

VAKA TAKDİMLERİ:

**BİR VAKA NEDENİYLE UTERUS
BICORNUS UNICOLLIS ET RUDIMENTARUS**

Dr.Cemalettin AKYÜREK, Dr. Sema SOYSAL, Dr. Metin ÇAPAR,
Dr. Hikmet KARABACAK
S.Ü.T.F. Kadın Doğum A.B.D.

ÖZET

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın-Doğum kliniğinde 16.8.1989 tarihinde teşhis ve tedavi edilen bir uterus bicornus unicollis et rudimentarus vakası takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital uterin anomali, amenore.

SUMMARY

Uterus Bicornus Unicollis et Rudimentarus: A Case Report

In this paper, a case of uterus bicornus unicollis et rudimentarus was diagnosed and reported at the Department of Gynecology and Obstetric at Selçuk University Medical Faculty in Konya. The operative procedur is discussed.

Key Words: Congenital uterin anomaly, amenore.

GİRİŞ

Uterus bicornus unicollis et rudimentarus tarzında konjenital anomali çok seyrek görülmektedir. Genel olarak konjenital uterin anomali görülme oranı %0.13-%0.4 arasında yer almaktadır (1,2). Etiyolojide çevre faktörleri veya genetik faktörler rol oynayabilirler. Bu iki faktörü ayırmak oldukça zordur. Organogenesis 13-60 gün arasında teşekkül eder. Teratojen ajanlar bu dönemde çok etkilidirler. Çevre faktörleri arasında ionizan ışınlar, viral enfeksiyonlar, kimyasal ajanlar, hormonlar, beslenme bozukluğu, immünolojik arızalar sayılabilir. Meydana gelen utero-vaginal anomaliler 3 grupta incelenir.

- 1- Müllerien agensis.
- 2- Vertikal füzyon bozuklukları (Obstrüktif ve nonobstrüktif)
- 3- Lateral füzyon bozuklukları. (Obstrüktif ve nonobstrüktif)

Bu anomaliler ile birlikte üriner sistemde de anomaliler görülebilir. Üriner sistemde en büyük defekt tek taraflı böbrek yokluğu veya pelvik böbrek varlığı ile beraberdir. üriner sistem anomalisi vakaların %15 de, iskelet sistemi anomalileri %20-50 arasında görülmektedir (2,3,4).

Uterus uncollis bicornis et rudimentarus vakaları her iki müller kanalının lateral füzyon kusurundan kaynaklanır. Bir taraflı olarak dışarıyla bağlantısız lümen bulunmaktadır (1,2,5). Bu vakalarda hematometra meydana gelecektir. Regl esnasında tek taraflı ağrı olur ve regl sonrasında yavaşça azalır. Ayrıca tek taraflı kitle bulgusu alınacaktır. Overler ve tubalar genellikle normaldir. Karyotipleri 46,XX şeklindedir. Kaynaklarda 240 rudimenter kornu gebeliği bildirilmiş, bunların %89'u rüptüre olmuştur. Fetal ölüm oranı %98 dir ve nadir sayıda canlı fetus sectio ile doğurtulmuştur (2,5,6).

VAKA TAKDİMİ

B.T., 15 yaşında öğrenci.

Şikayeti: karın ağrısı ve karında ağrılı sertlik.

Hikayesi: Şiddetli karın ağrısı şikayetiyle bir tedavi kurumuna başvuran hastaya 21.6.1989 da subakut apandisit tanısıyla klasik apendektomi yapılmış ve uterusun 16 haftalık gebelik cesametinde ve deforme olduğu söylenmiştir. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine tekrar başvuran hastaya göbek altı median kesiyle laparotomi yapılmış ve kapatılmıştır. Şikayeti geçmeyen hasta 10.8.1989 tarihinde Tıp Fakültesi Kadın-Doğum kliniğine müracaat etti.

Klinik Seyir: 10.8.1989 tarihinde hasta kliniğe yatırıldı. Vital bulguları normal bulundu. Batında sağ roux insizyonu ve median kesi skatrisi vardı.

Jinekolojik muayene: Hymen anuler intakt. Tuşe rektalde uterus normal cesamette, sağ adnexial bölgede tam sınırlandırılmayan yaklaşık 10x15 cm çapında solid kıvamda kitle tesbit edildi.

