

İnfertil olgularda uterin anomalilere yaklaşım

Recep YILDIZHAN (*), Ertan ADALI (*), Begüm YILDIZHAN (*), Emre ERDOĞDU (**), Necdet SÜER (***)

SUMMARY

Approach to uterine anomalies in infertile cases

In literature, uterine anomalies are seen 10-15 times more in infertile cases. Our aim is to point out the importance of evaluation of uterine anomalies, with our case. Special diagnostic procedures to detect uterine anomalies are not usually performed before reproductive performance is tested. Most patients evaluated for repeated abortion and found to have a uterine anomaly will have a septate uterus. A few will have other anomalies, mostly the bicornuate uterus. Fetal survival rates are higher after septate uterus repair than after other repairs.

Key words: Uterin abnormalities, infertility

Anahtar kelimeler: Uterin anomaliler, infertilite

TARTIŞMA

Uterus anomalilerinin sıklık değerlendirmesinde % 0.03-75 arasında bildirilmiş rakamlar vardır. Yine, doğumların % 0.25 kadarında saptandığını belirten yayınlar vardır. İnfertil olgularda anomali beklentisi 10-15 kat daha fazladır. 1/5000 sıklıkta görülür. Bunların % 8'inde fonksiyonel endometrium saptanmıştır. Başlıca uterin anomalilerden, hipoplazi, agenesis embriyoner yaşamın 7. haftasındaki bir defekten kaynaklanır. Genellikle vagenin de gelişmemiş olması beklenir (1). Sağlıklı bir gebelik beklenmez, overlerden elde edilen oositler ile IVF yapılarak başka bir annenin uterusunda gebelik devamı düşünülür. Seksüel yaşam için vaginoplasti yapılır (2).

Uterus unikornusa hemiuterus da denir. Daha çok abortus nedeni olarak karşımıza çıkar. Abortus beklentisinin % 8-86 olduğunu bildiren yayınlar vardır. Daha çok 2. trimester abortusları görülür. Prematür eylem olasılığı % 8-38 arasında saptanmıştır. Uterus didelfis olgularının % 75'inde vaginal septum vardır. % 35 abortus beklentisi, % 19 preterm eylem, % 60 canlı doğum bildirilmiştir. Birlikte olabilecek ürener anomalilere yönelik dikkatli olunmalıdır. Günümüzde bilinen tedavisi yoktur (3).

Uterus bikornus komplet, parsiyel ya da arkuat olabilir. % 61 abortus görülmüş olmasına rağmen lapa-raskopi ile doğrulanmış bikornuslarda bu oran % 35'dir. HSG'de uterus septus ile karıştırılır. Preterm doğum % 23'tür. Tedavisinde Strassman tipi birleştirici (unifikasyon) operasyonları uygulanabilmektedir.

Uterus septus komplet ya da parsiyel olabilir. Abortus oranı % 60'dır. Tedavisinde Jones ya da Tompkins tipi cerrahiler kullanılmış olsa da günümüzde histeroskopik

OLGU

Hasta ilk olarak 28.2.2002 tarihinde polikliniğimize, uterin anomali ön tanısıyla dışarıda izlendiği bir doktor tarafından gönderilerek başvurdu. 27 yaşında, 3 yıllık evli, G2P0A2 olan hastanın, 8 haftalık ve 12 haftalık abort öyküsü mevcuttu. Adetleri düzenli, fizik muayenesi olağan olup, öz geçmişi ve soy geçmişinde özellik yoktu. Yapılan jinekolojik muayenesinde; vulva-vajen doğal, kolum nullipar, uterus normal cesamette ve adneksler serbest idi. Histerosalpingografi (HSG)'de uterus unicollis bicornis halinde ve her iki tubadan geçiş gözlemlendi. İVP normal sınırlarda idi. Hastaya ikincil infertilite ve uterin anomali tanısıyla laparaskopi ve histeroskopi yapılması planlandı. Laparaskopide; uterus arkuat görünümünde, her iki over ve tubalar normal izlendi, metilen mavisinin her iki tubadan geçişi gözlemlendi. Histeroskopide; endometrial kavitede septum izlendi ve koter ile septum açıldı.

