

RÜPTÜRE RUDİMENTER KORN GEBELİĞİ

Arzu Koç BEBEK, İnci DAVAS, Atif AKYOL, Ahmet VAROLAN, Ali YAZGAN, Duygu YARDIM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Rudimenter korn gebeliği oldukça ender görülür. Rutin ultrasonografik muayene sırasında doğru teşhis koymak çok önemlidir. Rudimenter kornu oluşturan kas yapısının zayıflığı nedeni ile gebeliğin ikinci trimesterinde rüptür kaçınılmazdır. Bu da hayatı tehdit eden ciddi kanamaya neden olur. Tedavi laparotomi ile rudimenter kornun eksizyonu ile aynı taraftaki tuba uterinanın alınmasını içerir. 20. gebelik haftasında rudimenter korn gebeliği rüptürü nedeni ile kliniğimizde takip ve tedavi ettiğimiz olguyu, hastalığın önemini, teşhiste yaşanan sıkıntıları ve erken tanı metodlarını vurgulamak için sunmayı uygun gördük.

Anahtar kelimeler: rudimenter korn gebeliği, tedavi, teşhiste zorluk

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt 7: (Özel Sayı 1): Sayfa 62- 5

SUMMARY

RUPTURE OF RUDIMENTARY UTERINE HORN PREGNANCY

Although pregnancy in a rudimentary uterine horn is rare, the correct diagnosis of this condition on routine sonographic examination is critical, because its natural history usually involves the rupture of the pregnant horn during the second trimester, resulting in life-threatening bleeding. Management usually consists of excision of the rudimentary horn with the pregnancy and the ipsilateral tube, traditionally by laparotomy. We present a case of 20-week pregnancy in a rupture rudimentary horn with a nonviable fetus, because of diagnostic difficulty, importance of these anomalies and methods of early diagnosis.

Key words: diagnostic difficulty, management, pregnancy in a rudimentary horn

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol 7: (Special Issue 1): Pages 62- 5

GİRİŞ

Erken embriyonik dönemde müllerian kanalın anormal füzyonu veya septum absorpsiyonunun yetersizliği, kadın genital sisteminin anatomik malformasyonu ile sonuçlanmaktadır^(1,2). Unikornuat uterus, müllerian kanallardan birinin parsiyel ya da tam olarak gelişmemesi sonucu oluşur. Mülleryen kanallardan birinin tam gelişmemesi izole hemiuterusa neden olurken ,parsiyel gelişmesi o tarafta rudimenter korn oluşumuna yol açar^(1,2). Sıklığı 1/100 000'dür⁽³⁻⁵⁾. Bu olguların çoğunda, her iki over de çölm epitelinde gelişen ürogenital kıvrım adı verilen embriyolojik yapıdan kaynaklandığı için intaktır⁽⁶⁾.

Rudimenter korn uterin kavite ile bağlantılı olup olmadığına ve endometrial kavite içerip içermediğine göre sınıflandırılabilir. En sık uterin kavite ile bağlantılı, endometrium içermeyen rudimenter korn izlendiğinden olguların büyük bir kısmı asemptomatiktir⁽¹¹⁾. Eğer kavite içeriyor ve uterus ile bağlantısı yok ise retrograt menstrasyona neden olarak aynı taraf fallop tüpünde hematosalpenks ve değişik derecelerde endometriozise yol açabilmektedir⁽¹¹⁾. Ancak bu tip anomalide en önemli komplikasyon, rudimenter kordaki endometrial kavitede gebelik oluşmasıdır. Oldukça ender olmakla birlikte sıklığı 1/100000 ile 1/140000 arasındadır⁽¹²⁾. Gebelik, ovum veya spermin transperitoneal migrasyonu sonucu oluşur. Buradaki kordda myometrium ince olduğundan bu bölgedeki gebeliklerde rüptür gelişme olasılığı yüksektir⁽¹³⁾. Bu tür gebelikler çoğunlukla 2. trimesterde rüptür ile sonlanmakta ve tanı genellikle rüptürden sonra konabilmektedir. Hastada massif hemoperitonyum, akut abdominal ağrıyla kendini göstermekte ve hayatı tehdit etmektedir^(13,14). Ender görülmekle birlikte aklagelmediğinde mortalite sebebi olan bu anomalinin erken tanı ve tedavisinin yapılabilmesi için gerekli bilgileri, kliniğimizde yönettiğimiz bu olgu nedeni ile literatürdeki bilgileri de derleyerek sunmayı uygun gördük.

