

Bölüm 34

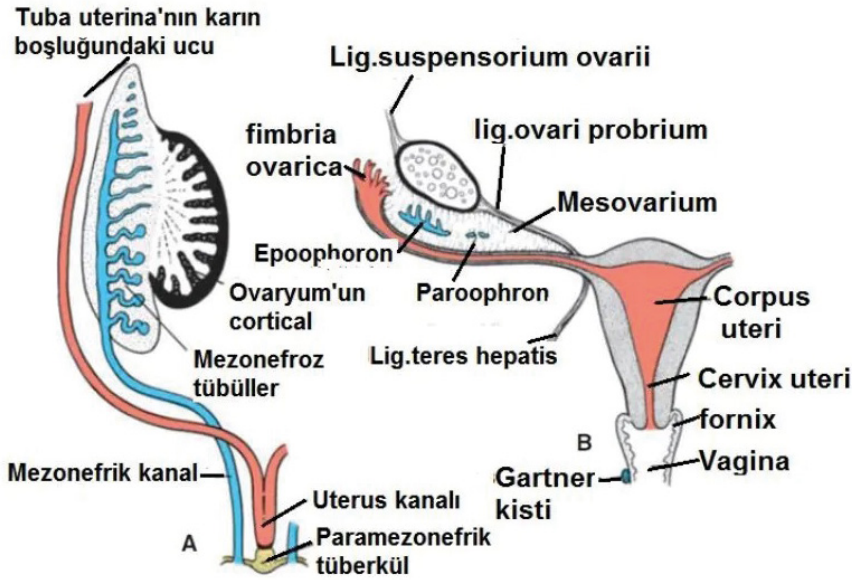
SEPTATE UTERUSUN HİSTERESKOPIK TEDAVİSİ

Ayşe DİŞLİ GÜRLER¹
Mehmet DOLANBAY²

UTERUSUN EMBRİYOLOJİK GELİŞİMİ

Wolf (mezonefrik) ve Müller (paramezonefrik) kanalları ambiseksüel gelişme periyodunda bütün embriyolarda gebeliğin 8. haftasına kadar geçişi olarak birlikte bulunur. Kadın üreme sistemi embriyolojik dönemde mülleryan (paramezonefrik) kanaldan gelişir. Bu farklılaşma AMH (Antimülleryan hormon) ve testesteron gibi erkek belirleyici faktörlerin etkisiyle olur. 19. kromozomda bulunan gen ile kodlanan AMH, testiküler farklılaşmadan sonra sertoli hücrele-

rinden sentezlenir ve aynı taraftaki mülleryan kanalın 8. hafta civarında gerilemesini sağlar. AMH yokluğunda mülleryan kanal bilateral olarak 6. haftada ürogenital sinüsün yan duvarındaki çöломik epitel köken alarak gelişmeye başlar. Bilateral kaudal yöne doğru gelişmeye başlayan bu mülleryan dokular wolf (mezonefrik) kanallarının medialine doğru gelişmeye devam eder. Orta hatta birleşerek uterovajinal kanalı oluşturur ve 10. haftada ürogenital sinüse ulaşır (1,2). (Şekil 1'de)



Şekil 1. 2. ayın sonunda dişi genital kanalının şematik görünümü. Paramezonefrik veya mülleryan tüberkülü ve uterin kanal formasyonu. B. Over inişinden sonra genital kanallar, mezonefrik sistemden sadece epooforon, parooforon ve gartner kisti kalmıştır (3).

¹ Op. Dr. , Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, aysedisligurles@icloud. com

² Doç. Dr. , Erciyes Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, mehmetdolanbay@yahoo. com

yon genellikle geçici bir durumdur ve vazodilatörlerle kontrol edilebilirken gelişen göğüs ağrısı 5-10 dk içerisinde ortadan kalkmaktadır. Hipotansif ve bradikardik atak kristalloidler, kolloidler ve vazopressörlerle kontrol altına alınabilir. Aşırı sıvı yüklenmesi semptomlarına sahip hastalarda hipoksemi ve hipoperfüzyon engellenmeli, sıvı kısıtlamasının yanı sıra diüretik verilmelidir. Hastada hiponatremi semptomları (epileptik nöbetler ve koma) gelişmiş ve bu laboratuvar olarak da destekleniyor ise (110 mEq/Lden az) hipertoniksalin infüzyon tedavisi başlanmalıdır (26).

Histeroskopun derin seviyelere yerleştirilmesi operatif alanın yetersiz görülmesine ve komplikasyonlara neden olabilir. Bu durumda perforasyon gelişebilecek önemli bir komplikasyondur.

Gaz medyum kullanılan olgularda görülebilen gaz embolisi nadir fakat ciddi bir komplikasyondur. Özellikle CO₂ verilmesi sırasında histeroskopik akım cihazı yerine laparoskopik akım cihazı kullanılırsa, akım dakika başına mililitre yerine litre seviyesinde olacaktır. Bu durum; yoğun CO₂ absorpsiyonu nedeni ile kardiyovasküler problemlere sebep olabilir.

