

Hematometra ve hematokolpos ile ortaya çıkan bir mülleriyen kanal anomalisi olgusu

Can Usal, Funda Obuz, Erkan Yılmaz, Handan Çakmakçı, Turhan Uslu

C. Usal (E), F. Obuz, E. Yılmaz, H. Çakmakçı
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik
Anabilim Dalı, İzmir

T. Uslu
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı, İzmir

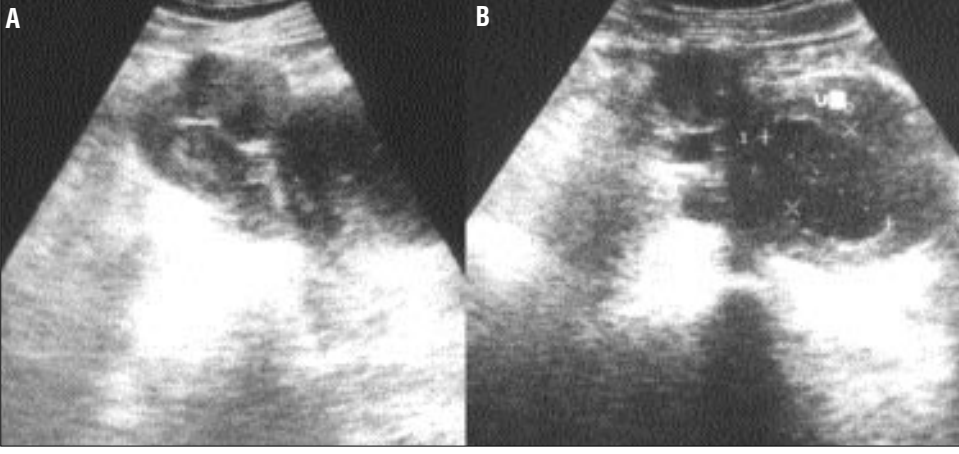
Mülleriyen kanal anomalilerinin (MKA) tespiti ve doğru tanımlanması özellikle cerrahi planlanan hasta grubunda büyük önem taşımaktadır (1). Bu grup hastalarda histerosalpingografi (HSG), ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda önemli yer tutmakla birlikte önemli kısıtlamalara da sahiptir. Son yıllarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi gerek anomalinin tipini doğru tanımlamada, gerekse anomaliye sekonder gelişebilecek ilave patolojileri saptamada ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada hematometra ve unilateral hematosalpinks ile ortaya çıkan, vajinal ve servikal agenezinin eşlik ettiği MRG ile tanı konulmuş rudimente boynuzlu unikornuat uterus olgusu sunulmuş, yanısıra mülleriyen kanal anomalilerinin değerlendirilmesinde izlenmesi gereken radyolojik algoritm, literatür verileri ile tartışılmıştır.

Olgu bildirisi

44 yaşında bayan hasta son 15 gündür sağ kasık bölgesinde devamlılık gösteren, analjeziklere kısmen yanıt veren şiddetli ağrı yakınması ile hastanemize başvurdu. Hastanın anamnezinde primer amenore ve yıllardır özellikle sağ kasık bölgesinde zaman zaman periyodik karakter kazanan ağrı yakınması dikkati çekti. Hastanın fiziksel muayenesinde batin sağ alt kadranında derin palpasyonda hassasiyet ve kitle varlığı saptandı. Diğer sistem bulguları normal olan hastada kan sayımı ve biyokimyasal verilerde patolojik bulgu yoktu. Hastanın şimdide dek geçirilmiş bir operasyon öyküsü mevcut değildi.

Ön tanıda adneksiyal kökenli bir patoloji düşünülen hasta transabdominal ultrasonografi (TA-US) incelemesine alındı. Yapılan değerlendirmede pelvik bölgede orta hattın sağında içi ekojenik vasıfta sıvı ile dolu multiloküle kistik yapı ve periferik kesiminde solid komponent saptandı. Sol adneksiyal bölgede ise 6 cm boyutlarında ince duvarlı homojen iç yapıda kistik lezyon izlendi (Resim 1). TA-US verileri sonucunda sağdaki lezyon kanamalı veya proteinöz kistik yapı ve eşlik eden solid komponenti olan kompleks adneksiyal lezyon olarak değerlendirilerek pelvik MRG tetkiki planlandı. MRG tetkikinde, SE T1 ağırlıklı (TR/TE: 580/17) aksiyel ve koronal, SE T2 ağırlıklı (TR/TE:2000/80) aksiyel ve sagittal, yağ baskılama sekansı kullanılarak T1 ağırlıklı aksiyel planda görüntüler elde edildi. US'de tanımlanan sağ adneksiyal kitlenin solid komponentinin, T2 ağırlıklı sekanslarda hipointens olması ve tubayla devamlılık göstermesi nedeniyle sağ unikornuat uterus ile



