

## Az uterus didelphys szülészeti jelentősége

CSORBA ROLAND DR., MAJOR TAMÁS DR., CSENKE PÉTER DR.,  
BORSOS ANTAL DR.

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika  
(igazgató: Borsos Antal dr. egyetemi tanár) közleménye*

**Összefoglalás:** Szerzők a Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája 5 éves szülészeti anyagában vizsgálták az uterus didelphys előfordulása mellett a szülés kimenetelét. Öt év alatt 15621 szülésből 21 esetben diagnosztizáltak uterus duplexet kettőzött hüvellyel. E ritkán előforduló fejlődési rendellenesség szülészeti jelentőségét az emelkedett vetélési arány mellett a medencevégű fekvés gyakori, 38%-os előfordulása, a magas koraszülési arány, illetve a terhesség befejezésére több mint 80%-ban alkalmazott császármetszés adják.

**Kulcsszavak:** uterus didelphys, szülés

A női nemi szervek közül a kürtök, a méh és a hüvely felső kétharmada a Müller csövekből fejlődik ki. A két cső egybeolvadása révén alakul ki az egységes ivarcsatorna. Egyesülésük bármely zavarára fejlődési rendellenességet eredményezhet, ennek gyakorisága 2–5% körüli, de nehezen megítélhető, mivel bizonyos formái (uterus arcuatus, subseptus) mindvégig rejtettek maradhatnak. Ritkán előforduló kórkép az uterus didelphys (uterus duplex cum vagina duplice), amikor a Müller-csövek egyesülése teljes egészében elmarad, a méh, a cervix és a hüvely kettőzötten alakul ki. Mindkét méh laterális oldalán egy-egy kürt található. Típusos formája a fertilis kor előtt ritkán kerül diagnosztizálásra. Amennyiben valamelyik uterusfélből a menstruációs váladék elvezetése nem biztosított atresia miatt, úgy korábban, már a menarche ideje körül panaszokat okozhat.

A fejlődési rendellenesség és a terhesség kapcsolatáról az irodalomban kevés adatot találunk [1]. Ezt magyarázza egyrészt a kórkép ritka előfordulása: az összes uterus fejlődési rendellenesség mindössze 10%-a, másrészt az egyéb típusú fejlődési zavarokhoz képest a terhesség viszonylag kedvezőbb prognózisa.

### Anyag és módszer

A DOTE Női Klinikán 1993. június 1. és 1998. június 1. közötti időszakban uterus didelphys mellett lezajlott szüléseket elemeztük. A szülészeti napló, a kórlap és a terhesek által kitöltött kérdőív alapján tájékozódunk a terhesség és a szülés lefolyásáról. Vizsgáltuk a fejlődési rendellenesség felismerésének módját, a gestációs anamnesist, a koraszülés és fekvési rendellenesség gyakoriságát, valamint a szülés kimenetelét, a császármetszés gyakoriságát, a műtétes szülésbefejezés indikációját. Ultrahangvizsgálattal rutinszerűen elvégeztük a vizeletelvezető rendszer vizsgálatát, társuló fejlődési rendellenességet keresve.

### Eredmény

A vizsgált 5 éves periódusban 15 621 szülésből 21 betegnél (0,13%) diagnosztizáltunk uterus duplex-et. A fejlődési rendellenességet két betegen az első trimeszterben elvégzett nőgyógyászati vizsgálat igazolta, míg 19 terhesnél az már a terhesség előtt ismert volt. A felismerés módja évekkel korábban elvégzett laparotomia (1), infertilitás miatt végzett laparoszkópia (1), bimanuális (10)

vagy ultrahangvizsgálat (7 eset) volt. A megelőző összesen 12 terhesség közül nyolc esetben spontán vetélés, míg két-két esetben spontán szülés illetve császármetszés szerepelt az anamnesisben. Két betegben az elvégzett ultrahangvizsgálat tár-suló fejlődési rendellenességet, egyoldali vese-agenesiát igazolt.

A szülés megindulásakor nyolc esetben észleltünk medencevégű fekvést. Az atípusos fekvésen kívül, a társuló genitális fejlődési rendellenességet, az anamnesticus adatokat, a fenyegető magzati distressre utaló jeleket figyelembe véve össze-sen 18 terhésnél végeztünk császármetszést. Három alkalommal történt spontán hüvelyi szülés. Saját eredményeink jól illeszkednek a nemzetközi irodalmi adatokhoz (I. táblázat), bár a kis eset-

### I. táblázat

#### Az uterus didelphys szülészeti jelentősége

Uterus didelphys	Saját anyagunk	Irodalmi adatok
Gyakorisága	21/15621 (0,13%)	0,1–0,2%
Társuló egyéb fejlődési rendellenesség	2/21 (9,5%)	10%
Medencevégű fekvés	8/21 (38%)	45–50%
Császármetszés	18/21 (86%)	80–85%

szám miatt a százalékszámítás természetesen csak a tájékozódást segíti. Külön említést érdemel egy esetünk ahol a hét hetes vérzéskimaradást követően akut hasi panaszok miatt elvégzett ultrahangvizsgálat szimultán terhességet igazolt. A méhen kívül elhelyezkedő terhességből származó vérzés, haemoperitoneum, tubaruptura miatt laparotomiát és salpingectomiát végeztünk. Ezt követően intrauterin terhességét zavartalanul kiviselve terhessége szüléssel végződött.

