

# UTERİN ANOMALİLİ VAKALARDA GEBELİK SONUÇLARI VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Derya EROĞLU, Mesut ÖKTEM, İbrahim ESİNLER, Filiz YANIK, Hulusi Bülent ZEYNELOĞLU

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

## ÖZET

**Objektif:** Uterin anomalili vakalarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi.

**Planlama:** Ocak 2002-Ocak 2006 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında uterus anomalisi mevcut vakalarda gebelik sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesi.

**Ortam:** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

**Hastalar:** Uterin anomalisi olan 8 vakaya ait gebelik sonuçları değerlendirmeye alındı.

**Değerlendirme parametreleri:** Perinatal sonuç

**Sonuç:** Bu 4 yıllık sürede doğum yapan hastalar arasında 8 hastada uterin anomali tespit edildi (8/1250, %0,6). Uterus didelfisi olan 2 hasta olaysız bir antenatal periyodu takiben, termde makat prezentasyonu endikasyonu ile sezaryen sekiyo ile sağlıklı bebek doğurdu. Unikornuat uterusu olan 3 hastadan ikisinde simetrik erken intrauterin büyüme geriliği gelişti. Bu hastalardan birisi 37. gebelik haftasında makat prezentasyonu endikasyonu ile sezaryen sekiyo ile 2510 g canlı bebek doğurdu. Unikornuat uterusu olan ve erken intrauterin büyüme geriliği gelişen diğer hastada 31+6. gebelik haftasında membran rüptürü gözlemlendi; 32+2. haftada prematür uterin kontraksiyonlar başladı ve hasta ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen sekiyo ile 920 g canlı kız bebek doğurdu. Unikornuat uterusu olan üçüncü hastanın primer infertilite öyküsü mevcuttu; tanusal histeroskopi sonrası spontan gebe kaldı. Servikal yetmezlik nedeniyle 19. gebelik haftasında McDonald servikal serklaj konuldu. Hasta 38+3. gebelik haftasında makat prezentasyonu nedeniyle sezaryen sekiyo ile 3550 g canlı kız bebek doğurdu. Bikornuat uterusu olan 2 hastadan birisinde 28+5. gebelik haftasında membran rüptürü gözlemlendi ve hasta fetal distres nedeniyle 29+5. haftada sezaryen sekiyo ile 1300 g canlı bebek doğurdu. Bikornuat uterusu olan diğer hastada gebelik komplikasyonsuz seyretti ve termde sezaryen sekiyo ile canlı bebek doğurtuldu. Uterus septus olan bir hasta histeroskopik septum rezeksiyonu sonrası gebe kalmıştı. Antenatal periyot olaysız geçti ve 38+4. gebelik haftasında vajinal yolla canlı bir kız bebek doğurdu. **Yorum:** Uterin anomalili kadınların gebeliklerinde tekrarlayan düşükler, prematür eylem ve doğumlar, intrauterin büyüme geriliği, anormal fetal prezentasyonlar ve diğer komplikasyonlar eşlik eder; ancak kimi vakada gebelik olaysız seyredebilir ve normal doğum eylemi ile sonuçlanabilir.

**Anahtar kelimeler:** perinatal sonuç, uterin anomali.

## SUMMARY

### The Outcome of Pregnancies in Cases with Uterine Anomalies and Review of Literature

**Objective:** To evaluate the outcome of pregnancies in cases with uterine anomalies.

**Design:** Retrospective evaluation of the outcomes of pregnancies in cases with uterine anomalies at the Department of Obstetrics and Gynecology, Baskent University, Ankara, between January 2002 and January 2006.

**Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology, Baskent University School of Medicine, Ankara

**Patients:** The outcomes of pregnancies in 8 cases with uterine anomalies were evaluated.

**Main outcome measures:** Perinatal outcome

**Results:** Uterine anomaly was detected in 8 (8/1250, 0.6%) of the cases delivered during this 4-year period. Two cases with uterus

*didelphys had uneventful antenatal period, and gave birth to healthy newborns by cesarean section with the indications of breech presentation at term. In two of three patients with unicornuate uterus, symmetrical early intrauterine growth restriction developed at the beginning of the third trimester. One of them delivered a viable newborn weighing 2510 g by cesarean section with the indication of breech presentation at 37 weeks of gestation. In the second patient with unicornuate uterus and early intrauterine growth restriction, preterm premature rupture of membranes developed at 31+6 weeks of gestation and premature contractions started at 32+2 weeks. She was delivered by cesarean section due to failure to progress, and gave birth to a viable female weighing 920 g. The third case who had unicornuate uterus had primer infertility, and conceived spontaneously after an diagnostic hysteroscopy. McDonald cervical cerclage was put at 19 weeks of gestation due to incompetent cervix. She gave birth to a viable female weighing 3550 g by cesarean section with the indication of breech presentation at 38+3 weeks of gestation. In one of two cases who had bicornuate uterus, preterm premature rupture of membranes occurred at 28+5 weeks of gestation and she gave birth to a viable newborn weighing 1300 g via cesarean section due to fetal distress at 29+5 weeks of gestation. The second patient with bicornuate uterus had uneventful antenatal period, and a healthy baby was delivered by cesarean section at term. One patient with septate uteri had undergone hysteroscopic resection of the uterine septum; antenatal period passed uneventfully and she gave birth to a viable female by vaginal delivery at 38+4 weeks of gestation.*

**Conclusions:** *Pregnancies in women with uterine anomalies are associated with recurrent miscarriages, preterm labors and deliveries, intrauterine growth restriction, abnormal fetal presentations, and other complications; however, pregnancy in an abnormal uterus may progress without incident and result in normal labor.*

**Key words:** *perinatal outcome, uterine anomaly.*

## GİRİŞ

Doğurganlık dönemindeki kadınların %2-3'ünde uterin anomali mevcuttur<sup>(1)</sup>. Uterin anomalili kadınların gebeliklerinde tekrarlayan düşükler, prematür eylem ve doğumlar, anormal fetal prezentasyonlar ve diğer komplikasyonlar eşlik eder; ancak kimi vakada gebelik komplikasyonsuz seyredebilir ve normal doğum eylemi ile sonuçlanabilir<sup>(2)</sup>. Uterin anomali tek başına nadiren primer infertilite nedenidir<sup>(3)</sup>; diğer infertilite nedenleri normal uterin kaviteye sahip hastalardakine benzer sıklıktadır. Bu yazıda Ocak 2002-Ocak 2006 tarihleri arasında kliniğimizde doğum yapan hastalar arasında uterin anomali mevcut olan vakalara ait gebelik sonuçları sunulmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Ocak 2002-Ocak 2006 tarihlerinde toplam 1250 doğum gerçekleşti. Doğum yapan hastalar

arasında 8 hastada uterin anomali mevcuttu (%0,6). Hastalara ait demografik ve obstetrik özellikler Tablo I'de görülmektedir. Uterus didelfisi olan vakalarda bir hastada (vaka no 1) ektopik gebelik nedeniyle yapılan pelvik muayene ve laparoskopi sırasında tanı konulmuştu; diğer hastada sezaryen seksiyosu sırasında tanı konuldu. Unicornuat uterusu olan 2 hastada (vaka no 3 ve 4) tanı sezaryen seksiyosu sırasında konuldu; iki hastada da rudimenter horn yoktu. Unicornuat uterusu olan 3. hastada tanı primer infertilite nedeniyle yapılan tanınal laparoskopi ve histeroskopi operasyonları sonrasında konulmuştu. Bikornuat uterusu olan iki vaka da gebelik öncesi tanı almıştı.

Vakaların üçünde (3/8, 0,4%) primer infertilite öyküsü mevcuttu (Tablo I). Uterus septus olan hastanın 7 ve 10 haftalık 2 gebelik kaybı ve 33 haftalık preterm prematür membran rüptürü ve ablasyo plasentayı takiben fetal intrauterin ölüm öyküsü mevcuttu. Histeroskopik septum rezeksiyonu sonrası tekrar gebe kalmıştı.

