

Uterin Rüptür Olgusunda Tesadüfen Saptanan Unilateral Ovaryen Agenezi ve Rudimenter Fallop Tüp

Incidental Finding of Ovarian Agenesis and a Rudimentary Fallopian Tube in a Case of Uterine Rupture: Original Image

Dr. Mertihan KURDOĞLU,^a
Dr. Ertan ADALI,^a
Dr. Recep YILDIZHAN,^a
Dr. Ali KOLUSARI,^a
Dr. Zehra KÜÇÜKAYDIN,^a
Dr. İrfan BAYRAM^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
^bPatoloji AD,
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Van

Geliş Tarihi/Received: 17.12.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 11.02.2009

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
Ulusal Eğitim Sempozyumu
(25-29 Ekim 2007 Antalya / Gloria Golf
Resort)'nda poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Mertihan KURDOĞLU
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van,
TÜRKİYE/TURKEY
mkurdoglu@yyu.edu.tr

ÖZET Müllerian anomalilerin gonadal gelişim anomalileriyle beraber tespiti, farklı embriyolojik gelişime sahip iki sistemin eş zamanlı etkilenebileceğine ilişkin nadir örneklerden biridir. Otuz beş yaşında, bir dış merkezden baş-pelvis uygunsuzluğu tanısıyla kliniğimize sevk edilen hastanın sezaryeninde uterin rüptür tespit edildi. Ayrıca, daha önceden hiçbir operasyon geçirmeyen hastanın sağ adneksi doğal olarak izlenirken, sol overinin olmadığı ve sol tubasına rudimenter görünümde ve uterusun lateralinde subserozal yerleşimli olduğu gözlemlendi. Subtotal histerektomi uygulanarak operasyona son verildi. Fallop tüpün üst kısmının kanalizasyonundaki bir hata veya vasküler bir kaza, henüz bilinmeyen parakrin ve otokrin sinyaller dolayısıyla yanındaki gonadın gelişiminin engellenmesiyle sonuçlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Over; anormallikler; fallop tüpleri; uterin rüptür

ABSTRACT The detection of Mullerian anomalies together with gonadal developmental anomalies is one of the rare examples to show that two systems with different embryological development may be affected simultaneously. Uterine rupture was detected during cesarean section in a 35-year-old patient referred to our clinic with a diagnosis of cephalopelvic disproportion. Although she had not been operated on before, her left ovary was absent and her left tuba uterina was rudimentary and located subserosally on the lateral side of the uterus in contrast to the right adnexa, which were normal. The operation ended after subtotal hysterectomy had been performed. A defect in the canalization of the upper part of the fallopian tube or a vascular accident may lead to impairment of gonadal development with yet unknown paracrine and autocrine signals.

Key Words: Ovary; abnormalities; fallopian tubes; uterine rupture

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(2):113-6

Genital sistemin intrauterin dönemdeki gelişimi oldukça kompleks olmakla birlikte diğer sistemlerde olduğu gibi belirli bir düzen içinde gerçekleşmektedir. Overin embriyonel gelişim sürecinde, allantois ve yolk kesesi endoderminde bulunan primordial germ hücrelerinin, etraflarındaki mezeneşimal doku ve çöломik epitel ile etkileştiği ve morfolojik olarak indiferansiye gonadal yapıyı oluşturduğu bilinmektedir. Müllerian kanalın gelişimine devam edip Wolffian kanalın gerilediği durumlarda dışı embriyo yönünde cinsiyet farklılaşması görülmekte olup uterus ve fallop tüplerinin gelişimi de yine çöломik epitelin invajinasyonundan meydana gelen paramezonefrik (müllerian) kanallardan olmaktadır. Bu gonadal yapılar, yapılanmalarını tamamlayıncaya kadar gelişimlerine devam ederek

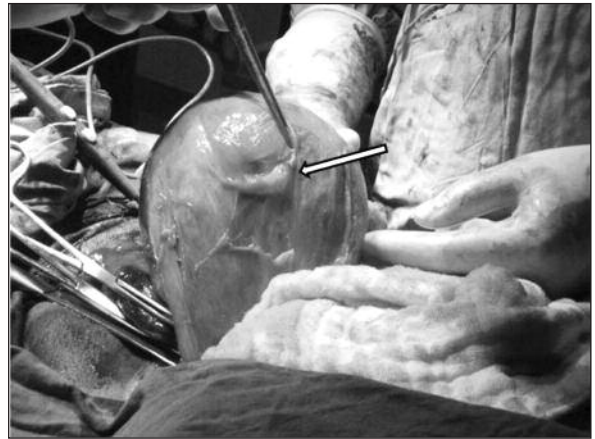
sonunda yenidoğanda tespit edilen morfolojilere erişmektedirler. Paramezonefrik kanal defektlerinde ise genellikle uterus ve fallop tüpü anormallikleri görülürken, renal ve üreter anormallikleri de buna eşlik edebilmektedir.^{1,2}

Müllerian anomalilerin gonadal gelişim anomalileriyle beraber tespitine ilişkin literatürdeki olgu sayısı oldukça azdır.² Bu durum, farklı embriyolojik gelişime sahip iki sistemin eş zamanlı etkilenebileceğine ilişkin nadir örneklerden biridir. Biz, bu çalışmamızda uterin rüptür ile gelen bir olguda sezaryen esnasında insidantel olarak karşılaştığımız rudimenter tuba ve ipsilateral over agenezisi olgusunu özgün resimleriyle birlikte sunmayı amaçladık.