Resim 1. US görüntülerinde; transvers düzlemde sağ tubada hematosalpinkse ait görünüm (A), longitudinal düzlemde orta hattın sağında santrali sıvı ekojenitesinde kompleks kitlesel lezyon görünümü (B).

uyumlu olduğu anlaşıldı. US'de sağda izlenen ekojenik, multiloküle kistik yapı ise, T1-T2 ağırlıklı ve yağ baskılama sekansında hiperintens olup hematometra ve hematosalpink olarak değerlendirildi. Sağda tanımlanan unikornuat uterusun serviksi mevcut değildi. Sol adneksiyal bölgedeki kistik yapı T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintensiti. Sol over ayrı olarak izlenmedi. Kistin anteriorunda 1x1 cm boyutlarında T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda uterus ile izointens nodüler bir yapı mevcut olup rudimente uterus ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Her iki böbrek normal boyut ve lokalizasyondaydı (Resim 2,3).

Hasta radyolojik tetkiklerin ışığında öncelikle laparoskopiye, ardından cerrahi operasyona alınarak US ve MRG verileri doğrulandı. Cerrahi spesimenin histopatolojik değerlendirilmesinde solda izlenen solid yapının düz kas hücreleri içerdiği ve bağlantısız rudimente bir boynuz ile uyumlu olduğu anlaşıldı. Bu rudimente boynuz içinde endometrium dokusu ayırtedilmedi. Sol overde izlenen kist, basit yapıda olup, sağ over ayrı olarak saptanmadı.

Tartışma

Mülleriyan kanallar embriyonel mezodermden sefalokaudal yönde gelişerek fallop tüplerini ve distalde birleşerek uterusu, serviksi ve üst vajeni meydana getirir. MKA, Mülleriyan

kanallarının gelişmemesi, kısmi veya tümünden birleşmemesi sonucunda ortaya çıkan, %1-5 oranında rastlanan anomalilerdir. Bazı hastalar klinik olarak asemptomatik olsa da bunların çoğunluğunda infertilite, menstrüel bozukluklar ve obstetrik komplikasyonlar (ölü doğum, erken doğum, spontan abortus) gözlenmektedir. MKA'ya sahip kadınların %25'inde fertilite problemlerinin olduğu gözlenmektedir (2,3). Bu anomalilerin klinik pratikte ve radyolojik değerlendirmede yararlanılabilecek birçok sınıflandırması yapılmıştır (Tablo 1).

Mülleriyan kanalı anomalilerinin tanısında fiziksel muayene oldukça kıstıtlı bilgiler vermektedir (1). Radyolojik

tanısında yararlanılabilecek belli başlı tanı metodları HSG, US, BT ve MRG'dir. Anomali varlığı saptandıktan sonra tipinin tam olarak belirlenmesi şarttır. Kesin tanımlama hastanın fertilite olasılığını ve normal doğumu gerçekleştirebilme şansını belirlemektedir. Cerrahi girişim gerektiren bir anomali mevcut ise, transabdominal ya da histeroskopik yoldan yaklaşım kararının verilmesinde kesin tanımlama yine önem taşımaktadır (1,2,4).

MKA'yı ortaya koymada tarihsel aşamada birçok radyolojik metod uygulanmıştır. Bunlardan ilki HSG incelemesidir. HSG her ne kadar tubal patensiyi, intrauterin adezyonları saptama-

Tablo 1. Mülleriyan kanal anomalilerin genel sınıflandırması (American Fertility Society'den uyarlanmıştır).

