

RÜPTÜRE OLMUŞ 22 HAFTALIK NONKOMUNİKAN RUDİMANTER HORN GEBELİK

(Ruptured 22 Gestational Weeks Pregnancy From A Noncommunicating Rudimentary
Horn)

Selda Örnek Hanımoğlu*, Nida Ergin*, Derya Sivri Aydın*, Hüsnü Görgen**,
Ahmet Çetin***

Özet

Nonkomünikan rudimanter horn gebelikleri nadir görülen vakalardır. Ultrasonografideki gelişmelere rağmen sık görülmeyen bu vakaları normal gebeliklerden ayıracak belirgin ultrasonografik bulguların olmaması yanlış teşhislerin konulmasına neden olmaktadır. Bizim olgumuz son adet tarihine göre 22 haftalık gebeliği olan ve preşok tablosunda gelen bir hasta idi. Ektopik gebelik, kornual gebelik ve dekolman plasenta ön tanıları ile acil laparotomiye alınan hastanın batin eksplorasyonunda gravid nonkomünike rudimanter horndan rüptüre olmuş 22 haftalık ölü fetüs izlenmiştir. Bu vakada uterin anomalinin hiç akla gelmemesi nadir görülen mülleriyen duktus anomalilerinin akılda tutulması gerekliliğini vurgulamıştır.

Anahtar kelimeler: Mülleriyen duktus anomalisi, nonkomünikan uterin anomali, rudimanter horn gebeliği

Summary

Noncommunicating rudimentary horn pregnancies are rare cases. Despite the developments on ultrasonography, there are no specific ultrasonographic markers to detect such abnormalities and this can lead to misdiagnosis. Our case had a 22 week pregnancy according to her last menstrual period and she was admitted to our clinic in a preshock state. We have performed an emergency laparotomy and in the eksploration we diagnosed a ruptured 22 gestational weeks pregnancy from a noncommunicating rudimentary horn. In this case report our aim is to signify the importance of such a condition.

Key words: Mullerian duct anomaly, noncommunicating uterine anomaly, rudimentary horn pregnancy

* Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; Asistan Dr.,

** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; Şef Muavini

*** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; Klinik Şefi

GİRİŞ

Müllerian duktusun gelişimsel anomalileri obstetrisyenler ve jinekologların zaman zaman karşılaştığı nadir ancak ilginç durumlardandır. Müllerian duktuslar kadın genital yollarının primordiyal yapılarını oluşturmaktadır. Embriyogenez sırasında bu yapılar fallop tüplerini, uterus, serviks ve vajinanın üst kısmını oluşturmaktadır. Eğer bu gelişimsel evreler sırasında herhangi bir patoloji gelişirse, geniş spektrumu olan çeşitli anomaliler izlenmektedir. Müllerian duktus anomalilerinin teşhisi klinik prezentasyonların çeşitliliği nedeniyle zordur. Prepubertal dönemde eksternal genital yapıların tamamen normal olması sebebiyle genelde tanı konmamaktadır. Tanıların çoğu pubertal dönemde menstrüel düzensizliklerin gelişmesiyle beraber konulmaktadır. Diğer vakalar ise ya infertilite nedeniyle veya obstetrik aciller şeklinde prezente olabilmektedir.

Biz olgumuzda acil laparotomi sonucu 22 haftalık rüptüre olmuş nonkomünikan rudimanter horn gebeliğini tespit ettik.