Otuz beş yaşında, gravidası 6, yaşayanı 5 olan ve son adet tarihini bilmeyen gebe hasta, bir dış merkezden baş-pelvis uygunsuzluğu ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Şiddetli göğüs ağrısı olan ve sırt üstü yatamayan hastanın hikâyesinden yaklaşık 6 saattir doğumun ikinci fazında olduğu öğrenildi. Tansiyonu 160/110 mmHg, nabızı 120 atım/dakika olan hastanın hemogramında hemoglobin (Hb) 14.2 g/dL ve beyaz küre sayısı (BK) $27.9 \times 10^3/\text{mm}^3$ olarak tespit edildi. Vajinal muayenesinde tam servikal açıklığa rağmen fetal başa ulaşılamıyordu. Ultrasonografide tüm fetal biyometrik değerler ölçülebilen değer aralıklarının üzerindeydi ve fetal kardiyak aktivite yoktu. Sezaryene alınan hastanın uterusunda alt segmentten serviks sol lateralini de içine alacak şekilde rüptür ve bu kısımlardan sızıntı tarzında kanamaların olduğu gözlemlendi (Resim 1). Batında yaklaşık 500 cc kadar hemorajik sıvı mevcuttu. Rüptür alanından, 6500 g eks erkek bebek doğurtuldu. Öz geçmişinde hiç bir operasyon öyküsü olmayan hastanın pelvik eksplorasyonunda sağ over ve tuba, sağ infundibulopelvik, uteroovarian ve rotundum bağları ile sol rotundum bağı doğal izlenirken, sol over ile sol infundibulopelvik ve uteroovarian bağlar izlenemedi; sol tuba rudimenter görünümde olup uterusun lateralinde subserozal yerleşimliydi (Resim 2). Uterin rüptür alanının oldukça geniş ve doku kenarlarının düzensiz ve ödemli olması nedeniyle primer tamir yerine subtotal histerektomi tercih edildi. Hastanın çocuk sayısını tamamlamış olması ve yaşının da çok



RESİM 1: Uterin alt segmentten serviks sol lateralini de içine alacak şekilde uzanan rüptür alanı (ok).



RESİM 2: Sol adneksial alanda over, infundibulopelvik ve uteroovarian bağları izlenmemekte ve uterusun lateralinde subserozal yerleşimli rudimenter fallopian tüp görülmekte (ok).

genç olmaması bu kararı daha rahat vermemizde etkili oldu. Serviks sol lateralindeki lezyon ise onarılarak servikal bölge yerinde bırakıldı. Disloke bir sol overin mevcut olup olmadığını ortaya koymak üzere, pelvis ve abdomenin özellikle sol yarısı eksplere edildi ve bu esnada sol geniş (broad) ligament peritonu da açılarak kranial doğrultuda retroperitoneal alan da incelemeye dahil edildi. Bu eksplorasyon esnasında sol overe ait olabilecek bir yapıya rastlanmadı. Hastanın postoperatif bakılan hemogramında Hb: 10.6 g/dL, BK: $14.6 \times 10^3/\text{mm}^3$ olarak bulundu ve vital bulguları stabil seyretti. Operasyonda eksize edilmiş olan spesmenin patolojik incelemesinde uterusun lateralindeki rudimenter

görünümdeki yapı, tuba uterina ile uyumlu olarak rapor edildi. Operasyondan sonra çekilen intravenöz piyelografide her iki böbrek ve toplayıcı sistem doğal olarak izlendi. Hasta, postoperatif 8. gün taburcu edildi.

Literatürde, yakın bir tarihte, bir sezaryen operasyonu esnasında tesadüfen saptanan unilaterale over agenezi ve Müllerian anomali (unikornuat uterus) birlikteliği rapor edilmiştir.³ Bizim olgumuzda da sezaryen esnasında insidantel olarak rudimenter tuba ve ipsilateral over agenezisi birlikteliğiyle karşılaşılmıştır. Olgumuzun tek tuba ve tek overe rağmen reproduktif performansının hiç etkilenmemiş olması oldukça ilginçtir. Hastamızın 6 gebeliğinin ve 5 yaşayan çocuğunun olması, tek tuba ve tek overin de doğurganlık için yeterli olduğunun en güzel kanıtını oluşturmaktadır. Haydardedeoğlu ve ark.nın sunmuş olduğu bir unikornuat uterus ile birlikte ipsilateral ovarian ve renal agenez olgusunda da hastanın başarılı üç term doğumunun olduğu vurgulanmıştır.²