Rutin labaratuvar:rutin kan ve idrar tahlilleri normal, IVP normal, Bar Body (+) bulundu.

Ultrason: Uterus normal ve sol yukarıda yer almaktadır. Vagen sağ duvarı ile komşu sınırları net izlenen 8-10 cm çapında, içinde çizgisel eko bulunan solid lezyon vardır. Sağ over normal, appendix bölgesinde solid lezyonla bağlantılı, ortası kistik ayrı bir kitle vardır. Hasta 16.8.1989 tarihinde pelvik kitle tanısıyla laparotomiye alındı.

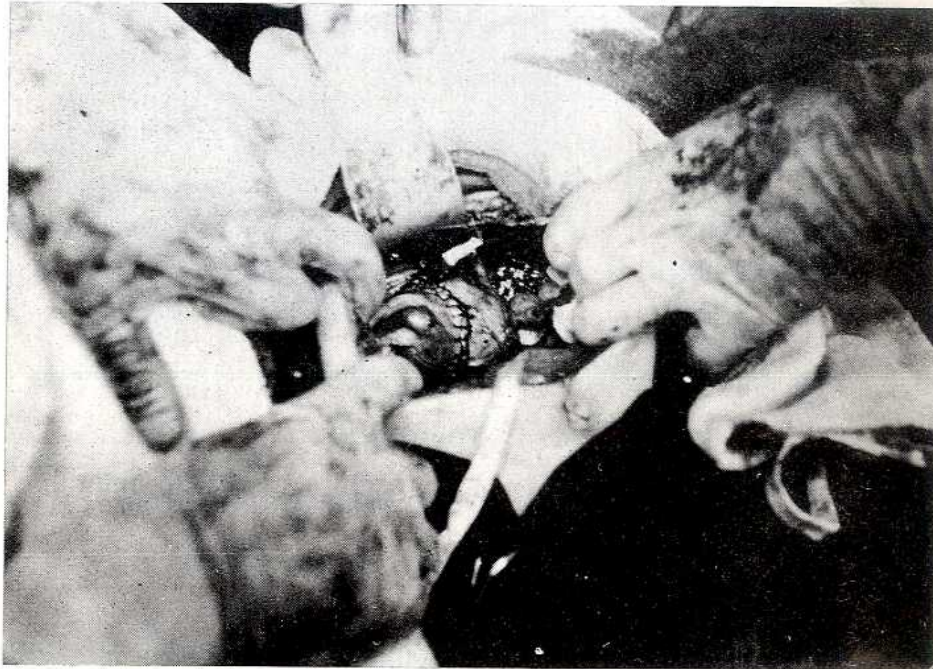
Operasyon: Batın göbek altı median eski kesi yerinden açıldı. Batına girildiğinde mesane arka-alt kısmında 12x15 cm genişlikte solid bir kitle, bu kitlenin solunda hipoplazik bir kornu görüldü. Sol over ve sol tuba normal bulundu. Kitlenin sağ üstünde normale yakın bir kornu, over yüzeyinde yer yer fibrin artıkları, tubada kalınlaşma ve yer yer morumtırak renkte odaklar görülmekteydi (Resim 1).



RESİM 1

Batının açıldığı zaman kitlenin görünümü

Mesane arkasındaki kitleye ponksiyon yapıldı ve çukolata renkli bir sıvı alındı. Önde mesane peritonu dekole edilerek mesane aşağı itildi. Bistüri ile kitleye girilince 250 cc kanlı sıvı aspire edildi. Bu poşun sağdaki kornu ile bağlantılı olduğu ve regl kanının burada biriktiği anlaşıldı. Ortada kesiye devam edilerek kornular ortaya çıkarıldı. Her iki tuba ağzına 2 cm kalana dek kesiye devam edildi ve endometrium ortaya çıkarıldı. Poche çeperi mümkün olduğu kadar kesilerek çıkarıldı ve iyice küçültüldü. Aileden izin alınıp vaginal spekulum konuldu. Serviksten hysterometri ile girilip tesbit edildi. Sağ kornu sola yaklaştırılarak önce endometrium 2-0 vicryl ile sütüre edildi. Kaviteye bir adet multiload spiral konuldu. Myometrium 2 kat separe 0 vicryl ile sütüre edildi. Mesane peritonu altına 1 adet penroz diren kondu. Batın temizlendi. Kanama kontrolü yapıldı ve batın klasik usulde kapatıldı (Resim 2).

