

REKÜRREN GEBELİK KAYIPLARINDA KONVANSİYONEL CERRAHİNİN YERİ

Serap YALTI¹, Vedat DAYICIOĞLU²

Spontan abortus gebeliğin en sık görülen komplikasyonlarından¹. Klinik olarak saptanan spontan abortus oranı tüm gebeliklerin % 15 - %20' sidir. 20. gebelik haftasından önce gerçekleşen 3 ardışık klinik gebelik kaybı rekürren veya habituel abortus olarak adlandırılır. Genel popülasyonda %1' den az oranda saptanır. Warburton ve Fraser'e göre bir düşükten sonra canlı doğum oranı % 32, iki düşükten sonra % 26, üç düşükten sonra ise % 24 civarındadır². Habituel abortusların pek çok nedeni vardır; bunlar anatomik faktörler, medikal hastalıklar, genetik anormallikler, immunolojik nedenler, endokrin hastalıklar, radyasyona maruz kalma, çeşitli ilaçlar, çevresel toksinlerdir. Tekrarlayan gebelik kayıplarında anatomik nedenlerden konjenital uterin faktörlerin %10 - 50 oranında etkili olduğu, buna karşın leiomyom ve intrauterin adezyonlar gibi edinsel faktörlerin reproduktif fonksiyonu daha az etkilediği saptanmıştır. Konjenital uterin anomalilerin klasifikasyonunun netleştirilmesi, sadece obstetrik sonuçların, rekürren gebelik kayıplarının etyolojisi açısından değil, yapılacak cerrahi girişimin seçimi ve sonuçları açısından da son derece önemlidir. Bu anomaliler müllerien kanalların inkomplet füzyonu, anormal füzyonu ve/veya gelişiminin durmasıyla oluşabilen heterojen malformasyonlar grubudur. 1675 yılında ilk kez Mauriceau tarafından ortaya atılan sınıflandırma 1907 yılında Strassmann tarafından hayli farklı ele alınmıştır. Strassmann müllerien anomalileri simetrik (uterus didelfis, bikornuat, septat) ve asimmetrik (unikornuat) olarak ayırmıştır. Kaufman 1992 tarihinde daha uniform bir sınıflandırma önermiş, günümüze en yakın olan klasifikasyon ise Buttram ve Gibbons tarafından yapılmıştır³. 1988 yılında Amerikan Fertilite Cemiyetinin yapmış olduğu klasifikasyon bugün temel olarak kabul edilmektedir⁴. Amerikan Fertilite Cemiyetinin ortaya koyduğu Müllerien anomalilerin klasifikasyonu:

Klas I: Segmental Müllerien agenezi-hipoplazi

- Vaginal
- Servikal
- Fundal
- Tubal
- Kombine anomaliler

Klas II: Unikornuat

- Komunikan
- Nonkomunikan
- Kavite yok
- Horn yok

Klas III: Didelfis

Klas IV: Bikornuat

- Komplet
- Parsiyel

Klas V: Septat

- Komplet
- Parsiyel

Klas VI: Arkuat

Klas VII: Dietilstilbestrol anomalileri

Konjenital müllerien anomalilerin gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. Pekçok anomali asemptomatiktir, bu nedenle teşhis edilemez. Teşhise genellikle pelvik veya abdominal cerrahi sırasında tesadüfen veya otopside varılır. Prematüre doğum yapanlarla, anormal fetal prezantasyon gösteren hastaları içeren geniş bir seride yapılan çalışmada müllerien anomali insidansı tüm doğumların % 1 ila %3.5 'u arasında tespit edilmiştir⁵. Postpartum muayenede ise bu oran %3.3 olarak saptanmıştır⁶. 1940-1971 yılları arasında gebeliklerinde dietilstilbestrol kullanan 2-3 milyon kadından dolayı bugün en sık görülen uterin anomali ilaçla ilgili alanıdır⁷. Uterin anomalilerin teşhisinde en spesifik ve sensitif yöntem histerosalpingografi olmakla beraber bu yöntemle nonkomünikan horn saptanamaz, bikornuat ve septat uterus arasında ayırım yapılamaz. Laparoskopji, histeroskopi, pelvik ultrasonografi kombine veya tek tek kullanılan yöntemler arasındadır. Son 10 yıl içinde magnetik rezonans ile görüntüleme popüler bir metod olmuştur. Müllerien anomalileri klinik özellikleri ve cerrahisi ile irdeleyecek olursak;

UNIKORNUAT UTERUS

Tek bir müllerien kanalın normal, diğer kanalın ise parsiyel veya hiç gelişmemesi ile karakterize bir patolojidir. Klas Ila'da fonksiyonel endometrial doku mevcuttur. Klas Iib'de komünike değildir.