Unilateral over agenezi için iki olası açıklama ileri sürülmüştür: bunlardan birincisi, tüm Müllerian kanal ve mezonefrik sistemde görülen tek taraflı gelişimsel defekt veya genital kabartı bölgesine ve Müllerian kanalın kaudal kısmına lokalize bir defektir. Ancak bu durumda unikornuat uterus, tek fallop tüp ve bir rudimenter veya ektopik böbrek görülmesi beklenir. İkinci açıklama ise gonadın normal bağlantılarından tamamen ayrılması olup bu durumun da, doğumda, çocuklukta veya erişkin yaşamda ovarian pedikülün torsiyonu neticesinde oluşabileceği düşünülmüştür.⁴

Unilateral overin tespit edilememiş olmasının bir başka nedeni de inmemiş over olabilir ve bu over, lumbar bölgeden pelvise kadar olan kısımda ektopik bir pozisyonda bulunabilir. Overin inişi, gonadın alt ucuna bağlı olan bir mezenşimal kord olan gubernakulum tarafından yönlendirilmektedir. Gubernakulum, daha sonra uterusu ulaşmakta ve ovarii proprium (uteroovarian) ve rotundum bağlarını oluşturmaktadır. Buna karşılık asıcı bağ, overin üst ucuna bağlanmakta ve gelişim süreci içerisinde zamanla infundibulopelvik ligamenti oluşturmaktadır. Over iniş anomalisi olan olgularda overin üst

ucu çok yukarılarda, pelvik girimin üzerinde bulunmakta olup bu durum da kısa infundibulopelvik bağ ve mezovarium yanında uzun uteroovarian bağ ile birlikte görülmektedir. Bizim olgumuzda ise overin tespit edilmediği tarafta infundibulopelvik ve uteroovarian bağlara da rastlanılmamıştır. Pelvik girimin üzerinde de devam etmiş olan eksplorasyonda over dokusuna rastlanılmaması da hastamızın, over iniş olgusundan ziyade over agenezili bir olgu olduğunu düşündürmektedir. Ek olarak, şimdiye kadar rapor edilmiş tüm over iniş anomalili olgularda fimbrial ucu, inmemiş overle normal bir ilişki gösteren uzamış bir fallop tüp tarif edilmiş olup, bizim olgumuzdaki rudimenter tuba bu tabloya uymamaktadır. Ancak, bu olguda intraoperatif eksplorasyon yapmış olmamız dolayısıyla gerekli görmemiş olsak dahi, over iniş anomalisini ekarte etmede, postoperatif klomifen sitratla over stimülasyonu sonrası magnetik rezonans görüntülemenin yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.⁵ Haydardedeoğlu ve ark. da intraoperatif unilateral over agenezi saptadıkları ve diğer overini de aldıkları bir olguda ektopik overi ekarte etmek için postoperatif folikül stimüle edici hormon (FSH) ve estradiol (E₂) düzeylerini ölçmüşlerdir.² Bizim olgumuzdaki gibi tek yumurtası yerinde bırakılan olgularda ise bu yöntemin kullanılmasının söz konusu olamayacağını düşünmekteyiz.

Fallop tüpün olmaması veya rudimenter gelişiminin nedeni olarak da Müllerian kanalın kanalizasyonunda bir bozukluk ileri sürülmüş ve bu durumun aynı zamanda unikornuat uterus ile sonuçlanabileceği de belirtilmiştir. Fallop tüpün üst kısmının kanalizasyonundaki bir hata veya vasküler bir kazanın, henüz bilinmeyen parakrin ve otokrin sinyaller dolayısıyla yanındaki gonadın gelişiminin engellenmesiyle sonuçlanabileceği de olası patofizyolojik mekanizma olarak düşünülmüştür ve bizim olgumuzda da bu mekanizmanın geçerli olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu konu hakkında çok net bir gelişimsel neden ortaya konamamıştır.⁵

Fetal dönem boyunca tuba uterina ve over gelişiminin bilinmesi, izole veya kombine konjenital tuba uterina ve over defektlerinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu konu hakkında rapor

edilecek daha fazla sayıdaki olgunun ve ileri düzey çalışmaların, seyrek görülen bu malformasyonların çeşitliliğinin ortaya konması açısından yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

Teşekkür

Russell Fraser'a makalenin İngilizce özetinin dilbilgisi kontrolündeki katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Tosun M, Aktan M, Duman S, Erdoğan E, Taşkapu H. [Factors influencing male and female gonadal development in intrauterine period.] Türkiye Klinikleri J Med Sci 2000;20(1):40-6.
2. Haydardedeoglu B, Simsek E, Kilicdag EB, Tarim E, Aslan E, Bagis T. A case of unicornuate uterus with ipsilateral ovarian and renal agenesis. Fertil Steril 2006;85(3):750.e1-750.e4.
3. Demir B, Guven S, Guvendag Guven ES, Gunalp GS. An incidental finding of unicornuate uterus with unilateral ovarian agenesis during cesarean delivery. Arch Gynecol Obstet 2007;276(1):91-3.
4. Eustace DL. Congenital absence of fallopian tube and ovary. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992;46(2-3):157-9.
5. Trinidad C, Tardáguila F, Fernández GC, Martínez C, Chávarri E, Rivas I. Ovarian maldescent. Eur Radiol 2004;14(5):805-8.