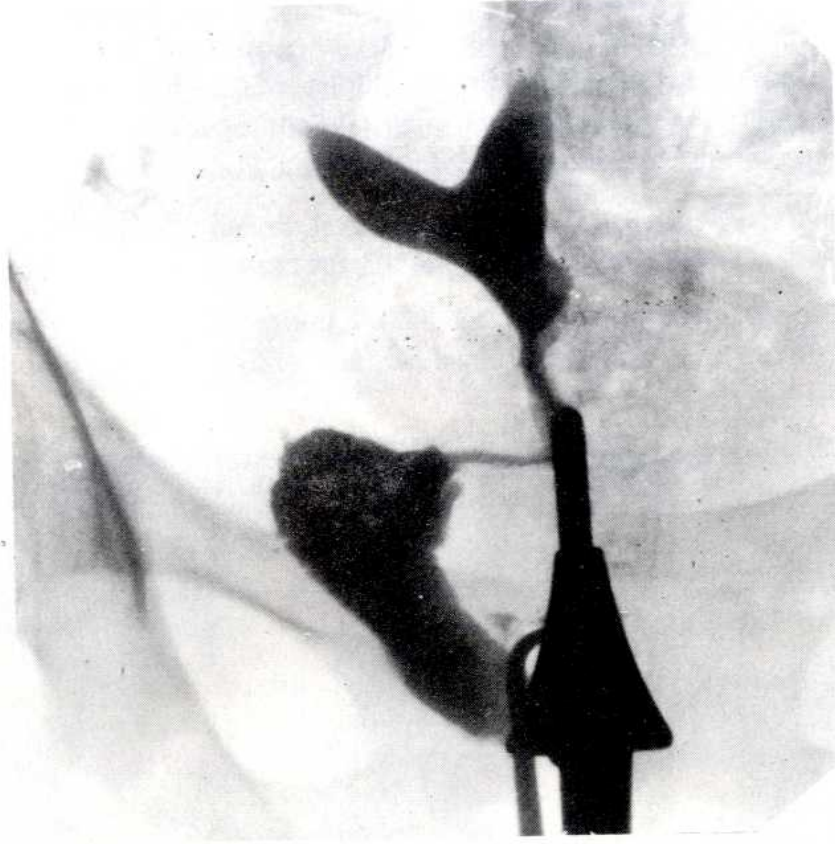


RESİM 2

Operasyon bittiğinde uterusun görünümü.

Patoloji raporu: Myometriuma ait düz kas dokusu. (3065/1989)

Post operatif 3. gün hastaya oral yoldan 1.25 mg/gün konjuge östrojen başlandı. Beşinci gün hidrotubasyon yapıldı. İşlem sırasında dirençle karşılaşılmadı. Hasta işlemden 1 saat sonra kasık ağrısından şikayet etti. Hasta 9. gün şifa ile taburcu edildi ve durumunu belirtir rapor tanzim edilerek verildi. Hastanın 1 ay sonra kontrole gelmesi istendi. Kontrol muayenesinde normal cesamette uterus tuşede tesbit edildi. 2 ay sonra spiral alındı. Dört ay sonra çekilen histerosalpingografi (Resim 3) de uterus normale yakın bicornuate görünümde bulundu. Sağ tuba mesiri görülüyor, sol kornuda spazm nedeniyle tuba görülemiyor ve servikal kanalın sağ gerisinde ilacın kaçak yaptığı poche görülmüyordu. Hasta film çekimini takiben 24 saat kontrolde tutuldu, şikayeti olmadı ve taburcu edildi.



RESİM 3

Dört ay sonra çekilen histerosalpingografi görünümü.

