

Nonkomunikan rudimenter uterin hornda ektopik gebelik

Ectopic pregnancy in noncommunicating rudimentary uterine horn

Çırpan T Demirtaş Ö Demirtaş G S Özşener S Yücebilgin S

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Konjenital uterin anomalilerin fertil kadınlardaki insidansı 1/200-600'dür. Rudimenter hornlu unikornuat uterus, kadın genital sisteminin en nadir müllerian anomalisidir ve insidansı 1/100.000'dir. Müllerian anomalilerin obstetrik komplikasyonları ektopik gebelik, habitüel abortus, prematürite ve malpresentasyondur. Nonkomünike tip rudimenter hornda gelişen gebelikler, spermin ya da fertilize ovumun karşı taraftan transperitoneal migrasyonu ile gerçekleşir; gebelik sonuçları kötüdür. En korkulan komplikasyonu rudimenter horn gebelik rüptürüdür. Tedavi seçenekleri rudimenter hornun çıkarılmasını veya metotreksat uygulamasını içerir. Bu vaka sunumunda, rudimenter uterin hornda, rüptüre olmamış ve eksizyon ile tedavi edilmiş ektopik gebelik olgusunu tartıştık.

Anahtar kelimeler: nonkomünike rudimenter uterin horn, ektopik gebelik, müllerian anomali.

Summary

The incidence of congenital uterine anomalies among fertile women is reported as 1/200 to 1/600. An unicornuate uterus with a rudimentary horn is the rarest mullerian anomaly and its incidence is 1/100.000. The obstetric complications of mullerian anomalies are ectopic pregnancy, habitual abortion, prematurity and malpresentation. Conception in a noncommunicating rudimentary horn arises from transperitoneal migration of either spermatozoa or the fertilized ovum from the contralateral site. Pregnancy outcome is poor and the most dreaded complication is rupture of the rudimentary horn pregnancy. Treatment options include excision of the rudimentary horn or methotrexate. We present a case of ectopic pregnancy in a noncommunicating rudimentary uterine horn that was unruptured and successfully treated with excision.

Key words: noncommunicating rudimentary uterine horn, ectopic pregnancy, mullerian anomaly.

Giriş

Embriyogenezis sırasında müllerian kanallar gebeliğin 7.haftasında belirmeye başlar, karşılıklı olan müllerian kanallar mediale doğru ilerlerken aynı zamanda aşağı doğru göç eder. Kanalların mezenşimleri birleşir ve ortada oluşan septum birleşme sonrası kaybolarak tek bir kavite halini alır. Müllerian anomaliler bu haftalarda kanalların orta hatta kaynaşmasında, ürogenital sinüsle birleşmesinde ya da kanalların rezorbsiyondaki başarısızlığında oluşur (1).

Uterin anomalilerden en sık olanı uterin septum, en nadir olanı da rudimenter hornlu unikornuat uterusdur (2). Wang ve arkadaşlarının bildirdikleri bir çalışmada 225 uterin anomalisi olan hastanın 125 (%55.6)inde uterin septum saptanmıştır (3). Müllerian anomaliler 'American Society for Reproductive Medicine (ASRM)' tarafından 7 alt gruba, unikornuat uterus ise kendi arasında 4 gruba ayrılmıştır (1. uterusla bağlantılı rudimenter horn, 2. uterusla bağlantılı olmayan ve endometrial kavite içeren, 3. uterusla bağlantılı olmayan ve endometrial kavite içermeyen rudimenter horn, 4. izole unikornuat uterus) (4). Bu unikornuat uterusların yaklaşık %90'ında nonkomunikan ve endometrial kavite içeren rudimenter horn mevcuttur (5).

Yazışma Adresi: Gülşah Selvi DEMİRTAŞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-İZMİR
Makalenin Geliş Tarihi: 19.10.2009 Kabul Tarihi: 09.11.2009

Konjenital uterin anomaliler fertil kadınlardaki insidansı 1/200-600 iken, rudimenter horn insidansı 1/100.000'dir (6). Rudimenter hornlu unikuat uterus, pek çok obstetrik ve jinekolojik komplikasyona yol açan, kadın genital sisteminin en nadir konjenital anatomik anomalisidir.

