

Rüptüre Non-Komünike Rudimenter Horn Gebeliği: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Ruptured Non-Communicating Rudimentary Horn Pregnancy: Case Report and Literature Review

Yakup BAYKUŞ,^a
Salih Burçin KAVAK,^a
Sami GÜNGÖR,^a
Hüsnü ÇELİK^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 28.12.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 04.04.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Salih Burçin KAVAK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ,
TÜRKİYE/TURKEY
burcinkavak@yahoo.com

ÖZET Rudimenter hornlu unikornuat uterus, kadın genital sisteminin en nadir konjenital anatomik anomalisidir. Birçok obstetrik ve jinekolojik komplikasyon yol açar. Rudimenter hornunda gebelik çok nadirdir. Gebeliğin ikinci trimesterinde uterin rüptür riski, rudimenter hornu oluşturan kas yapısının zayıflığı nedeni ile çok yüksektir. Eğer tanı konulamaz ve uygun tedavi edilemez ise fetus ve anne için yüksek mortalite oranları söz konusudur. Bu olgu sunumunda, son adet tarihine göre 21 haftalık, ultrasonografi ölçümlerine göre ise 18 haftalık olan rüptüre non-komünike rudimenter horn gebeliğinin teşhis ve tedavisinin literatür eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Uterus rüptürü; müllerian kanallar; gebelik, ektopik

ABSTRACT Unicornuat uterus with rudimentary horn is the rarest congenital anomaly of the female genital tractus. It causes many obstetric and gynecologic complications. Pregnancy implanting at rudimentary horn is very rare. Risk of uterine rupture is very common during the second trimester of pregnancy due to the weak muscular wall of the rudimentary horn. The uterine rupture can cause life threatening bleeding. If early diagnosis and treatment is not made, high mortality rate for both the fetus and the mother can be seen. In this case report, we examined a pregnancy in which fetus is 21 week old when calculated according to the last menstrual period and measuring 18 week old by ultrasonography examining causing a uterine rupture in a non-communicaty rudimentary horn and discussed the diagnosis and treatment in the light of litherature.

Key Words: Uterine rupture; mullerian ducts; pregnancy, ectopic

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(3):171-4

Müllerian kanalın konjenital anomalileri kadınların %0.1-3.8'inde görülmektedir. Embriyonel dönemde müllerian duktusların anormal füzyonu veya uterin septumun yetersiz absorpsiyonu kadın genital sisteminde konjenital anatomik değişikliklere neden olur.^{1,2} Unikornuat uterus, müllerian kanallardan birinin parsiyel ya da tam olarak gelişmemesi sonucu oluşur. Unikornuat uterus tüm müllerian anomalileri içerisinde %4,4 ile en az sıklıkta görülenidir.³ Müllerian kanallardan birinin parsiyel gelişmesi o tarafta rudimenter horn oluşumuna yol açar.^{4,5} Sıklığı 1/100 000'dür.⁶⁻⁸

En sık uterin kavite ile bağlantılı, endometriyum içermeyen rudimenter horn izlenen bu olguların büyük bir kısmı asemptomatiktir.² Uterus ile bağlantısı yoksa ve kavite içeriyorsa, rudimenter hornadaki endometriyal

kavitede gebelik oluşması önemli bir komplikasyondur. Buradaki hornunda miyometriyum incedir ve bu bölgedeki gebeliklerde rüptür gelişme riski yüksektir.^{9,10} Rudimenter horn gebelikleri genellikle ikinci trimester başında rüptüre olur.¹¹ Bu tip gebeliklerde genellikle rüptür olduktan sonra tanı konulabilmektedir. Tanısı ultrasonografi (USG) ile her zaman konulamamaktadır.

