

## Bölüm 57

# MÜLLERYAN ANOMALİ VARLIĞINDA LAPAROSKOPIK TOTAL HİSTEREKTOMİ, BİLATERAL SALPİNGOOFEREKTOMİ ZORLUĞU

Suat KARATAŞ<sup>71</sup>

### GİRİŞ

Uterus, salpenksler, serviks ve vajinanın 2/3 proksimali, paramezonefrik( mülleryan) kanallardan köken alır. Embriyolojik gelişim esnasında, Mülleryan kanal gelişimindeki bir hata, Mülleryan kanal anomalileri (MKA) denilenuterovajinal yapısal bozukluklara neden olur.

Mülleryankonjenital anomaliler, genel popülasyonda yaklaşık %0.1-3.8 sıklıkta görülmekte olup, konjenitaluterin anomaliler genel popülasyonda %6,7 ve infertil popülasyonda % 7,3 olarak bildirilmiştir (1,2). Tekrarlayan gebelik kayıpları olan kadınlarda bu oran % 3 ile % 25 arasında değişmektedir (3, 4). Mülleryan kanal anomalilerinin büyük kısmının nedeni bilinmemekle birlikte, çevresel ve genetik faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir. Genital sistem gelişimi sırasında radyasyona maruz kalma, geçirilmiş enfeksiyon, dietilstilbestrol (DES) benzeri ilaçların bazı Mülleryan anomalilere neden olduğu bilinmektedir (5). Kadın genital yol anomalileri ile ilgili çeşitli sınıflandırma sistemleri önerilmiş olup, birincisi Amerikan Üreme Tıbbı Derneği'nin (ASRM-AFS) 1988 yılında yayınladığı Mülleryananomaliler sınıflandırmasıdır (6).Bu sınıflandırmaya vajinal anomaliler eklenerek uterovajinal anomaliler olarak yayınlamışlardır (7) .

Daha sonrauterus, adneksler,serviks ve vajenle ilişkili malformasyonlar (VCU-AM) sistemi önerilmiştir (8). Ardından Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyolojisi Topluluğu/ Avrupa Jinekolojik Endoskopi Topluluğu (ESHRE/ESGE) ortak çalışmasında,konjenitaluterinanomaliler (CONUTA) adını verdikleri yeni bir sınıflandırma yayınlamıştır (ESHRE/ ESGE 2013) (9). Son olarak uterusun boyutla-

<sup>71</sup> Uzman Doktor, Bahçelievler Memorial Hastanesi Kadın Doğum Kliniği brain.82.84@gmail.com

rine dış merkezde Magnetikrezonansgörüntüleme ile tanı konulmuş ve sol renalagenesi tespit edilmiştir.

Böbrek ve idrar yolu anomalileri, Mülleryan kanal anomalisi olan kadınlarda önemli bir sorundur; en sık görülen anomali, hastaların yaklaşık yüzde 30'unda meydana gelen tek taraflı böbrek agenezisidir (21).Bu olguda da hastada sol renal ve üreteragenesi mevcuttu.Hastadan alınan anemnez sonucu daha önce çekilen görüntülemelerinde sol renalagenesi bilindiği için, ameliyattan önce, ürineranomali açısından özel görüntüleme işlemi yapılmadı.

Mülleryananomali olgularında yaklaşık %23 oranında üreterlerin anormal seyri ve anomalileri de olabilmektedir.(22,23). Üreterkomplikasyonundan kaçınmak içinlaparoskopik olarakretroperitonealdiseksiyon yapılıp, üreterlerin mesane girişine kadar seyri gözlendi, bu esnada sol üreter izlenmedi. Buna rağmen, parametriyal düzlemlerde üreterinin ilerleyiş seviyesine zarar verme riski vardır. Bu nedenle, olguda üreterinrahat akışını sağlayacak olan bir pedikül elde etmek için her iki taraftaki lateralfornikse vajinal açı boyunca hareketli kolpotomiye de kolaylaştıracak bir manipülator kullanıldı.