Klas IIc'de ise rudimenter horn yoktur. Beraberinde sıklıkla uriner trakt anomalileri bulunur. Fertilité üzerine olumsuz etkilerinin ne ölçüde olduğu bilinmemekle beraber, fekondasyon oranını bariz olarak azaltmaktadır. Pek çok araştırıcı ise, fetal sürvinin didelfis uteruslardaki gibi olduğunu vurgulamıştır ve bu iki anomali için hemiuterus tanımlamasını getirmiřlerdir⁸. Unicornuat uteruslarda abortus oranı %8-%86 arasında bildirilmiştir. 2.trimestrde saptanan yüksek abortus oranları tabloya servikal yetmezliğin eklenmesinden dolayıcıdır. Preterm doğumlarda özđün bir cerrahi yaklaşım ortaya konmamakla beraber önerilen servikal serklajdır. Prematür doğum % 8-% 38, anormal prezentasyon % 67, canlı doğum oranı ise % 54 civarındadır. Nonfonksiyonel veya komunike rudimenter hornun çıkartılması řart değildir, ancak hasta infertil olsun veya olmasın hematometra, hematosalpenks, endometriosis gelişimini önlemek için nonkomunike fonksiyonel hornun çıkarılması gerekmektedir. Nonkomunike fonksiyonel 4 rudimenter hornu olan unikornuat uterus olgularında karşı taraftan ovum ve spermin transperitoneal migrasyonu ile oluşabilecek ektopik gebelik ve rüptür olasılığı göz önüne alınarak rudimenter horn çıkarılmalıdır. Holden ve Hart'in çalışmalarında 1669 yılından bu yana 350 rudimenter horn gebeliği saptanmıştır. O'Leary ve O'Leary %8 vakada rudimenter horn gebeliği bildirmişlerdir⁹.

UTERUS DİDELİFİS

Müllerien kanalların orta hatta tam birleşememeleri, ancak her iki kanalın da normal diferansiyasyonu neticesinde uterus ve serviksin dublikasyonu ile sonuçlanan bir malformasyondur. %75 vakada vaginal septum vardır. Didelfiste spontan abortus oranı %35, erken doğum % 15, canlı doğum ise %60 olarak bildirilmiştir. W.S.Jones'e göre de en kötü obstetrik prognoz didelfis uterustadır¹⁰. Uteroplasti işleminin zor olması ve bu anomalide gebelik prognozunun iyi olması nedeni ile nadiren cerrahi tedavi yapılır. Ancak multipl rekürren gebelik kayıplarında modifiye Strassmann prosedürü veya servikal serklaj yapılır. Serviksin unifikasyonuna çalışılmamalıdır. Böyle bir girişim servikal stenoz veya yetmezliğe yol açabilir.

BİKORNUAT UTERUS

Normal diferansiyasyon gösteren müllerien kanalların uterin fundusta parsiyel birleşmeleri ile oluşan bir malformasyondur. Komplet ve parsiyel tipleri vardır. Bikornuat uterus insidansının tam bilinmesi mümkün değildir. Geçmişte çok sık olduğu sanılan bu anomalinin gerçekte septat uterus olduğunun anlaşılması üzerine bazı otörler her iki anomaliyi de double uterus olarak değerlendirmişlerdir. Bikornat uteruslarda abortus oranı %30-%50 arasında bildirilmiştir. Acien, inkomplet uterus vakalarında daha yüksek oranda

abortus oranı saptamıřtır¹¹. Tedavide değişik görüşler hakimdir. Bazı kaynaklarda sadece Strassmann operasyonu önerilmekte, servikal serklajın etkinliğine inanılmamaktadır. Strassmann kendi adını taşıyan operasyonlarda canlı doğum oranını % 2 - % 82 olarak bildirmiştir. Buna karşılık yurdumuzdan Ali Ayhan ve arkadaşlarının 1992 yılında yayınladıkları 102 vakalık bir seride, metroplasti ve serklaj beraberce uygulanan vakalarda % 75'e varan başarılı sonuçlar bildirmişlerdir¹².