Bu çalışmada olgumuz, çok nadir görülmesine rağmen, erken tanı konulup tedavi edilmediğinde ölümcül olabilen bu durumun önemini, teşhiste yaşanan sıkıntıları ve tedavi önerilerini vurgulamak açısından literatür bilgileri gözden geçirilerek olgumuz sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşındaki, G3 P2 A0 C0 Y2 olan takipsiz hasta, üç dört saat önce umbilikus etrafında başlayan pelvise yayılan şiddetli abdominal ağrı, baygınlık hissi ve halsizlik şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Obstetrik anamnezinde diğer gebeliklerinin miad olduğu ve vajinal yolla sonlandığı öğrenildi. Genel durumu orta-iyi, şuuru açık, koopere, oryante idi. Yapılan batın muayenesinde batında yaygın hassasiyet, rebaund ve defans mevcuttu. Arteriyel kan basıncı 100/60 mm/Hg ve nabız 105/dakika idi. Vajinal spekulum muayenesinde serviks kapalı ve retrovert görünümde idi. Tv muayenede servikal hareketler ağırlıydı ve bilateral adnekslerde hassasiyet mevcuttu. Son adet tarihine göre, 21 haftalık gebelikte yapılan USG'de 18 hafta ile uyumlu canlı, tekil, intrauterin gebelik saptandı. USG'de pelvik bölgede bağırsak ansları arasında serbest mayi mevcuttu. Plasenta anterior yerleşimli olup, amniyon mayi volümü normaldi. Tam kan sayımında WBC: 12 300, Hb: 11,7, Htc: 34,8, Plt: 204 000, biyokimyasal parametrelerden amilaz: 45, lipaz: 32 ve diğer biyokimyasal parametreler ile koagülasyon parametreleri normaldi. Nonobstetrik akut batın sebebini araştırmak için yapılan batın USG sonucu "batında yaygın internal ekojeniteler içeren serbest mayi (hemoraji?) ve intrauterin canlı monofetüs" olarak rapor edildi. Takiplerde genel durumu bozulan kontrol CBC'de Hb: 9,3, Htc: 29,6 ve TA: 80/50 mmHg, nabız: 120/dakika olan hasta acil laparotomiye alındı. Operasyon sırasında sağ

nonkomünike rudimenter horna yerleşim gösteren fetüsün uterin rüptür sonucu batında olduğu tespit edildi. Batında yaklaşık 1000 cc fibrine-defibrine hemorajik mayi mevcuttu. Sağ rudimenter horn fundal kısmında 3-4 cm'lik kanamalı bir rüptür alanı olduğu gözlemlendi. Rudimenter horn, uterus ile bağlantılı olduğu noktadan eksize edildi (Resim 1). İntraoperatif 3 ünite lökositten arındırılmış eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Postoperatif dönemde 3. gün 2 ünite daha lökositten arındırılmış eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulanan hasta postoperatif 5. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Rudimenter horn içerisinde gebelik, 1/40 000-1/140 000 sıklıkta olduğu bildirilen nadir görülen bir olaydır.^{12,13} Tanısı USG ile her zaman konulamayan, maternal ve perinatal mortalite riski yüksek olan nadir bir gebelik şeklidir. Literatürde az sayıda termde doğumu gerçekleşen rudimenter horn gebeliği de bildirilmiştir.

Rudimenter horn içinde oluşan gebelik acil bir durumdur; çünkü uterus rüptürü yaygın batın içi kanamaya neden olur ve hasta hayatını tehdit eder. Rüptür, hornu oluşturan kas yapısının çok zayıf olması nedeniyledir ve %80-90 olguda ikinci trimesterde olur. Rudimenter hornunda intrauterin bir gebelik ile konkomittan olarak gelişebilecek bir heterotopik gebelik olasılığı da akılda tutulmalıdır.¹⁴



RESİM 1: Eksize edilmiş rüptüre uterin horn, fetus ve ekleri.
(Renkli hali için Bkz. <http://jinekoloji.turkiyeklinikleri.com>)

