

Rüptüre Rudimenter Horn Gebelik: Olgu Sunumu

Hakan PEKER*, Toygun BAŞARAN*, Kadriye ZEHİR*,

Sibel SÜR MEN USTA*, Vedat DAYICIOĞLU**

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üsküdar, İstanbul

* Asistan doktor, ** Klinik Şefi

Yazışma Adresi: Dr. Hakan Peker, Fabrikalar cad. Uzun apt. No: 36 D:7, 34730 Bakırköy, İstanbul

Tel: 0 532 426 35 07

E-mail: drhakanpeker@hotmail.com

ÖZET

Uterin kavite ile ilişkisi olmayan rudimenter horn gebelikleri sıklıkla rüptür ile sonuçlanır. Olgumuz ilk önce intrauterin missed abortus olarak değerlendirilip, misoprostol ile abortusu denenmiş, fakat tedavi başarısızlığı sonucu, şüphelenilerek tekrarlanan ultrasonografide fetusun abdomende serbest sıvı ile birlikte izlenmesi sonucu laparatomî yapılarak, uterin kavite ile bağlantısı olmayan rüptüre rudimenter horn gebeliği tanısı konulmuştur. Rudimenter horn eksizyonu ile tedavisi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Rudimenter horn gebelik

SUMMARY

The non-communicating rudimentary horn pregnancies usually result in rupture. In the beginning, our case was evaluated as intrauterine missed abortion and misoprostole was applied, but due to the failure of the treatment, ultrasound scan was repeated. Since free fluid accompanied the fetus in the abdomen, laparotomy was carried out and non-communicating ruptured rudimentary horn pregnancy was diagnosed. The treatment was applied by the excision of the rudimentary horn.

Key words: Rudimentary horn pregnancy

Uterin anomaliler altı subgrupta toplanır: 1) Agenezis 2) Unikornuat uterus 3) Uterus didelfis 4) Bikornuat uterus (komplet, parsiyel, arkuat) 5) Septat uterus (komplet, parsiyel) 6) DES kullanımına bağlı iatrojenik konjenital anomaliler(1)

(T şekilli uterus, uterin kavitede bantlar, sineşi, intrauterin polipoid defektleri, hipoplazi (2)). Unikornuat uterus, Mülleryan kanalların bir tanesinin gelişmemesiyle oluşur. Rudimenter horn, mülleryan kanallardan birinin kısmen gelişmesiyle meydana gelen anomalidir. Bu uterin anomali, anatomik değişkenliğin büyük kısmını kapsar. American Society for Reproductive Medicine (ASRM) sınıflamasına göre bu anomali dört

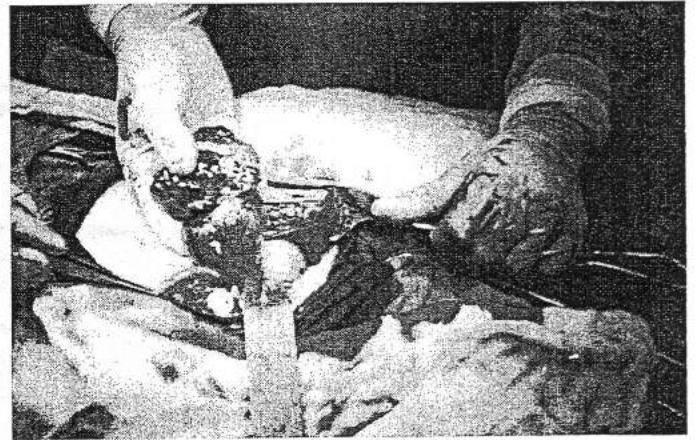
subgruba ayrılır: 1) Rudimenter horn ile ilişkili unikornuat uterus 2) Kaviteli rudimenter horn ile ilişkisiz unikornuat uterus 3) Kavitesiz rudimenter horn ile ilişkisiz unikornuat uterus 4) İzole unikornuat uterus (3)