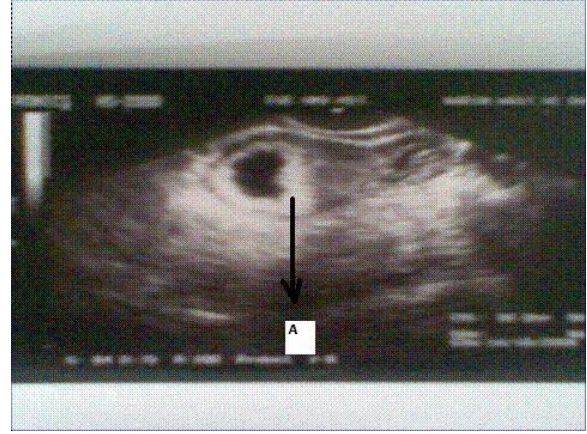
Müllerian anomaliler jinekolojik olarak pelvik kitle, endometriozis, hematometra, infertilite, ektopik gebelik, üriner sistem anomalileri; obstetrik olarak da malpresentasyon, habitüel abortus ve prematürite gibi komplikasyonlara neden olabilir. Nonkomünikan tip rudimenter hornlarda gelişen gebeliklerin, spermin transperitoneal migrasyonu ile gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu durum nadir olarak görülse de oluşan gebelik ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Bu vaka sunumunda, rudimenter uterin hornunda, rüptüre olmamış ve eksizyon ile tedavi edilmiş, ektopik gebelik olgusunu tartıştık.

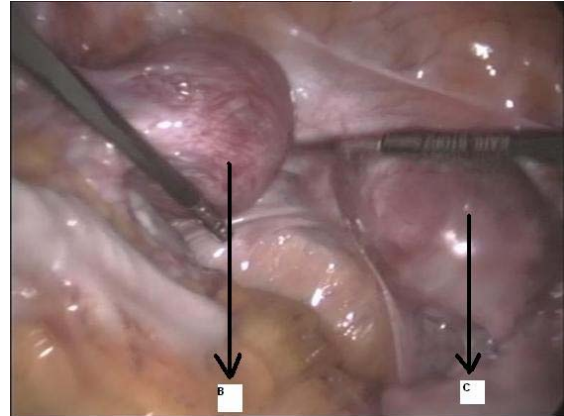
Olgu

Yirmiüç yaşındaki hasta, sol alt kadranda ağrı şikayeti ile gittiği özel bir sağlık merkezinde ektopik gebelik ön tanısı konması üzerine, hastanemize başvurdu. Anamnezinde, hastanın adet düzeni normal (30 günde bir kez) idi. Hastanın vital bulguları stabil idi. Fizik muayenesinde, batında rebound ve defans bulguları saptanmadı. Jinekolojik muayenesinde, spekulumda vagen ve servix normal, tuşe vajinalde kollum kapalı forme, uterus normal cesamette antevort antefleks mobil, sağ adneks nonpalpable olarak saptandı, sol adneksial bölgede ise yaklaşık 5cm çapında mobil düzgün sınırlı hassas kitle palpe edildi. Uterus ve kollum hareketlerinde hassasiyet yoktu. Transvaginal ultrasonografide sol over ile uterus arasında, uterustan ayrı görünümde, düzgün sınırlı kalın bir muhtemel myometriuma sahip, 26x27 mm boyutlarında gebelik kesesi ve içinde CRL'si (5.3mm) 6 hafta 2 gün ile uyumlu embriyo içeren adneksial kitle izlendi (Resim 1). Douglasta serbest sıvıya rastlanmadı. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde; Beta-hcg 88842 mIU/ml Hb:12.9 g/dl Htc:%37.6 olarak saptandı. Beta-hcg'nin yüksek olması nedeniyle, hastaya medikal tedavi yerine, laparoskopik cerrahi tedavi planlandı. Laparoskopik pelvik gözlemlerde sol adneksial bölgede yaklaşık 6-7cm çapında ve uterusu fibröz bir bant ile bağlı rudimenter nonkommünike horn ile uyumlu görünüm vardı (Resim 2); sol over ve tuba ayrıca izlendi, ancak bunların uterus ile bağlantıları yoktu; sağ over ve tuba normal, uterus unikuatı (Resim 3). Rudimenter horn ile sol round ligament, ligamentum ovarii proprium ve pelvik yan duvar arasındaki fibröz bağlantılar ligaşürle eksize edildi. Rudimenter horn, endobag

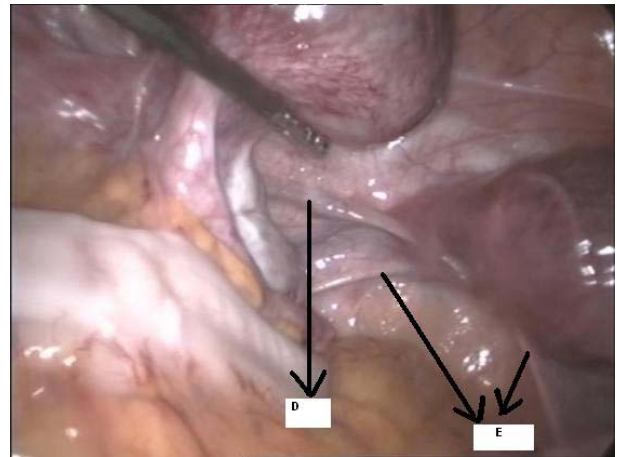
yardımı ile batin dışına çıkarıldı. Kanama kontrolünü takiben cerrahi işleme son verildi. Olgunun patoloji raporu rudimenter uterus ve gebelik ürünü olarak geldi.



