

Tek taraflı nonkomminikan uterus didelfis

Esin ÇELİK (*), Sefa KURT (**), Şivekar TINAR (**), Esra Bahar GÜR (***)

SUMMARY

Unilateral noncommunican uterus didelphus

The incidence of congenital mullerian anomalies is as high as 3.2 % in population. Uterus didelphus is one of most frequent anomalies among mullerian anomalies.

We present a case of uterus didelphus with a blind vaginal pouch. The patient 24 years old was referred to our hospital with a pelvic mass of 5 cm. diameter. She had congenital unilateral renal agenesis and a history of cesarean section 2 years ago. After US and MRI, the diagnosis was uterus didelphus. Even though there are several treatment modalities in literature, we decided on hemihysterectomy by laparotomy.

As a result, in differential diagnosis of unilateral pelvic, mullerian anomalies must also be considered and USG and MRG may be of important in investigation of such cases.

Key words: Uterus didelphus, mullerian anomalies

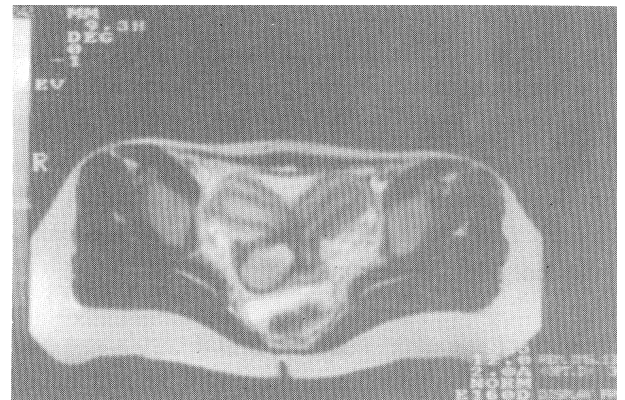
Anahtar kelimeler: Uterus didelfis, müllerian anomaliler

Konjenital müllerian anomaliler toplumda % 3.2'ye kadar yükselen bir oranda görülmektedir (1). Bu anomaliler içinde uterus didelfis en sık olanlarından ve olguların yaklaşık % 10.4'ünü oluşturur (2). Bizim olgumuz, bir tarafın kör bir vagenle sonlandığı uterus didelfis olması nedeniyle az görülen bir durumdur.

OLGU

Hastamız 24 yaşında pelvik kitle ön tanısı ile hastanemize sevk edilmişti, 5 yıllık evli ve sezeryan ile 2 sene önce doğumu mevcuttu. Hasta doğuştan tek böbrekli olduğunu ifade etmekteydi. Hastanın yapılan vaginal muayenesinde, uterusun sağ lateralinden köken alan uterusu sola doğru deviyen 5-6 cm büyüklüğünde sol adneksial kistik kitle mevcuttu. Overler normal olarak değerlendirildi. Hastanın tek vagen ve tek serviksi mevcuttu. Yapılan ultrasonografik incelemede; uterus didelfis mevcut olup, sağdaki uterusu hematometra, hemato-

kolpos görünümü vardı, soldaki uterus normal olarak değerlendirildi. İki taraflı overler normaldi. Üst batin US'de sağ böbrek loju boş, sol böbrek normaldi. Hastanın 2 yıl önce yapılan sezeryan doğumu sırasında herhangi bir uterin anomali hastaya söz edilmemişti ve elinde operasyona ait bir not yoktu. Hastaya yapılan anestezi altı muayenede, sağdaki uterus veya vagene ait herhangi bir açıklığa rastlanmadı. Vagene bası yapan kistik oluşumdan yapılan ponksiyon koyu kıvamlı, hemorajik mayii olarak geldi. İzlenebilecek ekstra patolojik bulguların tespitine yönelik multiplanar kesitsel anatomik bilgi veren ve komşuluk ilişkilerini detaylı tarif edebilme olasılığı sağlayan MRG tetkiki yapıldı. Bu incelemede, uterus didelfis hali mevcut olup, sağdaki uterus kavitesinde hematometra ve hematometra ile uyumlu görünüm vardı. Yine, supravazikal alanda orta hat ve sağ parasagittal yerleşimli 5x6 cm boyutlara ulaşan sıvı-sıvı seviyelenmesi bulunan kistik kitle lezyonu tariflenmekte idi (Resim 1). Hastaya laparotomi kararı verildi. Laparotomi sırasında hastanın önceki sezeryanının sol taraftaki uterusu yapıldığı gözlemlendi. Sağ taraftaki uterus sol taraftakinden daha büyük ve yumuşaktı. Bilateral overler normal görünümde idi. Sol tuba sağlıklı görünümle birlikte sağ tubada nodüleriteler mevcuttu (Resim 2). Hemihisterekтоми yapıldı. Sağ taraftaki uterusun vagene benzer, ama açıklığı olmayan kör bir poşla sonlandığı gözlemlendi. Bu poş sol taraftaki serviksin önüne doğru uzanmakta idi ve poş içinde hematometra mevcuttu. Poş içeriği boşaltıldı ve cep eksize edildi. Kalan kısım, tabandan başlayarak doldurularak kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmayan hasta 3 ay sonra