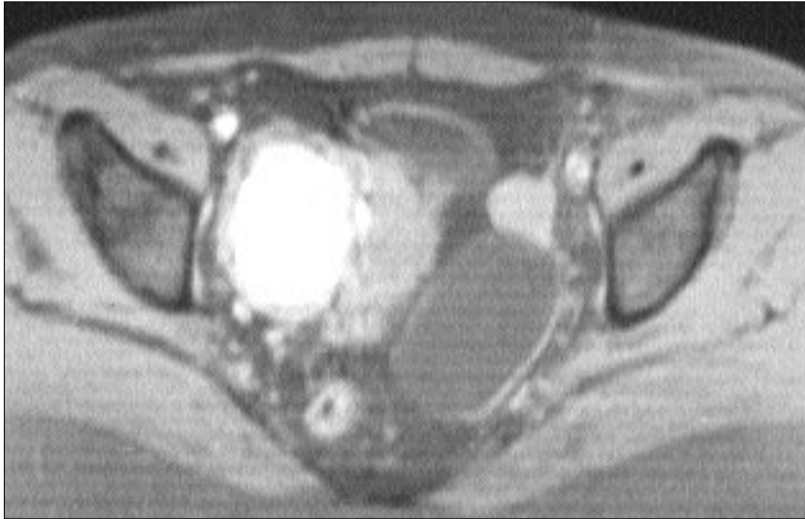
1. Segmental agenezi veya hipoplazi
 - a) Vajinal
 - b) Servikal
 - c) Fundal
 - d) Tubal
 - e) Kombine
2. Unikornuat uterus
 - a) Endometrium içeren komünike rudimente boynuzlu tip
 - b) Endometrium içeren non-komünike rudimente boynuzlu tip
 - c) Endometrium içermeyen non-komünike rudimente boynuzlu tip
 - d) Rudimente boynuzsuz tip
3. Uterus didelphis
4. Bikornuat uterus
 - a) İnternal osa dek tam ayrılmış tip
 - b) Kısmen ayrılmış olan tip
 - c) Arkuat uterus
5. Septat uterus
 - a) Komplet
 - b) İnkomplet



A



B



C

Resim 2. T1 ağırlıklı (A), T2 ağırlıklı (B) ve yağ baskılamalı (C) pelvik aksiyel MR görüntülerinde; sağ adneksiyal bölgede içi her üç sekansta hiperintens nitelikte hemoraji ile dolu olan serviksiz olmadığı atrezik uterin kavite izlenmektedir. Solda posteriorunda sol over kaynaklı basit retansiyon kisti ve hemen anteriorunda solid yapıdaki rudimente boynuzda ait nodüler yapı görülüyor.

mada değerli olsa da, dış uterin şekli ve özellikle rudimente segmentleri göstermede yetersiz kalmaktadır. Ya-

nısıra tetkikin iyonize radyasyon içer-
mesi ve kontrast madde kullanılması
incelemenin diğer dezavantajlarını

oluşturmaktadır (1,2,5). TA-US küçük görüntüleme alanı yüzünden, geniş obstrükte duplikasyon vakalarını tam değerlendirememektedir. Özellikle unikornuat uterus olgularında ve bikornuat-septat uterus ayırımında, aradaki septumun yapısını tam değerlendiremediği için yanıltıcı tanılara yol açabilmektedir (1,6). TV-US'de prob ile adneksiyal yapıların yakın komşuluğu nedeni ile rezolüsyon artmakta doku karakterizasyonu daha güvenilir yapılabilmektedir (1).

Olgumuz unikornuat uterus ve eşlik eden endometriumsuz rudimente non-komünike boynuzda bir örnektir (American Fertility Society sınıflamasında tip 2c) (7). Unikornuat uterus Mülleriye kanallardan birinin değişik derecelerde gelişimsel defekti sonucunda ortaya çıkan lateral füzyon anomalileri grubundandır (2,8). Unilateral hematometra olgularında ipsilateral üri-ner sistem anomalileri açısından dikkatli değerlendirme şarttır. Olgumuzda renal anomali mevcut değildir.

Vajinal agenezi olmaksızın drenaj problemi uterin malformasyonların iki tipinde görülür. Bunlardan birincisi endometriumlu rudimente boynuzda olan ana uterin kavite ile bağlantısı olmayan tipte unikornuat uterus olguları, diğeri ise tek tarafta vajinada transvers septumu olan uterus didelfis olgularıdır (2). Hastamızda var olan hematometra ve hematosalpinks ise mevcut vajinal ve servikal atreziye bağlı gelişmiştir. MRG incelemesinin doku karakterizasyonu yapabilmesi sayesinde olgumuzda sağ adneksiyal bölgede US'de izlenen sıvı vasıftaki yapıların kan olduğu ispatlanmıştır.