Resim 1 : A: Kalın myometriuma sahip gestasyonel SAC.



Resim 2 : B: Unikuat uterus C. solda rudimenter horn içinde ektopik gebelik.



Resim 3 : D:Unikuat uterus ve solda rudimenter horn içinde ektopik gebelik ve ikisi arasındaki fibröz bant E: sacrouterin ligamentler.

Tartışma

Nonkomünike tip rudimenter horn'da gelişen gebeliklerin, spermin transperitoneal migrasyonu ile gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu durum nadir olarak görülse de oluşabilecek gebelik ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Rudimenter horn'daki myometriyum ince olduğu için, burada oluşan gebeliklerde, uterin rüptür görülme oranı yüksektir. Bu gebeliklerin %80-90'ı tipik olarak gebeliğin 10. ila 20. haftalarında rüptür ile sonlanmaktadır (7,8)

Hastaların %40'ında üriner sistem anomalileri vardır. En sık görülen anomali, nonkomünike rudimenter hornla aynı taraftaki renal agenezi iken, yine aynı taraflı pelvik böbrek ikinci sıklıkta görülmektedir. Preop IVP üriner anomalileri ayırmak için gereklidir.

Bu gebelikler kornual, istmik veya diğer ektopik gebelikler ile karışabilmektedir. Bu olgularda ideal olan, uterin anomali tanısının gebelik öncesi konulmasıdır. Tanıyı L/S veya MRI kesinleştirir. MRI cerrahi tedaviyi planlama, aynı taraf üriner sistem malformasyonlarını saptama ve cerrahi sırasında üriner sistem yaralanmasını önlemede önemlidir. Rudimenter horn gebeliklerinde USG görüntüsü bazen ipuçları verebilir.

Gebelik kesesi erafındaki kalın myometriyum ana tanı kriterlerindedir. Bu yüzden myometriyum duvar kalınlığının incelenmesi önemlidir. Kalın myometriyum tabakası ile çevrelenmiş gebelik kesesinin uterustan ayrışması, ayrıcı tanıda tubal, unikornuat veya bikornuat uterusta olan bir gebeliği akla getirmelidir.

Literatürde GnRH ve Mtx ile tedavi edilen vakalardaki gebelik haftaları küçüktür, faydaları da sadece kanamayı azaltmakla sınırlıdır. Karşılaştırmalı az sayıdaki yayında, yine de, cerrahinin en iyi tedavi metodu olduğu belirtilmektedir. İlk defa Cornis ve ark. (9) tarafından bildirilen laparoskopik rudimenter horn eksizyonundan bu yana, müllerian disgenezilerin standart tedavisi laparoskopik rezeksiyon şekline almıştır. Uterus ile horn arasındaki bağlantı fibroz bir doku ise sorun yoktur. Ancak doku fibromusküler ise, sonraki gebeliklerde olası uterus rüptüründen kaçınmak için, bu bağlantı yerinin rezeksiyondan sonra laparoskopik olarak suture edilmesi gerekir. Cerrahi işlem sırasında unutulmaması gereken önemli bir nokta da, olası tubal ektopik gebeliği önlemek için, bazı araştırmacıların, ipsilateral fallop tüpünün de eksizyonunu önermesidir (10).

Kaynaklar

1. Ansbacher R. Uterin anomalies and future pregnancies. Clin Perinatol. 1983;10:295-304
2. Pentti K, Heinonen M.D. Unicornuate uterus and rudimentary horn. FertilSteril 1997;68:224-30.
3. Wang SJ, Oli M, Jinang L, Wang JL, Wei LH. Clinical analysis of 225 women with congenital uterine malformation. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2008 Jul;43(7):493-6.
4. The American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Steril 1988;49:944-55.
5. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth Edition. 1999 pp 123-158.
6. Handa Y, Hoshi N, Yomada 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): 354-356.
7. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th Century worldwide experience of 588 cases. J Reprod Med. 2002; 47(2):151-63
8. Güneş H, Yermes E, Özgenç Y, Uran B. Rupture of a Rudimentary Horn Pregnancy. T Klin J Gynecol Obst 1996; 6: 279-281
9. Cornis M, Wattiez A, Pouly JL. Laparoscopic management of unicorniate uterus with rudimentary horn and unilateral extensive endometriosis: case report. Hum Reprod 1990; 5: 819-820.
10. Dicker D, Nitke S, Shoenfeld A, Fish B, Meizner I, Ben-Rafael Z. Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy. Hum Reprod. 1998;13:2643-2644