Uterus didelfisi olan 2 hasta komplikasyonsuz bir antenatal periyodu takiben, termde makat prezentasyonu endikasyonu ile sezaryen seksiyosu ile sağlıklı bebek doğurdular.

**Tablo I:** Maternal obstetrik ve demografik özellikler (n: 8)

Yaş	G	P	Abortus	Ektopik gebelik	İnfertilite öyküsü	Uterin anomali	Ek anomali
27	3	0	1	1	yok	Didelfis	yok
39	1	0	0	0	var	Didelfis	yok
32	1	0	0	0	yok	Unikornuat	İpsilateral renal agenezis
27	1	0	0	0	yok	Unikornuat	yok
18	1	0	0	0	var	Unikornuat	yok
35	3	1	1	0	yok	Bikornuat	yok
28	1	0	0	0	var	Bikornuat	yok
24	4	1	2	0	yok	Septum	yok

G= gravida; P= parite

Unikornuat uterusu olan 3 hastadan ikisinde simetrik erken intrauterin büyüme geriliği gelişti. Bu hastalardan birisi 37. gebelik haftasında makat prezentasyonu endikasyonu ile sezaryen seksiyon ile 2510 g canlı bebek doğurdu (Tablo II). Unikornuat uterusu olan ve erken intrauterin büyüme geriliği gelişen diğer hastada 31+6. gebelik haftasında membran rüptürü gözlemlendi; 32+2. haftada preterm uterusu kontraksiyonları başladı ve hasta ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen seksiyon ile 920 g canlı kız bebek doğurdu (Tablo II). Unikornuat uterusu olan üçüncü hastanın primer infertilite öyküsü mevcuttu; tanısal histeroskopi sonrası spontan gebelik oldu. Servikal yetmezlik nedeniyle 19. gebelik haftasında McDonald servikal serklaj konuldu. Hasta 38+3. gebelik haftasında sezaryen seksiyon ile 3550 g canlı kız bebek doğurdu (Tablo II).

Bikornuat uterusu olan 2 hastadan birisinde 28+5. gebelik haftasında membran rüptürü gözlemlendi ve hasta fetal distres nedeniyle 29+5. haftada sezaryen seksiyon ile 1300 g canlı bebek doğurdu. Bikornuat uterusu olan diğer hastada gebelik komplikasyonsuz seyretti ve termde sezaryen seksiyon ile canlı bebek doğurtuldu (Tablo II). Uterus septusu olan hasta histeroskopik septum rezeksiyonu sonrası gebe kalmıştı. Komplikasyonsuz bir antenatal periyodu takiben 38+4. gebelik haftasında vajinal yolla canlı bir bebek doğurdu (Tablo II).

## TARTIŞMA

Uterin anomaliler infertilite, endometriozis, kronik pelvik ağrı, pelvik tümör, hematomkolpos, paravajinal kitle, dispareunia, dismenore, hemivajinal inkomplet obstruksiyona sekonder mukopürülan akıntı, tubal sterilizasyon başarısızlığı, tekrarlayan gebelik kayıpları, distosi, makat prezentasyonu, fetal büyüme geriliği, preterm doğumlar, antepartum kanama, perinatal mortalite, servikal yetmezlik, sezaryen doğum ve uterusu rüptür gibi çok sayıda obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlara neden olabilir<sup>(4-11)</sup>. Üriner sistem ve gastrointestinal sistem anomalileri eşlik edebilir. Valli ve arkadaşları<sup>(12)</sup> uterus septus ya da unikornuat uterusu olan kadınlarda