OLGU SUNUMU

21 yaşında gravidası 1, paritesi olmayan son adet tarihine göre 22 haftalık gebeliği bulunan hasta preşok tablosu ile kliniğimize başvurdu. Olgunun yapılan ilk muayenesinde tansiyon arteriyeli 60/40mmHg, dakika kalp atımı 120, tuşe vajinalde serviks kapalı idi ve vajinal kanaması yoktu. Vakada yaygın rebound ve defans mevcuttu. Yapılan ultrasonografik incelemede makat gelişi, kardiyak aktivitesi olmayan 21 haftalık ölçülere sahip fetus ve batında yaygın mayii izlendi. Hasta rüptüre ektopik gebelik?, kornual gebelik? ve dekolman plasenta? ön tanıları ile acil eksploratif laparotomiye alındı. Batın eksplorasyonunda batında yaklaşık 1500 cc hemorajik mayii mevcut idi. Bu mayii içerisinde kardiyak aktivitesi olmayan fetus serbest olarak yüzmekte idi. Fetus makadi yolla batından çıkarılmış, umbilikal kordonu klempe edilerek kesildi. Eksplorasyonun devamında 12-14 hafta cesametindeki intakt uterusun hemen sağında, uterusla bir membran vasıtası ile ilişkili olan ancak uterin kavite ile ilişkisi olmayan kendine ait ligamentum rotundumu, tubası ve overi olan fundusundan rüptüre olmuş rudimanter horn izlendi. Plasenta ve geride kalan umbilikal kordon bu rudimanter horn içerisinde izlendi. Rüptüre rudimanter horn eksize edilerek çıkarıldı, aynı taraflı over ve tuba korunarak yerinde bırakıldı.

TARTIŞMA

Rudimanter horn gebelikleri çok az vakada doğru tanıyı almaktadır. Bu tür vakalarda geç tanı son derece yaygındır ve birinci trimester sonrası ultrasonografilerde tanınması daha da zorlaşmaktadır.

Müllerian anomalilerin gerçek insidansı bilinmemektedir. Ancak birçok yazar tarafından fertil kadınlarda 1/200-600 arasında insidans bildirilmiştir ⁽¹⁾. Müllerian duktus defektlerinin çeşitliliği embriyolojik gelişim sırasındaki herhangi bir aşamada gelişimin duraksamasından kaynaklanır. Genelde sporadik olarak gelişirler.

Müllerian duktus anomalileri birçok şekilde sınıflandırılmıştır. Bugün en çok kullanılan ve kabul gören sınıflama sistemi American Fertility Society (AFS) tarafından oluşturulan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma tablo 1'de gösterilmektedir ⁽²⁾.

Tablo 1. AFS MÛllerian duktus anomalilerinin sınıflaması

Klasifikasyon	Klinik	Tanımlama
I	Agenez veya hipoplazi- Segmental veya komplet	Agenez ve hipoplazi; vajina, serviks, fundus, tubalar, veya bunların herhangi bir kombinasyonu. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) sendromu bu grubun en sık görülen şerhnedir.
II	Unikornuat uterus±rudimanter horn	Rudimanter horn mevcut ise bu sınıflı komünikan(ana uterin kavite ile ilişkili) ve nonkomünikan(ana uterin kavite ile ilişkisiz) olarak ikiye ayrılır. Ayrıca nonkomünikan tip te endometriyum dokusu bulunan ve bulunmayan olarak ayrılır.
III	Uterus didelfis	Vajina, serviks ve uterusun, komplet veya parsiyel duplikasyonu ile karakterizedir
IV	Bikornuat uterus- komplet veya parsiyal	Komplet bikornuat uterus fundustan servikal osa kadar uzanan uterin septum ile karakterizedir. Parsiyal bikornuat uterus fundusta lokalize septum ile karakterizedir. Her iki tipte serviks ve vajen tektir.
V	Septat uterus - Komplet veya parsiyal	Tek bir uterusta orta hatta uzanan komplet veya parsiyal septum vardır.
VI	Arkuat uterus	Fundusta kÛk bir septum mevcuttur
VII	DES ile ilişkili anomaliler	T-Beklinde uterin kavite±dilate olmuş horn

(American Fertility Society, 1988)

Bizim vakamız AFS sınıflamasına göre 2. grup anomaliler içerisine girmektedir.