Endometriyum hızlı ve düzenli yenilenme özelliğinden dolayı her ne kadar enfeksiyona dirençli olsa da cerrahi sonrası karşılaşılan önemli bir komplikasyondur. Yoğun servikal enfeksiyon, uterin enfeksiyon ve salpenjit varlığında histeroskopi uygulanmamalıdır. Enfeksiyon intrauterin cerrahilerden sonra bile sık karşılaşılan bir durum değildir. Profilaktik antibiyotik tedavisi, romatoid kardit, konjenital kalp hastalığı ve mitral valv prolapsusu olanlarda ve kronik endometrit şüphesi olan vakalarda uygulanmalıdır.

En ciddi komplikasyonlar operatör hatalarından kaynaklanmaktadır. Bu duruma en sık yetersiz tecrübe yol açmaktadır (26).

KAYNAKLAR

1. Speroff L, Fritz M. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite 8. baskı Güneş tıp evleri 2014: 122-123
2. Rackow BW, Arıcı A. Müllerian Anomalili Kadınlarda Üreme Performansı. CurrentOpinionInObstetricsandGynecology Türkçe baskı 2008; 2: 41-44,46
3. Papuçcu R. Diagnostik ve OperatifHisteroskopi. 1. Baskı, Ankara; Atlas KitapçılıkTic. Ltd. Şti. , 2002: 24,26,30,109.
4. Iverson RE, DeCherney AH, Laufer MR. Clinicalmanifestationsanddiagnosis of congenitalanomalies of theuterus. In: Rose BD, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2007.
5. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinicalimplications of uterinemalformationsandhysteroscopic treatmentresults. Hum Reprod Update 2001; 7:161-174.
6. Propst AM, Hill JA. 3rd. Anatomicfactorsassociatedwithrecurrentpregnancyloss. Semin Reprod Med 2000; 18: 341 -350.
7. ESHRE (TheEuropeanSociety of Human ReproductionandEmbryology) / ESGE (EuropeanSocietyforGynaecologicalEndoscopy)
8. Fedele L, Bianchi S. Hysteroscopicmetroplastyforseptateuterus. ObstetGynecolClin North Am 1995; 22: 473-489.
9. Ludmir J, Samuels P, Brooks S, Mennuti MT. Pregnancyoutcome of patientswithuncorrecteduterineanomaliesmanaged in a high-risk obstetricsetting. ObstetGynecol 1990; 75: 906-910.
10. Green LK, Harris RE. UterineAnomalies. Frequency of diagnosisandassociatedobstetriccomplications. ObstetGynecol 1976; 47: 427-9.
11. Lin PC, Bhatnagar KP, Nettleton GS, Nakajima ST. Femalegenitalanomaliesaffectingreproduction. Fertil Steril 2002; 78: 899-915.
12. Raga F, Bauset C, Remohi J. Reproductiveimpact of congenitalmulleriananomalies. Hum Reprod 1997; 12: 2277-2281.
13. Acien P. Reproductiveperformance of womenwithuterinemalformations. Hum Reprod 1993; 8: 122-6.
14. Fedele L, Zamberletti D, Vercellini P. Reproductiveperformance of womenwithunicornuateuterus. Fertil Steril 1987; 47: 416-419.
15. RockJA, Schlaff WD. Theobstetricconsequences of uterovaginalanomalies. Fertil Steril 1985; 43: 681-692.

16. Ludmir J, Landon MB, Gabbe SG. Management of the diethylstilbestrol-exposed pregnant patient: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:665-669.
17. Canzone G, Parlato M, Triolo L. 2D-3D Ultrasound in the Diagnosis of Uterine Malformations, *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, July-Sept. 2007;1(3) :77-79
18. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography, and hysterosalpingography. *Radiology* 1992; 183:795-800.
19. Troiano RN, McCarthy SM. Müllerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology* 2004; 233: 19-34.
20. Reuter KL, Daly DC, Cohen SM. Septate versus bicornuate uteri: errors in imaging diagnosis. *Radiology* 1989; 172:749-752.
21. Nicolini U, Bellotti M, Bonazzi B. Can ultrasound be used to screen uterine malformations? *Fertil Steril* 1987; 47: 89-93.
22. Baggish MS. Operative hysteroscopy. In: Rock J, Thompson J, editors. *Telinde's operative gynecology*. ed 8. Lippincott-Raven, 1997; 415.
23. Fedele L, Bianchi S, Frontino G. Septum and synechiae: approaches to surgical correction. *Clin Obstet Gynecol* (2006) 49:767-788.
24. Marcus S, al-Shawaf T, Brinsden P. The obstetric outcome of in vitro fertilization and embryo transfer in women with congenital uterine malformation. *Am J Obstet Gynecol* (1996) 175:85-89.
25. Propst AM, Hill JA. 3rd. Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* (2000) 18:341-350.
26. Pabuçcu R. Operatif Histeroskopi. In: Çolgar U, ed. *Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite*. 1. Baskı. İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. (2006) 271-278, 284-286.
27. March CM, Israel R. Hysteroscopic management of recurrent abortion, caused by septate uterus. *Am J Obstet Gynecol* (1987) 156:834-42.
28. Gimpelson RJ. Operative Hysteroscopy-myomas, septum, and synechiae. In: Sammarco MJ, Stovall TG, Steege JF, editors. *Gynecologic endoscopy: principles in practice*. Baltimore: Williams & Wilkins (1996) 61-74.