adneksiyal kitle düşünülmüş, operasyonun yönlendirilmesinde kolaylık sağlayabilmek, aynı zamanda üriner sistem ve genital traktusun iyi değerlendirilmesi amacıyla yaptırılan MR görüntülenmesinde dahi adneks alanındaki kitlenin kökeni saptanamamış, ovaryal kist dermoid üzerinde durulması gereği rapor edilmiştir. Literatürlerde özellikle müllerian agenezili vakalarda %40'lara varan renal agenezis ve pelvik lokalizasyonlu ektopik böbrekle karşılaşılacağı vurgulanmaktadır (11). Ancak vakamızın MR görüntülenmesinde üriner sistem deformitesinin olmadığı belirlenmiştir.

Kardiyotokografik izlenimle aktif kontraksiyonlarının başladığı saptandığında pürülan vaginal akıntı ile kitlesi biraz küçülen vakada fetus angajmanının olmaması seksiyoye ile doğurtulmasına karar verilmesine ilave bir etken olmuş, seksiyoye-sezaryen sırasında komplet uterus bikornis olduğu görülmüş (Şekil 1, 2), piyometra ile dolu olan diğer kornunun fetus angajmanını engellediği tespit edilmiştir.

Septum deformiteli vakalarda histeroskopik rezeksiyon ve bikorn uteruslarda uygulanacak transabdominal unifikasyon operasyonları ile %60-75'lik reproduktif başarı şansı elde edilebileceği belirtilmektedir (8,9,11). Bu vaka ise diğer bir çok kaynakta vurgulandığı gibi unifikasyon operasyonlarının infertil uterin anomalili kadınlarda diğer faktörler ekarte edildikten ve infertilitenin anomaliye bağlı olduğu saptandıktan sonra yapılması gerektiğini gösteren güzel bir örnek olmuştur (3,5,9,12).

KAYNAKLAR

1. David Muram MD. Pediatric & Adolescent Gynecology in Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Ed. Martin L. Pernoll Appleton and Lange Comp. 25. Van Zant Street Norwalk. 1991: 629-56.
2. Yıldırım M. Uterin Anomaliler. Klinik İnfertilite. Ankara: Eryılmaz Ofset, 2000: 189:125-37.
3. Hienonen PK, Saarikoskis S, Pystynen P. Reproductive Performance of women with uterin anomalies. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61:157.
4. Rock JA, Schaff WD. The obstetrical consequences of utero-vaginal anomalies. Fertil Steril 1985; 43:681.
5. Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. Hum Reprod 1993; 8:122.
6. John A, Rock H, Murphy AA. Anatomic abnormalities. Clinical Obstetrics and Gynecology 1986; 4:886-911.
7. Lauersen NH. Spontaneous Therapeutic Abortion; in Complications in Obstetric and Gynecologic Surgery. Ed. Schaefer G, Graber AE. Harper&Row publishers 2350 Virginia Avenue, Hagerstown Maryland. 1981: CH6, 70-90.
8. Graabe RA, Polan ML. Uterin Evaluation in Decision Making in Infertility. Ed. De Cherney B.C. decker Inc. Toronto Philedelphia, 1988: 76-7.
9. John R, Fleigner H; Uncommon problems of the double uterus. The Medical Journal of Australia 1986; 17:50-2.
10. Mc Ardle CR, Berezin A. Ultrasound demonstration of uterus subseptus. J Clin Ultrasound 1980; 8:139.
11. Acin P, Ruiz JA, Hernandez JF, Susarte F, Del Moral AM. Renal agenesis in association with malformation of the female genital tract. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:1368-70.
12. Faulk PW, Carolyn BC, Mc Intyre JA. Recurrent pregnancy loss in infertility. Wd. Machel M Seibel. Appleton & Lange Inc. Norwalk. Ch20, 1990: 273-302.

Geliş Tarihi: 19.12.2000

Yazışma Adresi: Dr.Necip KEPKEP
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, GAZIANTEP