OLGU

30 yaşında multipar hasta, gece ani başlayan karın ağrısı, baygınlık hissi, halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın obstetrik öyküsünde, son adet tarihine göre 20 haftalık ikinci gebeliği olduğu ve önceki gebeliğin bir sağlıklı, normal doğum ile sonlandığı ve mevcut

gebeliği süresince hiç antenatal takibe gitmediği öğrenildi. Fizik muayenede; şuuru açık, genel durumu orta ve soluk görünümde olduğu izlendi. Kan basıncı 80/50 mmHg, nabız hızının 120 atım/dk ve ritmik olduğu saptandı. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet, rebound ve defans mevcuttu. Vaginal spekulum muayenesinde collum kapalı, forme idi, kanama yoktu; ancak servikal hareketlerde ağrı mevcuttu. Transabdominal ultrasonografide batın içinde yaygın hemoperitonyum ile uyumlu hiperekojen sıvı ve inrauterin kavitede biyometrik ölçümleri 20 haftaya uyan fetus izlendi. Obstetrik incelemede, fetusun canlı olduğu, amnion kesesinin intakt ve amniyon sıvı volümünün normal olduğu izlendi. Hafif düzeyde anemi ve lökositoz saptandı. (Hb:11 g/dl, Htc: %33.1, Wbc: 16300/mm³, Plt: 247000/mm³,) Koagülasyon parametreleri, trombosit değeri ve kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Hastanın preşok tablosunda olması ancak obstetrik USG' de fetus, uterus ve eklerine ait bir patoloji görülmemesi üzerine ayırıcı tanıda batın içinde diğer organlara ait acil cerrahi bir patoloji olasılığı düşünüldü. Batına yönelik manyetik rezonans görüntülemesi uterusun sol kornual bölgesinde yerleşmiş canlı bir fetusun olduğunu ve çevresindeki myometri-umda devamlılığın bozulmuş olduğunu göstermekteydi. Hasta acil laparotomiye alındı. İntraoperatif değerlendirilmede batında 2-3 ünite kan, uterus normal boyutta ancak sol tarafından gelişmiş, uterin kavite ile bağlantısı olmayan ve üst kısmından rüptüre olmuş rudimenter korn izlendi. Rudimenter kornun içerdiği endometrial kavitede 20 haftalık büyüklüğe uyan fetus olduğu görüldü. Fetus canlı ve amnion kesesi sağlamdı. Fetus ve ekleri batından uzaklaştırıldıktan sonra rudimenter korn ve sol tuba uterina ekstripe edildi (Resim 1). Geri kalan bölge çift kat kontinü suture edildi (Resim 2). Operasyon sonrası ve sonrasında eritrosit transfüzyonu uygulandı, ek bir sorun gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 8. günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1: Eksize edilmiş sol rudimenter korn, tuba uterina ve fetus.



Resim 2: Primer sütüre edilen myometrium ve uterusun son hali.

TARTIŞMA

Rudimenter korn içinde oluşan gebelik daima acil bir durumdur; çünkü buradaki gebelik ürünü çoğunlukla 10-15. gestasyonel haftaya ulaştığında büyüyen rudimenter kornun rüptürü kaçınılmazdır⁽¹⁵⁾. Çok az sayıda yaşayabilecek büyüklüğe ulaşan infant bildirilmiş olmasına rağmen ,rudimenter korn gebeliğinin prognozu hasta için çok kötüdür^(7,16). Rudimenter korn gebeliğinin rüptürü yaygın batın içi kanamaya neden olur ve hasta hayatını tehdit eder. Rüptür kornu oluşturan kas yapısının çok zayıf olması nedeniyle ve % 80-90 2. trimesterde olur. %10 hastada fetus terme ulaşır, ancak sadece %2'si kurtarılabilir⁽¹⁶⁾. Maternal mortalite geçen yüzyılda %80-90'lara ulaşırken son yıllarda doğru teşhis ve tedavi olanaklarının artması nedeni ile %50 olguda rüptür geliştiği varsayılsa dahi mortalite oranı %0.5'lere düşmüştür^(17,18).

Rudimenter kornun pregestasyonel teşhisi için histerosalpingografi, laparoskopi histeroskopi yardımcı tekniklerdi, ancak prenatal tanıda özellikle transvaginal ultrasonografi en önemli yöntemdir⁽¹⁹⁾. Ultrasonografide servikal kanal ile gebeliğin olduğu korn lümeni arasında doğrusal ilişkinin olmaması, amnion zarını ya da gestasyonel keseyi çevreleyen myometriumun ince olması ve burada placenta akreatayı düşündüren hipervaskül-

arizasyon saptanması rudimenter korn gebeliğini destekleyen bulgulardır⁽¹⁴⁾. Olgumuzda hasta hiç gebelik takibine gelmediği için prenatal tanı koymak mümkün olmamıştır.