SEPTAT UTERUS

Uterus longitudinal bir septumla komplet veya parsiyel olarak bölünmüştür. Spontan abortus oranının en yüksek olduğu gruptur.13 Komplet septum abortus açısından inkomplet olgulara göre daha fazla risk taşır. Tedavide geçmişte sıklıkla Jones veya Tompkins metroplasti önerilirdi¹⁴⁻¹⁵. Bugün histeroskopik septum rezeksiyonu hepsinin yerini almıřtır¹⁶.Kullanılan metodun türüne bakmaksızın canlı doğum oranı %75 veya daha fazla olarak saptanmıştır. Servikal yetmezlik saptanan olgulara serklaj eklenmelidir.

ARKUAT UTERUS

Uterin malformasyonlar içinde en hafif olanıdır. Strassmann operasyonu bazı olgularda uygulanmakla beraber genellikle tedavi gerektirmez.

DES'E BAĞLI ANOMALİLER

1938 yılında dietilstilbestrolün düşük tehdidindeki vakalarda kullanılmasından sonra, özellikle 1970-1980 yılları arasında müllerien kanalın anatomik ve fonksiyonel bozukluğu ile seyreden çok sayıda uterin anomali vakası ortaya çıkmıştır. En sık görüleni T seklinde hipoplastik uterustur. Bu vakalarda primer infertilite oranı artmıştır. Gebe kalabilenlerde de ektopik gebelik, spontan abortus, preterm doğum ve perinatal ölüm artmıştır. Abortus oranı %20 civarındadır. 2.trimestrde artan servikal yetmezlik nedeni ile abortus vakalarında artış gözlenir⁷. Tedavide cerrahinin yeri çok sınırlı ve başarı oranı düşüktür. Bazı kaynaklarda serklaj önerilirken, diğerleri serklaja karşı çıkmaktadırlar. Simetrik 'I' seklinde kavite elde edilmesiyle sonuçlanan modifiye Strassmann prosedürü nadir olgularda başarılı olmaktadır. Çok az sayıda vakaya uygulanmış olan histeroskopik lateral metroplasti sonuçları cesaret vermekten uzaktır¹⁷.

LEİYOMYOMLAR VE İNTRAUTERİN ADHEZYONLAR

Spontan gebelik kayıplarına yol açan edinsel uterin anomalilerdir. Reprodüktif dönemde %20-%25 kadında görülen myoma uteri, infertil olguların %2-%3'ünden sorumludur. Gebelikte görülme

insidansı % 0.1-%2.1 civarındadır¹⁸. Çoğu myomlar gebelikte sessiz kalmakla beraber, fetal malpresantasyon ve preterm doğum en sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Myomlar ile gebelik kayıpları arasındaki ilişki tam bilinmemekle beraber myomektomi yapılan olgularda spontan abortus oranı %41'den %19'a düşmüştür¹⁸. Submukoz ve intramural myomlarda abortusa neden olan başlıca mekanizmalar endokrin, histolojik, vasküler ve mekaniktir. Infertil ve reküren abortus olgularında başka bir sebep aranmadan myom tedavisine geçilmemelidir. Asemptomatik vakalarda sadece beklenir ve izlenir. Hızla büyüyen olgularda cerrahi uygulanmalıdır.

3 cm'den küçük submukoz myomlar histeroskopik olarak çıkarılır, ancak daha büyük ve farklı lokalizasyonlu olgularda konvansiyonel myomektomi operasyonu uygulanır. %75 vakada myomektomi sonrası gebelik meydana gelmektedir. Myom rekürensisi ise % 15 olarak bildirilmiştir¹⁹. Asherman sendromu reküren abortusların bir diğer nedenidir. Missed abortus olgularının % 17'sinde histeroskopik yöntemle Asherman sendromu saptanmıştır³. Intrauterin adezyonlar, reküren gebelik kayıplarına, plasenta previa, accreta, anormal fetal prezantasyona neden olmaktadır. Adezyonların ortadan kaldırılması için körleme dilatasyon küretaj, bunun yanısıra kullanılan rahim içi araçlar, intrauterin foley kateter, östrojen-progestin kombinasyonu, antibiotik ve steroidler gibi konvansiyonel yöntemler bugün yerini histeroskopik adezyolizise bırakmıştır. Bu tedavi sonucunda hafif vakalarda %80, orta vakalarda %64, ağır vakalarda ise %32 oranında term gebelik elde edilmektedir.

