

# Uterus Didelfis Olgusunda Term Gebelik

Orkun Çetin<sup>1</sup>, Fatma Ferda Verit<sup>1</sup>, Ali Galip Zebitay<sup>1</sup>, İpek Dokurel Çetin<sup>2</sup>, Şebnem Kuter Yılandıoğlu<sup>3</sup>, Seda Keskin<sup>1</sup>, Oğuz Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleymaniye Doğumevi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Acıbadem Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

Mülleryan kanal anomalileri infertilite nedenleri arasında yer almakta ve obstetrik komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Uterus didelfis, müller kanallarının füzyonundaki anormallik veya septum abzorpsiyonundaki yetersizlik sonucu oluşan konjenital anomalilerin oluşturduğu heterojen bir gruptur. Çalışmamızda; gebeliği terme kadar ulaşmış ve sezaryen ile doğumu gerçekleştirilen uterus didelfis olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. 30 yaşında gravida 1, paritesi 0 olan hastaya yapılan histerosalpingografi sonrasında uterus didelfis tanısı konuldu. Hastaya gebelik sonuçları hakkında gerekli danışmanlık verilerek; spontan gebe kalması önerildi. 38. gebelik haftasında; orta oligohidroamnios, uterin anomali ve primigravid makat prezentasyonu sebebiyle planlı sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. Uterus didelfis olgularında, gebelik durumunda gerekmedikçe cerrahi bir müdahaleden kaçınılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Term gebelik, Mülleryan kanal anomalisi, Uterus didelfis

## UTERUS DIDELPHYS WITH TERM PREGNANCY

### ABSTRACT

Mullerian duct anomalies are one of the causes of infertility and increase rates of obstetric complications. Uterus didelphys is a heterogeneous congenital anomaly, due to abnormal fusion of Mullerian duct or inadequate absorption of uterin septum. The aim of this study is to present a case of an uterus didelphys that has reached term through a combined retrospective and literature review. A 30-year-old gravida 1, parity 0 patient was diagnosed as uterus didelphys on hysterosalpingography. The patient was given necessary advice on the consequences of pregnancy and was recommended for spontaneous pregnancy. At the 38th week of gestation, a planned cesarean-section was performed as a result of the indications of moderate oligohydramnios, uterine abnormalities and primigravida breech presentation. In uterus didelphys, in case of pregnancy surgical intervention should be avoided unless it is necessary.

**Key words:** Term pregnancy, Mullerian duct anomaly, Uterus didelphys

**G**enitouriner organların gelişimi embriyolojik yaşın 6. haftasında başlar. Bu haftada oluşabilecek bir regresyonda Mülleryan kanal defektleri görülebilir. Mülleryan kanal anomalileri %0,1- 3,5 sıklıkla görülmektedir (1). Bu anomalilerden biri olan uterus didelfis, Müller kanallarının füzyonundaki anormallik veya septum abzorpsiyonundaki yetersizlik sonucu oluşan konjenital anomalilerin oluşturduğu heterojen bir gruptur (2). Mülleryan kanal füzyon defekti olan hastaların fertilitate ve gebelik sonuçlarının iyi olmadığı bilinmektedir. Buna rağmen gebelik oluşmuş ise, gebelik döneminde perinatal morbidite-mortalite, prematürite, erken membran rüptürü, anormal fetal prezentasyon ve spontan abortus

insidansı artmıştır. Fakat diğer uterin anomalilere göre uterin didelfisi olan hastalarda sonuçlar biraz daha iyidir (3). Ayrıca mülleryan kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı %20 olarak bildirilmektedir (4).