Az újszülöttek egyperces Apgar értéke 9, míg átlagos születési súlya 2970 gramm volt.

### Megbeszélés

A méhen belüli fejlődés során a Müller-csövek egyesülése már igen korán lezajlik. Ekkor a caudális részek mint két szövethenger szorosan egymás mellett fekszenek. A felső részek később sem egyesülnek, ebből a szakaszból alakul ki a két petevezető. A következő lépésben a 10. gesta-tió hét idején megkezdődik a kanalizáció, melynek teljessé válásakor a két csövet még egy fal választja el egymástól. A septum felszívódása

caudális irányból indul meg a terhesség 20. hete körül. Ezen fejlődés bármely lépésének zavara genitális fejlődési rendellenességet eredményezhet. Előfordulásukban családi halmozódást figyeltek meg, de a minden bizonnyal multifaktoriális, poligén öröklődés nehezen vizsgálható, mivel a kórkép értelemszerűen csak nőknél manifesztálódhat. A bonyolult fejlődési folyamatból érthető a rendellenességek változatos formája [2]. Minél korábbi fázisban zavart a folyamat, annál súlyosabb az anatómiai eltérés. A változatos megjelenési forma miatt sokszor differenciáldiagnosztikai nehézséget jelentenek [3]. A méhfejlődési rendellenességek osztályozásában ma legelfogadot-tabb az American Fertility Society (AFS) klasszifikációja. A csoportosítás alapja a Müller-csövek egyesülésének elmaradási foka. Az egyes csoportokon belüli formák hasonló megjelenésük mellett terápiájuk és prognózisuk alapján is összetartoznak. Az egyéb osztályozásokban megkülönböztetnek szimmetrikus és asszimmetrikus, atréziával járó, vagy anélküli formákat stb. Míg a külső nemi szervek rendellenességeinek felismerése általában nem jelent problémát, a belső nemi szerveket érintő eltérések sokáig rejtve maradhatnak. Bár a disztális szakaszon bekövetkezett teljes elzáródás ritkán mucocolpos képében már a megszületés után felismerhető, az atresiával járó formák általában a menarche ideje körül okoznak tünetet, jellemzően havonta visszatérő ciklusos alhasi görcsös fájdalmat. Az obstrukciós kórképek specifikus következménye az endometriosis, melynek kialakulására a nagy mennyiségben hasüregbe kerülő mensturációs váladék hajlamosít. Asszimmetrikus kettőződés esetén ha csak egyik oldali kivezetőcső záródik el, rendszeres menses mellett is kialakulhat az ellenoldalon haematometra, haematocolpos. az atresiával nem szövődött változatok tünetmentesek maradhatnak. Az uterus fejlődési anomáliák jelentőségét összességében egyrészt a menstruációs zavarok (haematometra, dysmenorrhoea, endometriosis), másrészt az infertilitás adják.

Az uterus didelphys (AFS III. csoport) az egyik legritkábban előforduló fejlődési rendellenesség. Sterilitásnak aligha lehet oka és a létrejött terhesség kiviselése szempontjából is a jobb prognózisú formák közé tartozik, a terhességek több mint fele sikeresen végződik [4]. Általában nem társul atresiával, így klinikai tünetet a fertilis kor előtt alig ad, általában egyéb ok miatt végzett nőgyógyászati vizsgálat során diagnosztizáljuk. Korábban csupán a bimanuális vizsgálat alapján diagnosztizálhattuk a kórképet, esetleg az egyéb

ok miatt elvégzett laparotomia során derült fény a fejlődési rendellenességre. Ritkán az esetleges infertilitás miatti kivizsgálás keretében elvégzett HSG vetette fel, vagy igazolta az uterus didelphys [5]. Később a diagnosztikus laparoszkópia és hiszteroszkópia segítette az anatómiai helyzet pontos megítélésében. A minimálisan invazív orvoslás és a korszerű képalkotó eljárások elterjedésével az ultrahangvizsgálat szerepe elsődleges [6], míg kétes esetekben vagy összetett urogenitális fejlődési rendellenességek esetén MRI végzése lehet indokolt [7], így a diagnosztikus laparoszkópiák nagy része ma már elkerülhető. Ugyanakkor a Müller-csővek egyesülési zavara, így uterus didelphys esetén is indokolt rutinszerűen vizsgálni a vizeletelvezető rendszert, mivel közel 10%-ban fordul elő társuló fejlődési rendellenesség: veseagenesia, ectopiás vese, kettős ureter, patkóvese. Ritkábban szívfejlődési rendellenesség társulhat hozzá. Családi ismétlődés előfordulhat, így célszerű a család többi nőtagját is ellenőrizni [8].