Laparoskopik cerrahinin mevcut faydaları göz önüne alındığında; konjenitaluterin anomalisi olan ve histerektomi gereken vakalarda , laparoskopinin düşük komplikasyon oranları ve daha hızlı bir iyileşme süreci ve hem hasta memnuniyeti hem de sağlık ekonomisi açısından avantajları, cerrahi teknik olarak abdominalhisterektomiye alternatif olmaktadır.Uterinanomali mevcudiyetindeki durumlarda, cerrahi sırasında, renal ve üreter anomalilerinin olabileceği dikkate alınmalı, kullanılan uterinmanipulatorün kullanımının diğer tarafta kısıtlı olması nedeniyle olgunun komplike olabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Mülleryan Anomali, UterusDidelfis, Laparoskopi, Histerektomi

## KAYNAKLAR

1. Fatum M, Rojansky N, Shushan A: Septateuteruswithcervikalduplication: rethinkingthedevelopment of mulleriananomalies. GynecolObstetInvest. 55:186-88, 2003
2. Saravelos AH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalenceanddiagnosis of congenitaluterineanomalies in womenwithreproductivefailure: A criticalappraisal. Hum Reprod Update. 2008;14:415-29.
3. Troiano RN, McCarthy SM. Mullerianductanomalies: Imagingandclinicalissues. Radiology. 2004;233:19-34
4. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinicalimplications of uterine-malformationsandhysteroscopic treatmentresults. Hum Reprod Update. 2001;7:161-74.
5. Golan A, Langer R, Bukovsky I, CaspiE.Congenitalanomalies of theMüllersiansystem. Fertil Steril. 1989;51:747-55. Review. Erratum in: Fertil Steril 1994;62:210.

6. American Fertility Society The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49:944-955
7. Folch M, Pigem I, Konje JC. Müllerianagenesis: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:644-9.
8. Oppelt P, Renner SP, Brucker S, Strissel PL, Strick R, Oppelt PG, Doerr HG, Schott GE, Hucke J, Wallwiener D, Beckmann MW. The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex-associated Malformation) classification: a new classification for genital malformations. *Fertil Steril.* 2005;84:1493-1497.
9. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezo Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Brölmann H, Gianaroli L, Campo R. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 2013;28:2032-44.
10. Grimbizis GF, Di Spiezo Sardo A, Saravelos SH, Gordts S, Exacoustos C, Van Schoubroeck D, Bermejo C, Amso NN, Nargund G, Timmerman D, Athanasiadis A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Tarlatzis B, Farquharson R, Gianaroli L, Campo R. The Thessaloniki ESHRE/ESGE consensus on diagnosis of female genital anomalies. *Hum Reprod.* 2016 Jan;31(1):2-7.
11. Patton PE. Anatomic uterine defects. *Clin Obstet Gynecol* 1994;37:705-21
12. Propst AM, Hill JA 3rd. Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med.* 2000;18:341-50
13. İsaoglu Ü, Yılmaz M, Delibaş İB, Gözükarı İ, Bilici AE, Uluğ P, et al. The evaluation of histopathologic diagnosis in specimens of hysterectomy. *Abant Med J* 2013; 2: 91-4.
14. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009; 8: CD003677.
15. Reich H, de Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynaecol Surg* 1989; 5: 213-6.
16. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL position statement: Route of hysterectomy to treat benign uterine disease. *J Minim Invasive Gynecol* 2011; 18: 1-3.
17. Reich H, Roberts I. Laparoscopic hysterectomy in current gynaecological practice. *Reviews in Gynaecological Practice* 2003; 3: 32-40.
18. Mebes I, Diedrich K, Banz-Jansen C. Total laparoscopic hysterectomy without uterine manipulator at big uterus weight (>280 g). *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286: 131-4.
19. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH (1992) Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography and hysterosalpingography. *Radiology* 183:795-800
20. M. R. Hoffman, A. Wade, Total laparoscopic hysterectomy for uterine didelphys with large uterine fibroids, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, March 2019, Volume 220, Issue 3, Supplement, Page S779, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.177>
21. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion No. 444. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 1156-8.
22. Hall-Craggs MA, Kirkham A, Creighton SM. Renal and urological abnormalities occurring with Müllerian anomalies. *J Pediatr Urol.* 2013;9(1):27-32.
23. Heinonen PK (2000) Clinical implications of the didelphic uterus: long-term follow-up of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 91:183-190