Tanı konulan mülleryan kanal malformasyonlarında klinik yaklaşım kesinlik kazanmamıştır. Bu çalışmada gebelik öncesinde tanısı konulmuş, spontan gebe kalmış, gebeliği terme kadar ulaşmış ve sezaryen ile doğumu gerçekleştirilen uterus didelfis olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

## Olgu

30 yaşında, vaginal septum sebebiyle kliniğimize başvuran hastaya yapılan jinekolojik muayenede; komplet



**Şekil 1.** Transvers sezaryen insizyonundan sonra uterus didelfisin intraoperatif görüntüsü.

longitudinal vaginal septum ve iki adet servikal açıklık gözlemlendi. Hastanın yapılan histerosalpingografisi sonucunda uterus didelfis tanısı doğrulandı. Hastaya gebelik sonuçları hakkında gerekli danışmanlık verilerek; spontan gebe kalması önerildi. Sonraki muayenesinde idrarda gebelik testi pozitif saptanan hasta rutin gebelik takibine alındı. Mülleryan kanal anomalisine sahip olduğu için servikal yetmezlik açısından riskli kabul edilen hasta, gebeliğin 11- 14. ve 19- 22. haftalarında kısa serviks açısından transvaginal ultrasonografi ile değerlendirildi. Her iki dönemdeki servikal kanal ölçümleri 25 milimetrenin üzerindedeydi. Bu sebeple kısa serviks açısından servikal serklaj ya da buna yönelik bir tedavi planlanmadı. Takiben terme kadar yapılan rutin gebelik muayenelerinde herhangi bir problem ile karşılaşmadı. 38. gebelik haftasında; orta oligohidramnios, uterin anomali ve primigravid makat prezentasyonu sebebiyle planlı sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. 1. dakika Apgar skoru 6, 5. dakika Apgar skoru 8 olan 2650 gram kız bebek doğurtuldu. Sezaryen sırasında yapılan intraoperatif gözlemede uterus didelfis anomalisi doğrulandı (Şekil 1). Sol hemiuterusa Munro- Kerr transvers insizyon yapılarak sezaryen operasyonu uygulandı. Disseke edilen myometriyum tabakası 2 kat halinde 1 no'lu vicryl ile kontinü olarak sütüre edildi (Şekil 2). Maternal ve fetal komplikasyon olmaması üzerine olgu postoperatif ikinci gününde taburcu edildi.

## Tartışma

Mülleryan kanallar mezodermden gelişerek Fallop tüplerini, uterusu, serviksi ve vagina üst kısmını oluştururlar. Mülleryan kanalların parsiyel veya komplet birleşmemesi nedeniyle anomaliler oluşur (1). Bu anomalilerden biri de uterus didelfistir.



**Şekil 2.** Transvers sezaryen insizyonunun kapatılmasından sonra uterus didelfisin intraoperatif görüntüsü.

İlk uterus didelfis olgusu tek taraflı hematokolpos ile birlikte Wilson tarafından rapor edilmiştir (5). Bu olguların geçmiş anamnezlerinde periyodik ağrı, dismenore, tekrarlayan abortus veya infertilite gibi şikayetler mevcuttur. Fakat genellikle bu olgular asemptomatik oldukları için, bu şikayetler üzerinden tanıya gitmek mümkün değildir. Özellikle komplet obstrüksiyon (transvers vaginal septum ve imperfore hymen gibi) veya infertilite problemi olmadıkça tanısı sıklıkla gecikir. Olgumuz da literatür ile uyumlu olarak longitudinal vaginal septum varlığı dışında asemptomatik olarak karşımıza çıkmıştır. Jinekolojik muayene ve transvaginal ultrasonografi sonrasında uterus didelfisten şüphelenildikten sonra histerosalpingografiyle tanı doğrulanmıştır.

Transvaginal ultrasonografi, özellikle erken gebelikte uterin anomalilerin saptanmasında çok değerli bir görüntüleme yöntemidir. Ayrıca manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, histerosalpingografi ve laparoskopik görüntüleme gibi yöntemlerle de tanı konulabilir (6,7). Mülleryan kanal anomalilerini değerlendirmek için noninvazif ve oldukça güvenilir bir yöntem olan manyetik rezonans görüntüleme gerek anomalinin tipini doğru tanımlamada, gerekse anomaliye sekonder gelişebilecek ek patolojileri saptamada son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Aynı zamanda üriner anomalileri araştırmak için de güvenle kullanılabilir. Tanıda endoskopi ve laparotominin de yeri vardır. Ancak her iki prosedür de hem invazif hem de pahalı işlemlerdir. En büyük avantajları aynı işlem esnasında tedavi edebilme imkanına sahip olunmasıdır.