kontrol grubuna göre tekrarlayan düşüklerin 5 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Unikornuat uterusu olan kadınlarda infertilite, endometriozis ve dismenore insidansı artmaktadır<sup>(13,14)</sup>. Normal boyuttaki hemiuterusa olan implantasyon durumunda preterm doğum, fetal büyüme geriliği, makat prezentasyonu, disfonksiyonel doğum eylemi ve sezaryen doğum insidansı normal popülasyona göre daha yüksektir; rudimenter horn gebeliklerinin büyük çoğunluğunda ise 20. gebelik haftasından önce uterusu rüptür gözlenmektedir<sup>(15)</sup>. Nahum ve arkadaşları 1900-1999 yıllarına ait 588 vakayı içeren literatür incelemesi sonucunda nonkomünikan uterusu horn gebeliklerinde uterusu rüptür hızını %85 ve fetal yaşam olasılığını %6 olarak bildirmişlerdir<sup>(16)</sup>. Maternal ölümlerin (23 ölüm) çoğunun 1950 yılından önce olduğu görülmüştür. Günümüzde yüksek rezolüsyonlu ultrasonografi ve MRI'nin yaygın kullanımı sayesinde rudimenter horn gebeliklerinin tanı ve cerrahi veya medikal tedavileri uterusu rüptür gelişmeden yapılabilmektedir<sup>(17)</sup>.

Uterus didelfisi olan kadınlardaki gebeliklerde görülen problemler ektopik ve rudimenter horn gebelikleri haricinde unikornuat uterusu gebeliklerinde görülen problemlere benzemektedir. Heinonen<sup>(14)</sup> başarılı gebelik hızını %70 olarak bildirmiştir; vakaların %20'sinde preterm doğum, %10'unda fetal büyüme geriliği, %43'ünde makat prezentasyonu ve %82'sinde sezaryen doğum görülmüştür. Multifetal gebelik nadirdir<sup>(18)</sup>.

Bikornuat ve septumlu uteruslarda septumdaki kas dokusunun fazlalığına bağlı olarak abortus hızı belirgin artmaktadır<sup>(19)</sup>. Uterus septus durumunda bikornuat uterusu üzerindeki gebeliklere göre daha sık erken gebelik kaybı görülmektedir<sup>(20)</sup>. İlk 20 gebelik haftası içerisinde gebelik kaybı uterusu septusta %88, bikornuat uterusu %70 olarak bildirilmektedir<sup>(21)</sup>. Woelfer ve arkadaşları<sup>(22)</sup> uterusu septus için birinci trimester gebelik kaybı hızını %42 olarak bildirmiştir. Yüksek gebelik kaybı hızının, büyük ölçüde avasküler yapıdaki septuma olan parsiyel ya da komplet implantasyona sekonder olduğu düşünülmektedir. Preterm doğum, anormal fetal prezentasyon ve sezaryen doğum insidansı da artmaktadır; Heinonen<sup>(23)</sup> uterusu septumu olan

**Tablo II:** Gebelik sonuçları

Vaka No	DH (hafta)	DK (g)	PEMR	IUBG	Distosi	Anormal fetal prezentasyon
1.	38+5	3050	yok	yok	?	var
2.	38	3580	yok	yok	?	var
3.	37	2510	yok	var	?	var
4.	32+2	920	var	var	var	yok
5.	38+3	3550	yok	yok	?	var
6.	29+5	1300	var	yok	?	yok
7.	38	3350	yok	yok	?	yok
8.	38+4	3300	yok	yok	?	yok

DH= doğum haftası; DK= doğum kilosu; PEMR ( preterm erken membran rüptürü; IUBG ( intrauterin büyüme geriliği.

kadınlardan doğan ekstremite redüksiyon defektli üç yenidoğanı tarif etmiştir.

Arkuat uterusun reproduktif sonuçları etkilemediği bildirilmektedir; aksine Woelfer ve arkadaşları<sup>(22)</sup> ikinci trimester gebelik kaybı ve preterm eylem hızında artış tespit etmişlerdir.