Erken gebelik döneminde yapılacak olan ultrasonografiler ile bu tür vakaları tanımak mümkündür. Erken ultrasonografilerde yan yana iki kitle içerisinde iki ayrı endometriyal örtü izlenebilir. Ancak gebeliğin ilerlemesiyle beraber, konseptusu taşıyan uterusun büyümesi diğer uterusu gölgeler ve tanı zorlaşır (3). Antenatal takibi bulunmayan vakamızda erken tanı bu nedenle mümkün olamamıştır.

Bunun yanında uterin anomalilerin az görülmesi nedeniyle erken gebelik dönemi ultrasonu yapılan olgularda yine tanının atlanması mümkündür. Neagele ve arkadaşlarının 1995'te yayınladığı 3 vakada ultrasonografik incelemeye rağmen rudimanter horn gebeliği tanısı konulamamıştır (4). Bunun yanında yeni yayınlarda özellikle endovajinal ekografi ve laparoskopi yöntemleriyle bu tür uterine malformasyonların erken tanısının yapılabileceği üzerinde durulmuştur (5,6). Diğer bir çalışmada müllerian anomaliden şüphelenilen 4 vakanın tanısı MRI ile konulmuş ve anatomik sınıfı tam olarak belirlenebilmiştir (7).

Literatürde non komünikan rudimanter horna yerleşmiş gebeliklerin %70'inin rüptüre olduğu rapor edilmiştir ve maternal mortalitenin %0.5'e ulaştığı belirtilmiştir (6). Medikal terminasyonu yapılamayan 16 haftalık olguda nonkomünikan uterin horn olgusunda daha sonra rüptür ve acil laparotomi olgusu bildirilmiştir (8). Literatürde bildirilen olguların çoğunluğu erken gebelik haftaları olmasına karşılık rudimanter hornun farklı muskuler yapılarından dolayı ileri gebelik haftalarına kadar ulaşan ancak tanının yine de uterus rüptürü sonucu acil laparotomi ile konulduğu olgunun yanı sıra (9) terme ulaşan ve sezaryen seksiyon ile canlı doğurtulan olguda bildirilmiştir (10).

Sonuç olarak bizim olgumuzdaki gibi acil laparotomi gerektiren durumlardan kaçınmak için reproduktif çağda olan ve gebelik planlayan olgularda gebelik öncesi veya erken gebelik döneminde gelen gebelere ayrıntılı abdominal veya transvajinal ultrasonografinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Nwosu UC, Thacter S. Pregnancy in a non-communicating uterine horn mimicking with sacculaton of retroflexed uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:580-2.
2. Jones HW. Müllerian duct anomalies. In Wallach EE, Zacur HA eds. Reproductive Medicine and Surgery. Baltimore: Mosby, 1994;1093-114.
3. Liang ST, Woo JSK, Tang LCH, Wong RLC. Advanced pregnancy in rudimentary horn of a bicornuate uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64:447-9.
4. Nagele F, Lange R, Stolzlechner J, Taschner R. Noncommunicating rudimentary uterine horn - obstetric and gynecological implications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74:566-8.
5. Sefrioui O, Azyez M, Babahabib A, Kaanane F, Matar N. Pregnancy in rudimentary uterine horn: diagnostic and therapeutic difficulties *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32(4):308-10.
6. Cutner A, Saridogan E, Hart R, Pandya P, Creighton S. Laparoscopic management of pregnancies occurring in non-communicating accessory uterine horns. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;15;113(1):106-9.
7. Marten K, Vosshenrich R, Funke M, Obenauer S, Baum F, Grabbe E. MRI in the evaluation of mullerian duct anomalies. *Clin Imaging* 2003;27(5):346-50.
8. Bradshaw H, Stewart P. Failed medical termination of pregnancy associated with implantation in a non-communicating uterine horn. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30(3):178.
9. Elsayegh A, Nwosu EC. Rupture of pregnancy in the communicating rudimentary uterine horn at 34 weeks. *Hum Reprod* 1998;13(12):3566-8.
10. Sharma R, Maheshwari K. Pregnancy in a rudimentary uterine horn. *Indian J Med Sci* 1992;46(5):149-51