Rudimenter horn gebelik, oldukça nadirdir. Tüm gebeliklerin 1/100.000' inde görülür. Rapor edilen olguların %5'inden azına preoperatif tanı konmuştur.(4,5)

İlk zamanlar olguların çoğu, intraperitoneal hemoraji nedeniyle oluşan maternal ölüm sonrası yapılan otopsilerde tanı almıştır. (3)

Rudimenter horn oldukça nadir görülen konjenital anomalidir. Mülleryan kanal (paranefroz), bilateral gonad ve mesonefroz arasında oluşur. Yaklaşık 10 haftalık gebelikte her iki yandaki mülleryan kanalların orta hatta füzyonu ile uterus oluşur. Uterin hornun füzyonunun oluşmamasıyla birlikte böbrek veya üreter yokluğu olabilir. (1,4)

Resim 1: Uterin kavite ile, ilişkisi olmayan sağ rüptüre rudimenter horn gebelik



Unikornis uterus bütün konjenital uterin anomalilerin % 5'ini oluşturur (7). Unikornis uterusla birlikte rudimenter horn beraberliği %36 olarak bildirilmiştir (7). Rudimenter horn, müller kanalının birinin gelişiminin durması ve diğer tarafta füzyonun yetersiz olması sonucu oluşur. Rudimenter hornu birleştiren bant muskuler, fibroz veya pedinküler

arak birçok değişiklik gösterir (4). Rudimenter horn solid olabilir ya da uterusu benzer fonksiyonel bir kavite içerebilir (8). Uterus ile bağlantısı normal olabileceği gibi geniş veya ince pedikül ile ya da fibromuskuler bant ile bağlı olmakla beraber tamamen ayrı olabilir (8,9,10). Rudimenter horn, normal kavite ile ilişkisi yoksa ve fonksiyonel endometriuma sahip ise siklik menstrüel kanamalar sonucu ağrı oluşturur (11,12) Rudimenter hornda implantasyon çok yüksek oranda gebelik kaybı ile sonuçlanır(12). Bu nedenle fonksiyonel endometriuma sahip rudimenter horn tesbit edildiği zaman genellikle eksize edilir(12). Rudimenter horn gebeliği sadece ya spermatozoanın ya da diğer tarafta oluşan fertilize ovumun transperitoneal migrasyonu sonucu oluşabilir(8,10). Rapor edilen olguların % 90'ı ikinci trimesterde oluşan rüptüre rudimenter horn gebeliktir(13). Rudimenter uterin horndaki gebeliklerin %5'inden azı terme ulaşır ve canlı doğum oranı %0.83'dür(4,9). Genellikle missed abortus veya fetal ölüm meydana gelir. Fetus büyüdüğü zaman uterin duvarının rüptürü sıklıkla oluşur, akut intraperitoneal hemorajiye neden olur. Cerrahi olarak kontrol edilemezse, sıklıkla bu olay fatal seyrederek(14). Tanı genellikle laparotomi veya otopsi ile konulur(15).

OLGU SUNUMU:

BA, 19 yaşında. Primigavid. İki yıllık evli. Son adet tarihini hatırlamıyor. Olgunun, hastanemize başvuru şikayeti bir haftadır lekelenme tarzında olan vaginal kanamaydı. Olgunun sigara, alkol anamnezi, kullandığı ilaç, geçirdiği ameliyat öyküsü yoktu. Olgunun özgeçmişi ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Olgunun adetleri düzenli, pelvik inteksiyon, disparoni, dismenore anamnezi yoktu. Yapılan fizik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Batın muayenesinde; hassasiyet, defans, rebound saptanmadı. Yapılan pelvik muayenesinde; perine, vulva, vagen: doğal görünümlü, serviks: hafif kanamalı, tek, kapalı, uterus: 16 haftalık cesamette, adnekslerde özellik saptanmadı. Yapılan ultrasonografi bulgularına dayanılarak; "16 haftalık missed abortus" tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Olgu, kliniğimize başvurmadan bir ay önce yaptırdığı ultrasonografide de 12 haftalık intrauterin gebelik olarak değerlendirilmiş. Laboratuvar analizinde; hemoglobin: 12.3 gr/dl, hematokrit: %35.4, aPTT, PT, fibrinojen değerleri normal bulundu. Yapılan transabdominal ultrasonografide BPD: 32mm (16 hafta) FL:16 (14 hafta) intrauterin tek FKA(-) negatif olarak değerlendirilip, missed abortus tanısı konuldu. İki