Resim 1. Hastanın MRG görüntüsü

Bu olgu sunumu 16-20 Eylül 2003 tarihinde Antalya'da yapılan V. Türk-Alman Jinekoloji Derneği ve II. Reproductive Medicine Tartışmalı Konular ve Çözümler Ortak Kongresi Bilimsel Programı ve Bildiri Özetleri'nde poster olarak sunulmuştur., SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Asist. Dr.*; Op. Dr.**; Dr.***



Resim 2. Olgunun cerrahi görünümü

kontrole çağrıldı. Kontrolünde bırakılan uterus normal olup sağ tarafta herhangi bir kitle lezyonu saptanmadı.

TARTIŞMA

Müllerian anomaliler toplumda oldukça sık görülür ve embriyolojik olarak müllerian kanalların tam olmayan gelişim veya füzyon defektleri nedeni ile ortaya çıkar. En sık rastlanan biçimi didelfis tipi müllerian anomalilerdir. Hastamız, kör bir vagenle sonlanan bir didelfis olgusu olup, oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Didelfis olguları genellikle ameliyat endikasyonu olmayan hastalardır. Fakat, hastamızda hematokolpos ve hematometra oluşması nedeni ile operasyon gerekmiştir. Bu tip olgularda literatürde vagenin kateterizasyonu ile drenajın sağlanması kimi zaman mümkün olabilmektedir, ama kısa süre sonra bu kateterize edilen yer tekrar kapandığından hastanın şikayetleri tekrar etmektedir (3). Bu anomalilerde tercih edilen yöntem, daha çok tek taraflı histerektomi yapılmasıdır (4). Bu operasyonlarda

laparoskopik yaklaşım tercih edilen bir seçenek olabilir (5). Bu hastaların operasyon öncesi eşlik edebilecek bir üriner sistem anomalisi mutlaka araştırılmalıdır, çünkü bunlarda % 31-100 kadar bildirilmiş renal sistem anomalileri mevcuttur (6,7). Müllerian anomalilerin incelenmesinde US'nin yanısıra MRG'nin de kullanılması üç boyutlu görüntü sağlar ve böylelikle operasyon öncesi hastayı değerlendirme kolaylaştırır (8).

Sonuç olarak; tek taraflı adneksial kitlelerde, özellikle hastanın bilinen bir üriner sistem anomalisi de mevcutsa müllerian sistem anomalilerini de göz önünde bulundurmak gerekir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, hasta daha önceden sezeryan geçirmiş olmasına rağmen, gebeliğin olduğu tarafın oldukça büyük olması nedeniyle diğer tarafın gözden kaçabileceği akılda tutulmalıdır. Tanının konmasında US ve MRG oldukça faydalıdır.

KAYNAKLAR

1. Simon C, Martinez L, Pardo F, et al: Müllerian defects in women with normal reproductve outcome. *Fertil. Steril* 56:1192-1193, 1991.
2. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 56(1):3-8, 1991.
3. J. Am. Assoc Gynecol. Laparosc 9(3):376-379, 2002.
4. Amara DP, Nezhat F, Giudice L, et al: Laparoskopik management of a noncommunicating uterine horn in a patient with an acute abdomen. *Surg Larasc Endosc* 7:56-59, 1997.
5. Nezhat F, Nezhat CR, Bess O, et al: Laparoskopik amputation of a noncommunicating rudimentary horn after a hysteroopic diagnosis: a case study. *Surg Laparosc Endosc* 4:155-156, 1994.
6. Buttram VC, Gibbons WE: Müllerian anomalies a proposed classification (an analsis of 144 cases). *Fertil Steril* 32:40-46, 1979.
7. Silber CG, Magnes RL, Farber M: Dublication of the with a noncommunicating functioning uterine horn. *Mt. Sinai J Med* 57:374-377, 1990.
8. Doyce MB: Magnetic resonance imaging in müllerian fusion defects. *J Reprod Med* 37:33-38, 1992.