SERVİKAL YETMEZLİK

Tüm gebelerde servikal yetmezlik insidansı % 0.05-%1'dir²¹. İkinci trimestri abortus vakalarında % 16-%20 oranında servikal yetmezlik görülmektedir. Standart tedavi şekli serklaj operasyonudur. Elektif serklaj sıklıkla 14-18 gebelik haftalarında uygulanır. Tercih edilen cerrahi yöntemler Mc Donald ve Shirodkar teknikleridir. Acil serklaj ise 18-26. gebelik haftalarında uygulanır. Başarı oranı elektif vakalara göre çok daha azdır.

KAYNAKLAR

1. Eli Y Adashi, John A Rock; Zev Rosenwaks Reproductive endocrinology surgery, and technology 1996; pp 2258-2273
2. Warburton D, Fraser FC. Spontaneous abortion risks in man: data from reproductive histories collected in a medical genetics unit. *Annu J Hum Genet*, 16:1-25, 1964.
3. Buttram Vc, Gibbons WE. Müllerian anomalies: a proposed classification (an analysis of 144 cases) *Fertil Steril*, 32:40-46, 1979.
4. American Fertility Society. *Fertil Steril*, 49:944, 1988.
5. Green LK, Harris Re. Uterin anomalies frequency of diagnosis and associated obstetric complications. *Obstet Gynecol*, 47:427-429, 1976.
6. Greiss FC, Mauzy CH. Genital anomalies in women: An evaluation of diagnosis, incidence and obstetric performans. *Am J Obstet Gynecol*, 82:330, 1961.
7. Stilmann RJ. In utero exposure to diethylstilbestrol: adverse effects on the reproductive performans in male and female offspring. *Am J Obstet Gynecol*, 142:905-921, 1982.
8. Moutus DM, Darnewood MD, Schlaff WD, Rock JA. A comparison of the reproductive outcome between women with a unicornuate uterus and women with a didelphic uterus. *Fertil Steril*, 58:88-93, 1992.
9. O'leary JL, O'leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol*, 22:371, 1963.
10. Jones WS. Obstetric significance of female genital anomalies. *Obstet Gynecol*, 10:113, 1957.
11. Acien P. Reproductive performans of women with uterin malformations. *Hum Reprod*, 8:122-126, 1993.
12. Ayhan A, Yücel I, Tuncer ZS, Kısıncı HA. reproductive performance after conventional metroplasty: an evaluation of 102 cases. *Fertil Steril*, 57:1194-1196, 1992.
13. Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterin Anomalies. In: *Surgical Treatment of the Infertile female*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1985, p 149-199.
14. Jones JW Jr, Jones GES. Double uterus as an etiological factor of repeated abortion, indication for surgical repair. *Am J Obstet Gynecol*, 72:865, 1956.
15. Tomkins P. Comments on the bicornuate uterus and twinning. *Surg Clin North Am*, 42:1049, 1962.
16. March CM. Hysteroscopy. *J Reprod Med*, 37:293-312, 1992.
17. Nagel TC, Malo JW. Hysteroscopic metroplasty in the diethylstilbestrol-exposed uterus and similar nonfusion anomalies: effects on subsequent reproductive performance; a preliminary report. *Fertil Steril*, 59:502-506, 1993.
18. Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterin leiomyomata: etiology, symptomatology and management: *Fertil Steril*, 36:433-455, 1981.
19. Babaknia A, Rock JA, Jones HW Jr. Pregnancy success following abdominal myomectomy for infertility. *Fertil Steril*, 30:644-647, 1978.
20. Golan A, Schnieder D, Avrech O, Razieli A, Bukovsky I, Caspi E. Hysteroscopic findings after missed abortion. *Fertil Steril* 1992; 58:508-510
21. Coisins L. Cervical incompetence., 1980: a time for reappraisal. *Clin Obstet Gynecol*, 23:467-479, 1980.