ünite kan isteminden sonra, olgunun 200 mcg misoprostol (1 tablet vaginal, iki saatte bir 1 tablet oral) ile abortusu indüklendi. Cevap alınamayınca günde oniki saat uygulanan misoprostol tedavisi iki kez daha denendi. Üçüncü uygulamada hastanın ateşinin 39°C olması üzerine tedavi kesildi ve bir gün ara verildi. Daha sonra dördüncü kez denenen misoprostol uygulamasında da vücut ısısı yükseldi. Abortus elde edilemeyince; transvaginal ultrasonografi, hemoglobin, hematokrit, aPTT, PT, fibrinojen tetkikleri tekrarlandı. Hemoglobin: 7.8 gr/dl, Hematokrit: %21.9 aPTT, PT, fibrinojen normal sınırlardaydı. Yapılan transvaginal ultrasonografide; uterus normal cesamette, endometrium çizgi halinde, düzenli olarak izlendi. Batın içinde serbest sıvı ve yaklaşık 15 haftalık FKA(-) fetus saptandı. Bu dönemde yapılan batın muayenesinde olgunun batın her iki alt kadranda derin palpasyonla hassasiyet mevcut iken, defans ve rebound yoktu. Hemodinamik durumu stabildi. Olgunun tekrar yapılan pelvik muayenesinde; Vulva: normal, Vagen: hafif kanlı, Serviks: yumuşak, pembe-mor renkli osta mukusla karışık hafif kan mevcut. Uterus: İstemli defans nedeniyle net değerlendirilememekle beraber yaklaşık 2-2.5 aylık gebelik iriliğinde hissedildi. İstemli defans nedeniyle ayrıntılı değerlendirememekle beraber ayrıca batın içinde kitle palpe edilmedi. Batın muayenesinde defans ve rebound yoktu. Olgunun hemodinamik durumu yapılan takiplerinde bozulmamakla beraber klinik olarak genel durumu daima iyi seyretti. Laboratuvar, ultrasonografi ve pelvik muayene sonucu olgu ektopik gebelik?, uterus rüptürü? ön tanılarıyla laparotomiye alındı. Laparatomide yapılan eksplorasyonda batından yaklaşık 1000 cc eski kanama boşaltıldı. Barsak ansları arasında 14-16 haftalık mort de fetus izlendi. Fetusun kordonu takip edilerek. Plasenta insersiyon yerinin sağ rudimenter hornda olduğu saptandı. Rudimenter hornda yaklaşık 10 cm'lik rüptür mevcuttu. Uterusun sağındaki rudimenter horn, ligamentum ovarii propriumla overe, ligamentum rotundum ile pelvis yan duvarına bağlıydı. Sağ tuba rudimenter horn ile bağlantılı idi. Rüptüre rudimenter horn uterusla geniş fibröz bant şeklinde bağlantılıydı. Sol over ve tuba normal boyut ve konumdaydı. Rudimenter horn eksizyonu yapıldıktan sonra açılarak yapılan makroskopik ve mikroskopik incelemede de uterin kavite ile hiçbir bağlantısının olmadığı belirlendi. Postoperatif beşinci günde şifa ile taburcu edildikten sonraki kontrol

muayanesinde, eşlik eden üriner sistem anomalisini ekarte etmek için yapılan IVP'si (intravenöz pyelografi) normal izlendi.