Maternal mortalite oranı teşhis ve tedavi olanaklarının artması nedeni ile %0,5'lere düşmüştür.^{15,16} Bu hastaların jinekolojik öykülerinde gebelik öncesi dönemde şiddetli dismenoreden yakındıkları sıkça vurgulanır. Ancak gelişimini tamamlamamış bir horn ve nonfonksiyone endometriyum varlığında dismenore ortaya çıkma-yabilir.¹⁷

Öte yandan rudimenter hornlu olguların ilk tanısı tesadüfen jinekolojik bir muayenede konulabileceği gibi, akut batın nedeni ile yapılan cerrahi girişimle de konabilir veya erken gebelik haftalarında tespit edilebilir. Erken gebelik haftalarında USG'de konjenital uterin anomali düşünülen olgulara manyetik rezonans görüntüleme yapıp tanı konulabilir. Böylece gebelik komplike olmadan erken tedavi planlanabilir.¹⁸ Prenatal tanıda histerosalpingoografi, laparoskopi, histeroskopi ve USG kullanılmaktadır.⁷ Özellikle transvajinal USG en önemli tanısal yöntemdir.¹⁹ İlk trimesterde dikkatle yapılan pelvik muayene ile deviye olmuş uterus ve palpabl adneksiyal kitlenin varlığı, müllerian anomaliden şüphelendirmeli ve ileri incelemeler yapılmalıdır. Böyle bir yaklaşım daha kolay tanı konmasına yardımcı olacaktır.

Rudimenter horn gebeliklerinde karşılaşılabilecek bir diğer problem de plasenta percreta'dır. Horn alanı küçük olduğundan ve desidualizasyon yetersizliğinden dolayı vakaların %11,9'unda plasenta percreta ile karşılaşılır.²⁰

Olgumuzun obstetrik anamnezinde, vajinal yolla miad iki doğum öyküsünün olması ve antenatal takiplerini yaptırmamış olması nedeni ile erken gebelik döneminde konjenital uterin anomali tespit edilemedi. Başvuru anında obstetrik USG'sinde obstetrik patoloji tespit edilemedi ve öncelikli olarak nonobstetrik akut batın sebepleri düşünüldü. Bu tip akut batın olgularında transabdominal USG'de batında yaygın hemoraji varlığı

ğında, obstetrik anamnezinde ve başvuru anındaki obstetrik değerlendirilmesinde öncelikle obstetrik patoloji düşünülmesi de, çok nadir de olsa ölümcül sonuçlara yol açabileceğinden rudimenter horn da gebeliğe bağlı uterus rüptürü olabileceği akılda tutulmalıdır.

Bu konjenital anatomik anormallik pek çok obstetrik ve jinekolojik komplikasyonla birlikte bulunabilir. Bu olgularda retrograd menstrüasyon yoluyla endometriozis, infertilite, hematometra gibi jinekolojik komplikasyonların yanı sıra anormal prezentasyonlar, habitüel abortus, prematür doğum gibi obstetrik problemler de izlenebilir.²¹ Bu hastalarda oluşan endometriozis sıklıkla şiddetlidir. Klinik olarak akut batın, dismenore, disparanü veya kronik pelvik ağrı ile karşımıza çıkabilir.²²

Hastaların %40'ında eşlik eden üriner sistem anomalileri vardır. En sık görülen anomali, nonkomünike rudimenter hornla aynı taraftaki renal agenezi iken, yine aynı taraflı pelvik böbrek ikinci sıklıkta görülmektedir.² Olgumuzda postpartum yapılan IVP tetkikinde üriner sistem anomalisine rastlanmadı.