TARTIŞMA

Konjenital uterin anomaliler seyrek olmakla beraber kadın için evlenmeden ya da evlendikten sonra sağlığı ve fertilité kabiliyeti açısından önemli problemler doğurabilmektedir. Bu vakada meydana gelen, şekilde olduğu gibi hematometra oluşumu sonrasında biriken menstruel artığın zaman zaman tubadan peritona geçişiyle endometriosis oluşma riski artmaktadır. Endometriosis belirgin olarak infertilite sebebi olabildiği gibi, izah edilemeyen infertil vakaların %50-55 kadarında da laparoskopi ve laparotomi ile saptanan etyolojik faktörünü meydana getirmektedir (7,8).

Bu tür vakalarda, bizim vakamızda olduğu üzere cerrahi müdahale yapılabildiği gibi, Rock serviksle bağlantılı olmayan poşun vagene cerrahi olarak açılmasıyla hem direnaj hemde regl kanının normal akabileceğini ileri sürmektedir (6). Hunt, uterin anomalili vakalarda en kolay çözüm için uygun şekilde rekonstruksiyon yapılmasını tavsiye etmektedir (9). Bu vakalarda rudimenter kornuda dış gebelik oluşma riski de gözden uzak tutulmamalıdır (2).

Takdim edilen vakada serviksin sağ yanında Histerosalpingografide görülen cerrahi olarak tam yok edilemeyen poştan dolayı şu anda bir şikayet söz konusu değildir. Bu

normaldir. Serolojik testlerden özellikle immün elektroforez (IEP), indirekt hemaglutinasyon (İHA) önemlidir. Kireçlenme durumunda radyolojiden yararlanır. Ultrason ve sintigrafi ise gerek tanı ve gerekse tedavinin değerlendirilmesinde önemli yer tutarlar. Kesin tanı: iğne biyopsisi, laparoskopi ve nihayet laparotomi iledir.

Kesin tedavisi cerrahidir. Lobektomi ve parsiyel hepatektomi yapılabilir. Ayrıca medikal olarak benzimidazol türevleri (mebendazol, albendazol, flubendazol gibi) kullanılır.

Sık rastlanılan E.granulosus lezyonlarına karşılık daha seyrek görülen ve bölgemizdeki sıklığı hakkında bilgi sahibi olmadığımız E.alveolaris'li olgularımızın özelliklerini sunarak, konuya katkıda bulunmayı amaçladık.

VAKALARIN TAKDİMİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ile S.S.K. Konya Hastanelerinde tesbit edilerek, mebendazol ile tedavi edilen 3 karaciğer alveokokkozlu hasta sunuldu. Üçü de Konya çevresindeki kırsal alandan gelmişlerdi. İki erkek, biri kadın olan hastalarımızın yaş ortalaması 36 idi. Hastaların hepsinde sağ hipokondriumda ağrı ve hepatomegali, ikisinde lökositoz vardı. Karaciğer fonksiyon testleri hepsinde normaldi. Bir hastada serumda alkalin fosfataz değeri yüksek bulundu, ancak bilirübin değerleri normaldi. Hiçbir hastada direkt radyografide kalsifikasyon gözlenmedi ve rie grafileri de normal bulundu. Hiçbirinde bağıyumlu pasaj tetkiki anlamlı bir anormallik göstermedi. Bütün hastalardaki lezyonlar ve lokalizasyonları sonografik ve sintigrafik olarak saptandı. Kesin tanıları laparotomi ve biyopsi ile konulan hastaların kist evolüsyonlarının takibi de keza sonografik ve sintigrafik olarak yapıldı (2-5 yıl süre ile).

Hastaların ameliyat öncesi bulguları Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Hastaların preoperatif değerlendirmesi.

Hasta	Cins	Yaş	Hepatomegali	Ağrı	Lökositoz
I.Ö. (1519)	E.	36	+	+	+
H.U. (7816)	K.	47	+	+	-
M.Ç. 6701016	E.	25	+	+	+

Ameliyatta, hepsinde hepatomegali doğrulandı. İki hastada hem sağ ve hem sol loblarda kist varken, birinde yalnız sağ lobda ve tek idi. Hepsinde de kist içinde nekroz alanları mevcuttu. Bunlardan birisinde bol pürülan materyal bulunması üzerine basit drenaj uygulandı. Vakaların hepsinde diagnostik biyopsi yapıldı. Diğer karın organları normal bulundu.