Ürogenital sistemin üreter tomurcuğundan gelişmesi sebebiyle, mülleryan kanal malformasyonlarına eşlik

eden renal anomali insidansı %20 olarak bildirmiştir (4). Bizim olgumuzda ise ek bir ürogenital sistem anomalisine rastlanmadı.

Mülleryan anomaliler servikal yetmezlik açısından riskli kabul edilen gebe grubundadır. Gebelikte servikal yetmezliğin değerlendirilmesinde altın standart transvaginal ultrasonografi ile servikal kanal ölçümüdür (8). Servikal yetmezlik tedavisi amacıyla; serklaj, yatak istirahati, peser, servikal halkalar ve progesteron gibi bir takım uygulamalar yapılmaktadır (8,9). Olgumuzun takibinde servikal yetmezlik açısından bir bulgu görülmemesi sebebiyle, bu duruma yönelik bir işlem yapılmadı.

Uterus didelfis olgularında doğum yönetimi konusunda bir fikir birliği yoktur. Vaginal doğumun daha güvenli olduğunu savunan yazarlar mevcuttur. Uterus didelfisi olan olgularda 86 gebelik sonucunu değerlendiren iki çalışmadan elde edilen verilere bakıldığında %24,4 preterm

doğum, %68,6 canlı doğum, %2-3 ektopik gebelik ve %20,9 spontan abortus oranları ile obstetrik komplikasyonların arttığı görülmektedir (6). Aslında hasta terme kadar gebeliği taşıyabilirse obstetrik komplikasyon oranları genellikle minimaldir. Olgumuzda ise; uterin anomaliye eşlik eden primigravid makat prezentasyonu sebebiyle 38. gebelik haftasında planlı sezaryen ile komplikasyonsuz olarak doğum gerçekleştirildi. Sezaryen işlemi sonrasında; uterus didelfis anomalisine yönelik herhangi bir düzeltici cerrahi işlem uygulanmadı.

## Sonuç

Mülleryan kanal anomalileri infertilite nedenleri arasında yer almakta ve obstetrik komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Uterus didelfis olgularında, gebelik durumunda gerekmedikçe düzeltici cerrahi bir müdahaleden kaçınılmalıdır. Erken doğum riskini en aza indirmek için rutin gebelik takibine servikal uzunluk ölçümü eklenmelidir.

## Kaynaklar

1. Stassart JP, Nagel TC, Prem KA, Phipps WR. Uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. *Fertil Steril* 1992;57:756-61.
2. Fatum M, Rojansky N, Shushan A. Septate uterus with cervical duplication: Rethinking the development of mullerian anomalies. *Gynecol Obstet Invest* 2003;55:186-88.
3. Simon C, Martinez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A: Mullerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril* 1991;56:1192-93.
4. Akar ME, Selam B, Yılmaz Z. Tek taraflı renal agenez ve obstrükte hemivajen beraberinde izlenen uterus didelfisin idrar retansiyonuna yol açması. *Türk Fertilite Dergisi* 2005;13:70-72.
5. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography and histerosalpingography. *Radiology* 1992;183:795-800.
6. Narlavar RS, Chavhan GB, Bhatgadde VL, Shah JR. Twin gestation in one horn of a bicornuate uterus. *J Clin Ultrasound* 2003;31:167-69.
7. Wilson JS. A case of double uterus and vagina with unilateral hematocolpos and hematometra. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1925;32:127-28.
8. Rozenberg P, Gillet A, Ville Y. Transvaginal sonographic examination of the cervix in asymptomatic pregnant women: review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:302-311.
9. Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: an evidence-based analysis. *Obstet Gynecol* 2002;100:1313-1327.