Laparotomi uterin rüptür gelişen vakalarda en önemli ve kesin tedavi şeklidir. Nonkomünike rudimenter horn olgularında tedavi, gebelik olsun ya da olmasın yol açabileceği obstetrik ve jinekolojik problemler nedeni ile, tanısı konulduğunda uterusu bağlantı noktasından eksizyon şeklinde olmalıdır. Böylece ileride yol açabileceği jinekolojik ve obstetrik komplikasyonların gelişimi önlenir. Özellikle genç yaşta veya fertilitatesini henüz tamamlamamış hastalarda, muhtemel endometriozis gelişimini önleyeceğinden, uygun bir tedavi şekli olacaktır. Cerrahi sırasında overler korunmalıdır. Ciddi kanamalarda ve hasta hayatının tehlikede olduğu durumlarda histerektomi gerekebilir. Olgumuza rudimenter hornun eksizyonu uygulandı, uterus ve aynı taraftaki over ise korundu.

KAYNAKLAR

1. Handa Y, Hoshi N, Yamada H, Wada S, Kudo M, Tsuda K, et al. Tubal pregnancy in a unicornuate uterus with rudimentary horn: a case report. *Fertil Steril* 1999;72(2):354-6.
2. Nezhat CR, Smith KS. Laparoscopic management of a unicornuate uterus with two cavitated, non-communicating rudimentary horns. *Hum Reprod* 1999;14(8):1965-8.
3. Seifer DB, Speroff L. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility: Self Assessment and Study Guide*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 524.
4. Simon C, Martinez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril* 1991;56(6):1192-3.
5. Engmann L, Schmidt D, Nulsen J, Maier D, Benadiva C. An unusual anatomic variation of a unicornuate uterus with normal external uterine morphology. *Fertil Steril* 2004;82(4):950-3.
6. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001;7(2):161-74.
7. Golan A, Langer R, Bukovsky I, Capsi E. Congenital anomalies of the mullerian system. *Fertil Steril* 1989;51(5):747-55.
8. Perrotin F, Bertrand J, Body G. Laparoscopic surgery of unicornuate uterus with rudimentary uterine horn. *Human Reprod* 1999;14(4):931-3.
9. Daskalakis G, Pilalis A, Lykeridou K, Antsaklis A. Rupture of noncommunicating rudimentary uterine horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100(5 Pt 2):1108-10.
10. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med* 2002;47(2):151-63.
11. Akhtar AZ. Term pregnancy in a rudimentary horn of a bicornuate uterus with foetal salvage: a case report. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1988;14(2):143-6.
12. O'Leary JL, O'Leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963;22:371-5.
13. Sfar E, Zine S, Bourghida S, Bettaieb A, Chelli H. [Pregnancy in a rudimentary uterine horn: main clinical forms. 5 cases]. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1994;89(1):21-6.
14. Ozan H, Kimya Y, Esmer A, Karahasan M. A case of heterotopic pregnancy. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2001;7(2):172-3.
15. Nahum G. Rudimentary uterine horn pregnancy: case report on surviving twins delivered 8 days apart. *J Reprod Med* 1997;42(8):525-32.
16. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1456-67.
17. Jain R, Gami N, Puri M, Trivedi S. A rare case of intact rudimentary horn pregnancy presenting as hemoperitoneum. *J Hum Reprod Sci* 2010;3(2):113-5.
18. aori K, Saha BK, Shah D, Khadaria N, Jadhav V, Jawale R. Sonographic diagnosis of uncomplicated first-trimester pregnancy in the rudimentary horn of a unicornuate uterus. *J Clinical Ultrasound* 2008;36(1):45-7.
19. Chang JC, Lin YC. Rupture of rudimentary horn pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(3):235-8.
20. Oral B, Güney M, Ozsoy M, Sönel S. Placenta accreta associated with a ruptured pregnant rudimentary uterine horn. Case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 2001;265(2):100-2.
21. Kuşcu NK, Laçın S, Kartal Ö. Rupture of rudimentary horn pregnancy at the 15th week of gestation: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102(2):209-10.
22. Atmaca R, Germen AT, Burak F, Kafkaslı A. [Acute Abdomen in a Patient with Rudimentary Horn Unicornuate Uterus]. *Artemis* 2003;4(4):74-6.