Lezyonların ameliyat bulguları Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2: Lezyonların ameliyat bulguları

Hasta	Ameliyat tarihi	Lezyonların ameliyat bulguları			
		K.C.	Sağ lob	Sol lob	Nekroz al.
I.Ö.	3.3.1987	+	+	+	+
H.U.	9.1.1987	+	+	-	+
M.Ç.	11.10.1985	+	+	+	+

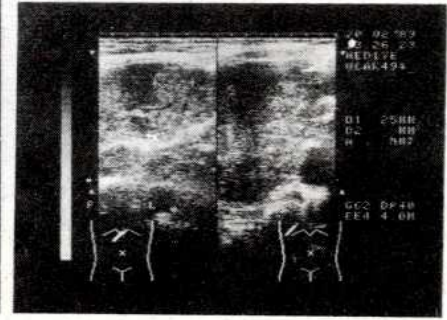
Her üç hastamıza da günlük kg. başına 40 mg. olarak, iki yıldan fazla bir süre ile mebendazol verildi. Hiçbir toksisite belirtisi veya karşıt reaksiyon gözlenmedi. Hastalarımızın belirli aralıklarla yapılan sonografik ve sintigrafik evlasyon takibi Resim 1, 2 ve 3'de görülmektedir.



Resim 1 a



Resim 1 b



Resim 1 c

Resim 1 a,b,c: Hastamız H.U.'nun bir ve iki yıllık aralarla alınan sonografik polaroid resimlerdeki bariz iyileşme.

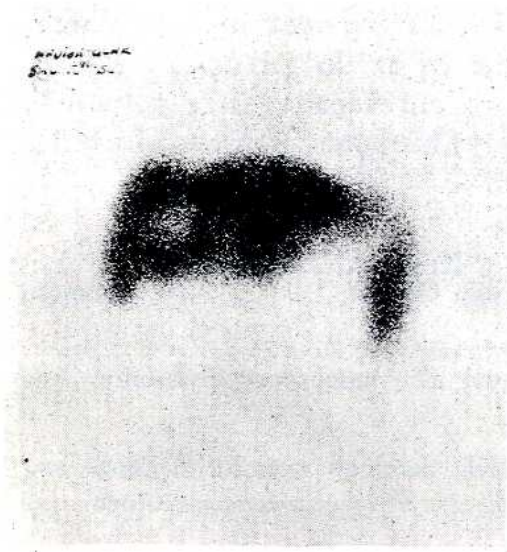


Resim 2 a

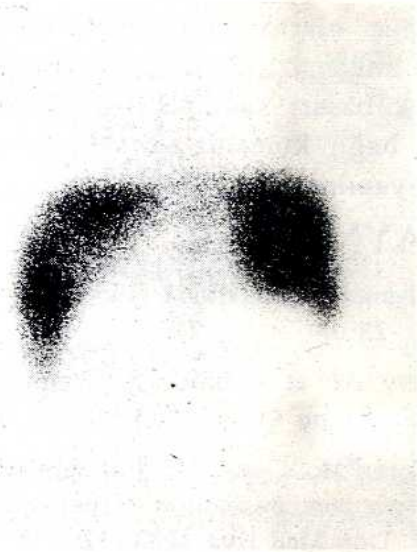


Resim 2 b

Resim 2 a,b: Hastamız I.Ö.'de iki yıl ara ile alınan sonografik polaroidlerde lezyonun gerilemesi.



Resim 3 a



Resim 3 b

Resim 3 a,b: Hastamız H.U'da iki yıl ara ile yapılan CT-Scan'deki bariz iyileşme.

TARTIŞMA

E.multilocularis'in meydana getirdiği infeksiyonlar, E. granulosus'a göre oldukça seyrek ve coğrafi özellikler gösterir. Irak ve Orta Doğu'da daha çok E.granulosus bildirilmekte ve E.multilocularis bildirilen yerlerin başında ise Türkiye gelmektedir. Ülkemizi sıra ile İran, Hindistan, Rusya, Alaska, Batı Almanya ve Kuzey Amerika izlemektedir.