Hasta postoperatif 2. gün taburcu edildi. Hasta yaklaşık bir yıl sonra gebe kalması nedeniyle poliklinik kontrollerine gelmeye başladı. Son adet tarihi 28.04.2003 olan gebenin polikliniğimizde gebelik takipleri yapıldı. Hasta 18.01.2004 tarihinde makat geliş nedeniyle sezaryen oldu. Sezaryen sırasında uterusun arkuat olduğu görüldü, endometrial kavitede septum izlenmedi.

cerrahi kullanılır. Tedavi sonrası canlı doğum beklentisi % 75'den fazladır.

Uterus arkuatusta, fundusta olan minimal çukurluk şeklindeki yapısal değişiklik gebelik oluşumu ve prognozunu pek etkilememektedir. DES'e bağlı uterus değişiklikleri daha çok servikal yetersizlik, istmus hiperplazisi, T şeklinde uterin kavite ile karakterizedir. Ektopik gebelik, erken doğum, abortusa yol açabilir. Tedavide Jones ve Strassman modifikasyonu operasyonları kullanılmıştır. Günümüzde histeroskopi ile isthmus hiperplazisinin kesilmesi benimsenmektedir (4).

Uterusun değerlendirilmesinde laparoskopi ile uterusun makroskopik değerlendirilmesinin yanı sıra, tubal açıklığın gözlenmesi, komşu organ ve peritoneal yüzeylerin incelenmesi, overlerin değerlendirilmesine olanak verir. Ancak, uterin kavitenin değerlendirilmesine hiçbir katkısı yoktur. Ultrasonografi ise günümüzde uterusun indirekt yolla gözlenmesinin en yaygın yoludur. Doppler US uterin kan akımı ve verilen sıvının akım şekli ve tubal geçişi gösterebilir. Uterus septus, subseptus gibi uterin kaviteyi ilgilendiren patolojileri ortaya koymada ise yetersizdir. Uterin asimetri ve aplazileri izlemeye yardım eder.

Histeroskopi, uterin kavitenin direkt gözlenmesi ve saptanan patolojiye aynı seansta tedavi girişimi yapıla-

bilmesi en önemli avantajıdır. Ayrıca tubaların açıklığı ince bir kanül ile sınanabilmektedir (5). Tomografi anatomik bilgi verir, ancak dinamik bir inceleme olmadığından HSG'ye üstünlüğünden söz edilmemiştir. Sonohisterografi (SHG) infertilitede uterin kaviteyi değerlendirmede sıklıkla kullanılır. Gerek Doppler US gerekse 3D USG ile SHG'nin kombinasyonu ile tüplerden geçiş hakkında kabul edilebilir sonuçlar elde edilir. MRG ise uterusun anatomik incelenmesinde günümüzün en geçerli yöntemleri arasında olmasına karşın, pahalı oluşu nedeniyle detaylı araştırma uygulamaları dışında pek kullanılmamaktadır (6).

KAYNAKLAR

- 1. Quikley MM, Gwatkin RB:** Embryology and development defects of the female reproductive system. (in) Scott JR, Disiai PJ, Hammond CB, spellacy WN: Danforth's Obstetrics and Gynecology. JB Lippincott Co Philadelphia, 1994.
- 2. Heinonen PK, Saarikoski S, Pystynenp:** Reproductive performance of women with uterine anomalies. Acta Obstet Gynecol Scand 61:157-162, 1982.
- 3. Buttram VC, Gibbons WE:** Müllerian anomalies: a proposed classification (analysis of 144 cases). Fertil Steril 32:40-46, 1979.
- 4. Sims Ja, Gibbons WE:** Treatment of human infertility: the cervical and uterine factors. Adashi EY, Rock JA, Rosenwaks z. Reproductive Endocrinology, Surgery and Technology. Lippincott-Raven publishers, 1996.
- 5. Smith YR, Murray D, Zacur HA:** General techniques and instrumentation of operative hysteroscopy. (in) Azziz R. Practical Manual of Operative Laparoscopy and hysteroscopy. Springer Verlag, New York, 1997.
- 6. Doyle MB:** Magnetic resonance imaging in müllerian fusion defects. J Reprod Med 37:33-38, 1992.