A méhfejlődési rendellenességek előfordulása 2–5%, míg ez az arány habituális vetélőkben 15–20% lehet, így a kivizsgálásnál erre is gondolnunk kell. Nőgyógyászati problémát a méhfejlődési rendellenességek közül elsősorban az atresiával járó formák okoznak. Egyéb esetekben, így uterus didelphysnél is inkább a rendellenes implantáció következményeivel találkozunk: vetélés, koraszülés, intrauterin retardatio. Oki szerepe felmerülhet koraszülés, fekvési rendellenesség esetén is. A cervixelégtelenség klinikai jelentőségéről megoszlanak a vélemények, egyes szerzők a cerclage rutinszerű alkalmazását is javasolják [9], míg mi nem követjük ezt a gyakorlatot.

A mielőbbi diagnózis lehetővé teszi a páciens megfelelő felvilágosítását, a későbbi gyermekvállalással kapcsolatos tanácsadást. Sebészi beavatkozás csak az atresiával járó formáknál indokolt. Leggyakrabban a két hüvely közötti, egyik uterusfél felé lezárt septum incisiójára lehet szükség. Amennyiben a beavatkozást időben elvégezzük, a távolabbi prognózis nem romlik számottevően. Legnehezebb az atípusos, különösen az egyoldali cervix agenesiával járó formák ellátása. Ezek megoldása minenképpen rekonstruktív sebészetben jártas szakember közreműködését igényli, de még így is szükségessé válhat csonkoló műtét végzése. Az atresiával nem járó forma esetén műtétes beavatkozás nem indokolt. Terhesség létrejöt-

tét a fejlődési rendellenesség nem akadályozza, az esetleges sterilitás kivizsgálására az egyébként szokásos algoritmus javasolható. Terhesség során a várható szülészeti komplikációk ellátására kell felkészülnünk. Indokolt a gravida fokozott ellenőrzése, különösen a fenyegető vetélés és koraszülés, valamint a kezdődő retardatio jeleit vegyük komolyan. A várható szülészeti komplikációk miatt az esetek nagy többségében császármetszés a választandó megoldás.

## Irodalom

- [1] *Wahren J, Harms E.* Pregnancy and labour in a duplex uterus. *Z Geburtshilfe Perinatol* 1988; 187:166–167.
- [2] *Fülöp T.* A méh fejlődési rendellenességei. In: Rákóczi I, Gerő Gy eds. *Nőgyógyászati endoszkópia.* Golden Book kiadó, 1994;259–263.
- [3] *Katz G, Meirrow D.* An incompletely identified combined urogynecological malformation presenting as anuria. *J Urol* 1993; 149:610–2.
- [4] *Pusch H, Winter R, Kessler H, Lahousen M.* Pregnancy anamnesis and delivery in females with abnormalities of the internal genitalia. *Geburtshilfe u Frauenheilk* 1986; 46:725–728.
- [5] *Hofmann R, Schroder S, Meinkies M.* Evaluation of 500 hysterosalpingograms with special reference to tubal sterility. *Zentralbl Gynecol* 1985; 107:605–610.
- [6] *Funk A, Fendel H.* Ultrasonic diagnosis of congenital uterine abnormalities. *Z Geburtshilfe Perinatol* 1988; 192:77–82.
- [7] *Doyle MB.* Magnetic resonance imaging in Müllerian fusion defects. *J Reprod Med* 1992; 37:33–38.
- [8] *Horr B.* Uterus duplex and unilateral agenesis of the kidney in two sisters. *Rontgenblatter* 1979; 32:36–38.
- [9] *Leo L, Arduino S, Febo G et al.* Cervical cerclage for malformed uterus. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997; 242:104–106.

Csorba R, Major T, Csenke P, Borsos A. *The significance of uterus didelphys in obstetrics*

The authors report the outcome of pregnancies complicated with uterus didelphys. At the University Medical School of Debrecen, Hungary they found 21 such pregnancies out of 15621 deliveries during a five year period. Although this is a rare genital tract malformation and the outcome of pregnancy is better than in the other forms, it has a special significance since the abortion rate is higher, breech presentation is more common (38%) and caesarean sectio is performed in more than 80 percent of the cases.

*Key words:* uterus didelphys, pregnancy

*Közlésre elfogadva:* 2000. február 17.