Olgunun patoloji sonucu: 14-15 gestasyon haftası ile uyumlu erkek fetus. Operasyon materyali: Serozal duvarı rüptüre kanamalı, ortası kaviter ve endometriumla döşeli myomatöz organoid doku parçası. Kavitede plasenta mevcuttu. Not: Organoid doku parçasının cerrahi sınır yüzeyinde uterin lümen girişi saptanamamıştır. Klinik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde rudimenter horn ile uyumludur.

TARTIŞMA:

Bu yayındaki olgu çok nadir görülen asemptomatik rudimenter horn gebeliktir. Ultrasonografiye göre 16 haftalık intrauterin missed abortus olarak değerlendirilerek mükerrer misoprostol uygulandı. Cevap alınamaması üzerine yapılan kontrol ultrasonografide abdominal gebelik ve uterus rüptürü ön tanıları ile laparotomi yapıldı. Laparatomide rüptüre rudimenter horn gebelik tanısı konuldu. İlk rudimenter horn gebeliği 1669'da Mauriceau ve Vassal tarafından tanımlanmıştır(3). Bu tarihten günümüze kadar bildirilen olgu sayısı 350'den fazladır(16).

Rudimenter horn gebelik, abdominal gebelikten 10 kat daha az görülür. Olguların bir çoğunda ana uterin kavite ile rudimenter hornun ilişkisi yoktur. Nwosu'nun raporuna göre %90'ın üzerinde uterus ve aksesuar horn arasında ilişki saptanamamıştır.(17) Olgumuz da bu özelliği taşıyordu. Rudimenter horn gebeliği sperm veya fertilize ovumun transperitoneal migrasyonu ile meydana gelebilir. Gerçekten de korpus luteum olguların % 10'ununda karşı overdedir (4,18). Çoğu olguda rudimenter horn gebelik, missed abortus ya da intrauterin fetal ölüm ile sonlanır. Bunda azalmış kan akımı, myometrial kontraktibilite, yardımcı faktörlerdir. Canlı doğumlar oldukça nadirdir (19). Rudimenter hornun myometrial kalınlığı ve vasküler desteği genellikle birinci trimesterde gebeliğin devamı için yeterlidir. Çoğu olgudaki gebelik, tubal gebelikten daha uzun süre devam eder. Bununla beraber rüptüre olan olguların %80-90'nı ikinci trimester gebeliktir (19). Rüptüre olmayan horn gebelikte klinik bulgular nonspesifiktir. Hiçbir semptom ve bulgu olmayabilir. Belli belirsiz abdominal rahatsızlık olabilir (20). Bu durum

olgumuzda da mevcuttu. Tanı koymak için şüphelenilmelidir. Tanı, olguların %5'inden azında laparotomi yapılmadan önce doğru konulmuştur (4,5). Ultrasonografik tanıda özellikle rudimenter horn, normal hornun önünde ise normal intrauterin gebelikten ayırmak için kullanılan kesin işaretler izlenemediği zaman tanının gecikmesi oldukça sıktır(13). Bunun için sonografide, pelvik kitle izlendiğinde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yapının gebelik olmayan horn olması mümkündür (13). Ultrasonografide ilerlemiş gebeliklerde myometrial kalınlık bilinen durumdan daha ince izlenebilir. Bu olgularda MRI tanı için bir sonraki adım olabilir (20). Olgumuza yapılan transabdominal ultrasonografide, bu özelliklerin izlenmesi intrauterin gebelik olarak yorumlanmasına neden olmuştur. Rudimenter horn gebelikte; plasental yatak ultrasonografik olarak izlenir ve abdominal gebelikten ayrımında kullanılmalıdır (4). Olgu rüptüre olduktan sonra yapılan transvaginal ultrasonografide plasental yapı net izlenemedi. İntraabdominal fetus ve serbest sıvı izlendi. Erken üçüncü. ve ikinci trimesterde oluşan rüptür önemli klinik bir bulgudur. DeNicola uterin rüptür olgusunda; masif abdominal rüptüre bağlı maternal ve fetal ölümün 10-15 dakika içinde meydana gelebileceğini belirtmiştir. Rüptür olduğu zaman fetal mortalite %98, maternal mortalite %90 gibi çok yüksek orandadır (21). Olgumuzun rudimenter horn gebeliği rüptüre olmasına rağmen, hemodinamisi bozulmadı. Laparotomide batında hematoperiton izlenmesine rağmen cerrahi sırasında devam eden aktif kanama alanı izlenmedi.