Uterus anomalilerinin MRG ile değerlendirilmesinde ise her hastada bazı parametrelerin gözden geçirilmesi şarttır. Bunlar; eksternal fundal şeklin değerlendirilmesi, interkornual mesafe ölçümü, endometrium/myometrium oranının saptanması, varsa septumun varlığını ve karakterizasyonunun belirlenmesi ve eşlik eden diğer patolojilerin tanımlanmasıdır. Komplike olmamış unikornuat uterus olgularında uzun, kıvrılmış dış konfigürasyonu muza benzeyen uterus görünümü tipiktir (2,3). Olgumuzda hematometra-



Resim 3. T1 ağırlıklı koronal MRG kesitinde sağda superiora doğru kıvrıntılı şekilde uzanan unilaterale hematosalpinks görünümü.

nın bulunması nedeni ile uterusu bu tipik konfigürasyon saptanmamıştır. Olgumuzun semptomlarının bu yaşa dek gecikme göstermesi, bu dönemde müphem klinik yakınmalarla gelmesi klinik açıdan da ilginç bulunmuştur.

Diğer radyolojik tanı metodlarına göre MRG'nin iyonize radyasyon olmaksızın, her planda görüntülemeye olanak tanınması sayesinde uterusun malformasyonlara preoperatif olarak kolayca tanı konabilmektedir. Günümüzde MKA'nın sınıflandırılmasında ve uygun terapötik yaklaşımı saptamada radyolog ve jinekoloğun yakın çalışmaları bir zorunluluk haline gelmiştir (1-4). Son yıllarda uterovajinal

anomalilerin kesin sınıflandırılmasında öncelikle TV-US yapılması ardından MRG ile incelemeye gidilmesi önerilmektedir.

Sonuç olarak uterusun malformasyonların preoperatif değerlendirilmesi ve

kanama içeren sıvıların belirlenmesinde MRG, iyonizan radyasyon olmaksızın, üç boyutlu görüntüleme olanakları sayesinde iyi bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

CASE REPORT: A CASE OF MULLERIAN DUCT ANOMALY ASSOCIATED WITH HEMATOCOLPOS AND HEMATOMETRA

The correct classification of Mullerian duct abnormalities is vital to their proper treatment, particularly when surgery is contemplated and a decision has to be made about the surgical approach. Magnetic resonance imaging (MRI) is now gaining wide acceptance in imaging congenital uterovaginal abnormalities. We report a case of a unicornuate uterus with a non-communicating rudimentary horn diagnosed with MRI. In our patient MRI was performed after transabdominal ultrasonography finding of a unilateral hematometra and hematosalpinx.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:560-563

Kaynaklar

1. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography and hysterosalpingography. *Radiology* 1992; 183:795-800.
2. Carrington BM, Hricak H, Nuruddin RN, Secaf E, Laros RK. Müllerian duct anomalies: MR imaging evaluation. *Radiology* 1990; 176:715-720.
3. Lang IM, Babyn P, Oliver GD. MR imaging of pediatric uterovaginal anomalies. *Pediatr Radiol* 1999; 29:163-170.
4. Oto A, Karçaaltıncaba A, Ahmetoğlu A, Besim A. Unilateral hematokolposta BT ve MRG. *Turk J Diagn Intervent Radiol* 1999; 5:247-249.
5. Mintz MC, Thickman DI, Gussman D, Kressel HY. MR evaluation of uterine anomalies. *AJR* 1987; 148:287-290.
6. Blask AR, Sandaers RC, Rock JA. Obstructed uterovaginal anomalies: demonstration with sonography. Part II. Teenagers. *Radiology* 1991; 179:84-88.
7. Gibbons W, Buttram VC, DeCherney A, March C, Neuwirth R, Vaughn T. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988; 49:944-955.
8. Fianza AL, Campani R, Villa A, Dore R, Di Maggio EM, Preda L. Communicating bicornuate uterus with double cervix and septate vagina: an uncommon malformation diagnosed with MR imaging. *Eur Radiol* 1997; 7:235-237.