Obstruksiyon olmayan uterin didelfis ve unikornuat uterus gibi defektlerde cerrahi düzeltme gerekli değildir<sup>(24)</sup>. Anormal fetal prezentasyon sıklığı artar ve eksternal sefalik versiyonun başarılı olma olasılığı düşüktür; tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlarda servikal serklajın gebelik sonuçları üzerinde olumlu etkisi olabilir<sup>(25,26)</sup>. Başarılı bir septum rezeksiyonu yapılan uterin septumlu vakalarda servikal serklaj gerekli değildir. Uterus septus veya bikornuat uterusu ve kötü reproduktif performansı olan kadınlar uterin cerrahiden fayda görebilirler<sup>(27)</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Acien P. Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile women. *Hum Reprod* 1997; 12: 1372-1376.
2. Heinonen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982;61:157-162.
3. Heinonen PK, Pystynen P. Primary infertility and uterine anomalies. *Fertil Steril* 1983; 40: 311-316.
4. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001;7:161-174.
5. Heinonen PK. Clinical implications of the didelphic uterus: Long term follow-up of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 91: 183-190.
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Abnormalities of the reproductive tract. *Williams Obstetrics*, 22nd ed. New York, McGraw-Hill; 2005: 949-970.
7. Dalkalitsis N, Korkontzelos I, Tsanadis G, Stefanos T, Lolis D. Unicornuate uterus and uterus didelphys indications and techniques reconstruction: a review. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2003; 30: 137-143.
8. Soh EB, Lim JM. An unusual cause of antepartum haemorrhage. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1999; 39: 389-390.
9. Sharma D, Singhal SR, Singhal SK. Uterus didelphis, a rare cause for tubal sterilization failure. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1998; 38: 327-328.
10. Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. *Hum Reprod* 1993; 8: 122-126.
11. Golan A, Langer R, Neuman M, Wexler S, Segev E, David MP. Obstetric outcome in women with congenital uterine malformations. *J Reprod Med* 1992; 37: 233-236.
12. Valli E, Zupi E, Marconi D, et al. Hysteroscopic findings in 344 women with recurrent spontaneous abortion. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8: 398-401.
13. Fedele L, Zamberletti D, Vercellini P, et al. Reproductive performance of women with unicornuate uterus. *Fertil Steril* 1987;47:416-419.
14. Heinonen PK. Uterus didelphys: A report of 26 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1984;17:345-350.
15. Rolen AC, Choquette AJ, Semmelmans JP. Rudimentary uterine horn: Obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol* 1966; 27: 806-813.
16. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy: The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med* 2002;47:151-163.
17. Edelman AB, Jensen JT, Lee DM, et al. Successful medical abortion of a pregnancy within a noncommunicating rudimentary uterine horn. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 886-887.
18. Olah KS. Uterine torsion and ischaemia of one horn of a bicornuate uterus. A rare cause of failed second trimester termination of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 585-586.
19. Dabirashrafi H, Bahadori M, Mohammad K, et al. Septate uterus. New idea on the histologic features of the septum in this abnormal uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:105-107.
20. Proctor JA, Haney AF. Recurrent first trimester pregnancy loss is associated with uterine septum but not with bicornuate uterus. *Fertil Steril* 2003; 80: 1212-1215.
21. Buttram VC, Gibbons WE. Müllerian anomalies. A proposed classification (an analysis of 144 cases). *Fertil Steril* 1979; 32: 40-46.
22. Woelfer B, Salim R, Banerjee S, et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 1099-1103.
23. Heinonen PK. Limb anomalies among offspring of women with a septate uterus. Report of three cases. *Early Hum Dev* 1999; 56: 179-184.
24. Stenchever MA. Congenital abnormalities of the female reproductive tract. In Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AL, et al (eds). *Comprehensive Gynecology*, 4th ed. St. Louis, Mosby, 2001, p 253.
25. Golan A, Langer R, Bukovsky I, Caspi E. Congenital anomalies of the müllerian system. *Fertil Steril* 1989; 51: 747-755.
26. Golan A, Langer R, Wexler S, et al. Cervical cerclage-its role in the pregnant anomalous uterus. *Int J Fertil* 1990b;35:164-170.
27. Ayhan A, Yücel I, Tuncer ZS, et al. Reproductive performance after conventional metroplasty. An evaluation of 102 cases. *Fertil Steril* 1992; 57: 1194-1196.