Vaginal septum ve böbrek yokluğu gibi diğer bilinen maternal konjenital anomali varlığı tanıda yardımcı olabilir. Renal anomaliler(agenesi,atnalı böbrekve aynı tarafta pelvik böbrek) bu olgularda bulunabilir ve bu olguların %50'sinden fazlasında böbrek yoktur. (3,20,22). Bütün olgularda intravenöz pyelografi, üriner sistem anomalileri ile birlikteliklerinin sık olması nedeniyle endikedir (3,19). Olgumuza yapılan IVP'de üriner sistem anomalisi saptanamamıştır.

SONUÇ- YORUM:

Rudimenter horn gebelikten güçlü bir şekilde şüpheleniliyorsa; dikkatli bir fizik-jinekolojik muayene ve ultrasonografi ile takip-tedavisi laparotomi ve rudimenter hornun eksizyonu şeklinde planlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Golan A, Langer R, Bukovsky I, Caspi E. Congenital anomalies of the müllerian system. *Fertil Steril* 1989;51(5):747-55.
2. Dürfee RB. Congenital Anomalies of the Female Genital Tract. In: Benson RC, eds. *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment* 4th ed. California: Lange Medical Publications, 1982:169-180.
3. Heinonen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. *Fertility and Sterility* 1997; 68:224-30.
4. Serdar HU, Raul A. Third-trimester rudimentary horn pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1998; 43: 919-921.
5. Johansen K. Pregnancy in a rudimentary horn, two case reports. *Obstet Gynecol* 1969; 34: 805-808.
6. Muslow FW, Cedar R. Pregnancy in a rudimentary horn of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1945; 49: 773-776.
7. Corleta HVE, Villodore LC, Reis R, Capp E. Conservative treatment for a noncommunicating rudimentary uterine horn. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:668.
8. Lawhorn BP, Wax JR, Dufort RT. Rudimentary uterine horn pregnancy diagnosed with magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 1998 ;91(5 Pt 2):869.
9. Yahata T, Kurabayashi T, Ueda H, Kodama S, Chihara T, Tanaka K. Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy. *J Reprod Med* 1998;43:223-226.
10. Weitzner JS. Rudimentary horn pregnancy. *J Reprod Med* 1998;43(2):158-159.
11. Kuşcu NK, Laçın S, Kartal Ö, Koyuncu F. 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.
12. Soundararajan V, Rai J. Laparoscopic removal of a rudimentary uterine horn during pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45: 599-602.
13. Chang JC, Lin YC. Rupture of rudimentary horn pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71: 235-238.
14. Muram D, McAlister MS, Winer-Muram HT, Smith WC. Asymptomatic rupture of a rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol* 1987;69: 486-87.
15. Holden R, Hard P. First-trimester rudimentary horn pregnancy: Prerupture ultrasound diagnosis. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 56S-58S.
16. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. A case report on surviving twins delivered eight days apart. *J Reprod Med* 1997; 42:525-532.
17. Nwosu UC, Thatcher S. Pregnancy in a non-communicating horn mimicking incarceration with sacculation of a retroflexed uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 580-582.
18. O'Leary JL, O'Leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963; 22:371-375.
19. Rolen AC, Choquette AJ, Semmens JP. Rudimentary uterine horn: Obstetric and gynecologic complications. *Obstet Gynecol* 1966; 27: 806-813.
20. Heinonen PK, Aro P. Rupture of pregnant noncommunicating uterine horn with fetal salvage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988; 27:261-265.
21. DeNicola RR, Peterson MR. Pregnancy in rudimentary horn of uterus. *Am J Surg* 1947;73:381.
22. Jarcho J. Malformations of the uterus. *Am J Surg* 1946; 71: 106.