Alveokokkozis (=Alveolar hydatidosis), tümöre benzer davranışlar gösterir. Yayılarak ilerler ve hastayı kaşeksiye sokar. Bu yüzden ayırıcı tanı ve tedavisi oldukça güç olabilmektedir. Kesin tedavisi, West ve ark. tarafından tarif edilen parsiyel hepatektomidir (4). Ama teknik olarak bu her zaman mümkün olamamaktadır. O zaman kemoterapi öne geçmektedir. Kemoterapide de E.granulosus'da olduğu gibi benzimidazol türevleri başarı ile kullanılmaktadır.

Mebendazole ile tedavi ilk defa 1978 yılında Wilson ve ark. tarafından akciğer metastazlı 4 E.multilocularis vakasına uygulanmıştır. Sonuçlar, metastatik lezyonlarda stabilizasyon ve bunların ikisinde regresyon yaparak cesaret vermiştir (5).

Mebendazole, gastrointestinal sistemden oldukça az emilen yüksek etkili bir antihelmintiktir. Albendazol ve flubendazol gibi diğer benzimidazol türevleri de yaklaşık aynı etkiye sahip olup, E. granulosus'un medikal tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır (5,6,7).

Farelerdeki LD₅₀=1280 mg/kg/gün olan mebendazolu hastalarımıza 40 mg/kg/gün olarak ve en az iki yıl kullanmak üzere verdik. Altı aylık aralarla yapmış olduğumuz sonografik ve sintigrafik değerlendirmelerde, evolusyonun durduğunu ve kist kitlelerinin küçüldüğünü tesbit ettik (Resim-1,2,3).

Alveolar kist evolusyonunun değerlendirilmesinde bir diğer metod olan serolojik testler de yapılabilmektedir. Bizim yapmış olduğumuz 2-5 yıllık sonografik ve sintigrafik değerlendirmeler tatmin edici bulunmuştur. Burada kist çaplarında belirgin küçülmeler ve en azından büyümenin durması gözlenmiştir. Keza metastaz da gelişmeyerek hastaların

yakınmaları geçmiştir.

Sonuç olarak denilebilir ki, E.alveolaris'in tedavisinde: parsiyel hepatektominin teknik imkânsızlıklarında, 40 mg/kg/gün mebendazole ile en az iki yıl tatbik ve takip edilerek başarı sağlanabilir. Ayrıca, merkezi yerleşim ve intrahepatik safra yollarında basıya bağlı kolestaz varsa bilio-digestiv by-pass ve/veya perkütan transhepatik bilier drenaj yapılmalıdır (8,9).

KAYNAKLAR

1. Merdivenci A. Hidatidoz (Hidatik Kist Hastalığı). İstanbul: Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, 1982: 280.
2. Pétavy AF et Deblock S. Connaissance du foyer Auvergnat d'échinococcose alvéolaire. Ann Parasitol Hum Comp 1983; 58:439-453.
3. Schantz PM, Wilson JF, Wahlquist SP, Boss LP and Rausch RL. Serologic tests for diagnosis and post-treatment evaluation of patients with alveolar hydatid disease (Echinococcus multilocularis). Am J Trop Med Hyg 1983; 32: 1381-1386.
4. Saidi F. Alveolar echinococcosis. In surgery of hydatid disease. London: WB Saunders, 1976: 377-387.
5. Al-Attar HK, Al-Irhayim B and Al-Habbal MJ. Alveolar hydatid disease of the liver: first care report from man in Iraq. Ann Trop Med Parasitol 1983; 77: 595-597.
6. Wilson JF, Davidson M and Rausch RL. A clinical trial of mebendazole in the treatment of alveolar hydatid disease. American Review of Respiratory Disease 1978; 118: 747-757.
7. Ünal AE, Tatkan Y, Kartal A. Kist hidatik tedavisinde mebendazol'un yeri. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1988; 4: 214-220.
8. Lassaque A, estavoyer JM, Minazzi H et al. Traitement de l'échinococcose alvéolaire humaine par le flubendazole. Etude clinique, morphologique et immunologique. Gastroenterol Clin Biol 1984; 8: 314-320.
9. Bret PM, Pallard P, Partensky C, Bretagnolle M et Blanchut P. Le traitement de la cholestase par sténose des voies biliaires intrahépatiques au cours de l'échinococcose alvéolaire. Gastroenterol Clin Biol 1984; 8:308-313.