Erken teşhis olgumuzda olduğu gibi daha önce normal doğum yapmış olan hastalarda zordur. Transabdominal ultrasonografi ile ekstrauterin gebeliği lokalize etmek mümkün olabilir. Gebeliğin ileri haftalarında plasentanın yerleşim yerinin iyi tarif edilmesi önemlidir⁽²⁰⁾. Olgumuzda hastanın görüldüğü anda gebeliğin 20. haftasında olması dolayısıyla rudimenter korn uterusun önünü kaplayacak kadar genişlemiş, plasentanın ve fetusun doğru lokalize edilmesini zorlaştırmıştır. Gebeliğin intrauterin olmadığı ultrasonografi ile izlenmiş ancak yeri lokalize edilememiş ise tanıda manyetik rezonans görüntüleme (MR) yardımcı olabilir⁽¹⁴⁾. Koronal, sagittal ve aksiyal planda doğru değerlendirme ile rudimenter korn uterusun ayrı bir şekilde izlenebilir ve kavitenin uterus ile bağlantılı olup olmadığı belirlenebilir⁽¹⁴⁾. Ultrasonografi ile kesin tanısını koyamadığımız olgumuzda MR yardımıyla rudimenter korn gebeliği teşhisini koyabildik. Laparotomi rüptür gelişen vakalarda en önemli ve kesin tedavi şeklidir. Rudimenter kornun eksizyonu ile ipsilateral salpenjektomi uygulanmalı, over mutlaka korunmalıdır. Ciddi kanaması olan ve hasta hayatının tehlikede olduğu durumlarda histerektomi gerekebilir. Olgumuzda rudimenter kornun ve sol tuba uterinanın eksizyonu uygulanmış, uterus ve aynı taraftaki over korunmuştur. Rüptürden önce saptanan olgularda laparoskopik yöntemle rudimenter kornun eksizyonunun başarı ile uygulandığını gösteren yayınlar vardır^(13,21). Ayrıca rudimenter korn eğer endometrium içeriyorsa ,herhangi bir cerrahi prosedür esnasında rastlanırsa profilaktik eksizyonu önerilmektedir⁽²²⁾.

Sonuç olarak rudimenter uterin korn gebeliğinin erken teşhisinde zorluklarla karşılaşılmaktadır. Gebeliğinin ikinci trimesterında yaygın batın içi kanama ile acile başvuran hastada akla getirilmesi gereken ender ,fakat ölümcül olabilen bir anomalidir. Pregestasyonel tanı koyabilmek en başarılı adımdır. Teşhiste yararlanılacak en geçerli yöntem ultrasonografi olmasına rağmen. ultrasonografi ile tanı konulamayan, ileri gestasyonel haftada başvuran olgularda MR teşhiste yararlıdır.

KAYNAKLAR

1. Simon C, Martinez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril.* 1991; 56: 1192- 3.
2. 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; 824: 950- 3.
3. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update.* 2001; 7: 161- 74.
4. Golan A, Langer R, Bukovsky I, Capsi E. Congenital anomalies of the mullerian system. *Fertil Steril.* 1989; 51: 747- 50
5. Perotin F, Bertrand J, Body G. Laparoscopi surgery of unicornuate uterus with rudimentary uterine horn. *Human reproduction.* 1999; 14 (4): 931- 3.
6. Reichman D, Laufer MR, Robinson BK. Pregnancy outcomes in unicornuate uteri: a review. *Fertil Steril.* 2009; 91: 1886- 94.
7. Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simon C, Pellicer. A Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod.* 1997; 12: 2277- 81.
8. Buttram V, Gibbons W. Mullerian anomalies: a proposed classification (an analysis of 144 cases). *Fertil Steril.* 1979; (6): 32- 40.
9. Henionen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. *Fertil Steril.* 1997; 68: 224- 30.
10. American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexial adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988; 49: 944- 55.
11. Nezhat CR, Smith KS. Laparoscopic management of a unicorniate uterus with two cavitated ,noncommunicating rudimentary horns. *Human Reproduction.* 1991; 4: 1965- 8.
12. Johansen K. Pregnancy in a rudimentary horn. *Obstet Gynecol.* 1983; 61:565- 7.
13. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med.* 2002; 47: 151- 63.
14. Taori 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: 45- 7.
15. Speroff L, Glass RH, Kase Nathan GN. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.*1999; pp 123- 58.
16. Rolan AC, Choquette AJ, Semmens JP. Rudimentary uterine horn: obstetric and gynecologic complications. *Obstet Gynecol.* 1966; 27: 806- 9.
17. Nahum G. Rudimentary uterine horn pregnancy: case report on surviving twins delivered 8 days apart. *J Reprod Med.* 1997; 42: 525- 32.
18. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol.* 2005; 105: 1456- 67.
19. Chang JC, Lin YC. Rupture of rudimentary horn pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1992; 71: 235- 8.
20. Nahum G. Rudimentary uterine horn pregnancy: the 20th century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med.* 2002; 47: 151- 63.
21. Nahum G. Rudimentary uterine horn pregnancy. *J Reprod Med.* 1999; 44: 314- 5.
22. Liu MM. Unicornuate uterus with rudimentaryhorn. *Int J Gynaecol Obstet.* 1994; 44: 149- 53.