

OLGU SUNUMU**TEK BOYNUZLU UTERUSLA BİRLİKTE
RÜPTÜRE GÜDÜK BOYNUZ GEBELİĞİ****RUPTURED RUDIMENTARY HORN PREGNANCY IN UNICORNIATE
UTERUS****Servet GENÇDAL
Yetkin KARASU
Bülent Çađlar BİLGİN
Emre DESTEGÜL
Hacer PAŞAOĐLU****ÖZET**

Güdük boynuz, fetal gelişim süresince Müllerian kanalın füzyon defekti olup tek boynuzlu uterusu eşlik eden bir anomalidir. Güdük boynuz gebeliği, hayatı tehdit eden bir durumdur. Tanısı genellikle rüptür sonrası konur. Standart tedavi yöntemi, cerrahi olarak güdük boynuzun çıkarılmasıdır. Acil servise şiddetli karın ağrısı ve bayılma şikayeti ile başvuran bir gebenin fizik muayene ve ultrasonografik incelemesinde, karıncı kanama nedeniyle yırtılmış dış gebelik düşünöldü. Acil laparotomi ile güdük boynuz gebeliği eksize edildi.

Anahtar sözcükler: Unikornuat uterus, Rudimenter horn, Ektopik gebelik

SUMMARY

Rudimentary horn results from a defect in mullerian fusion during fetal development and that may accompany unicornuate uterus. Ectopic pregnancy in rudimentary horn is a life threatening condition. Differential diagnosis is usually made after rupture. Standart treatment is excision of rudimentary horn. In this report we summarized a pregnant woman who was admitted to emergency unit with severe abdominal pain and syncope. Physical examination and ultrasonography revealed that there was a ruptured ectopic pregnancy because of internal bleeding. Emergency laparotomy and excision of the rudimentary horn with ectopic pregnancy were performed.

Key words: Unicornuate uterus, Rudimentary horn, Ectopic pregnancy

Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

(Dr. S. Gençdal, Dr. Y. Karasu, Dr. H. Paşaođlu)

Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,

(Dr. B. Ç. Bilgin)

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kars

Kayseri Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniđi, Kayseri

(Dr. E. Destegöl)

Yazışma: Dr. Servet Gençdal

GİRİŞ

Tek boynuz (unikornuat)lu uterusu eşlik eden güdük boynuz (rudimenter horn), oldukça nadir görülen bir Müllerian kanal anomalisidir. Görülme insidansı 1/100000'dir (1). Olguların yaklaşık % 80'inde tek boynuzlu uterus ve güdük boynuz arasında herhangi bir bağlantı yoktur (1). Bu anomali genellikle abortus, ektopik gebelik, uterin rüptür ve erken doğum gibi komplikasyonlarla ilişkilidir. Güdük boynuz gebeliği oldukça nadir görülen ve insidansı 1/100000-140000 arasında değişen bir gebelik formudur (2). Gebeliđin bu nadir formunda, rüptür öncesi erken tanı, maternal mortalite ve morbiditeyi önlemesi açısından oldukça önemlidir (3). Biz de bu çalışmamızda, oldukça nadir görülen rüptüre olmuş bir güdük boynuz gebeliği vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU

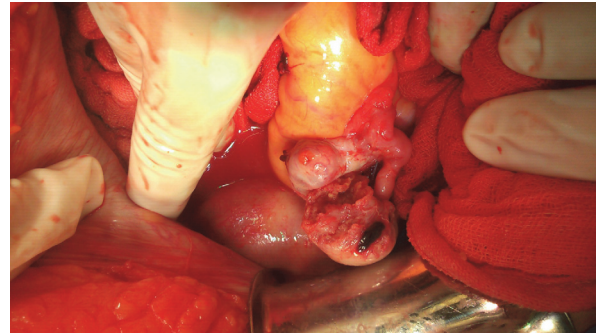
36 yaşında olan hasta acil servisine şiddetli karın ağrısı ve baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın 13 gebelik, 3 doğum, 5 düşük, 3 ölü doğum ve yaşayan çocuk sayısı 1 idi. Öyküsünde düzenli menstrüel sıklusa sahip ve son adetine göre 8 haftalık gebeliği olduğu öğrenildi. Hastanın arteriel kan basıncı 80/40 mmHg, nabız 108/dk tespit edildi. Karın muayenesinde her iki alt kadranda yaygın hassasiyet, rebound pozitif, defans yoktu. Jinekolojik muayenede dış genital organlar doğal izlendi, kollum forme kapalı, vajinal kanaması yoktu. Uterus yaklaşık 8-9 haftalık cesamette idi, sol adnekte 4x5 cm ebadında mobil kitle palpe edildi, sağ adneks ele gelmiyordu.

Transvaginal ultrasonografide uterus doğal, endometriyum yaklaşık 10 mm kalınlıkta idi. Sol adneksiyal alanda, uterus ile sol over arasında ve uterustan bağımsız olarak bulunan; düzensiz sınırlı, kalın miyometriyum ile birlikte olan adneksiyal kitle izlendi. Kitlenin içinde yaklaşık 46x34mm boyutlarında gebelik kesesi ve içersinde CRL'si (15.8 mm) 8 hafta 1 gün ile uyumlu, fetal kalp atımı izlenmeyen embriyo tespit edildi (Resim 1). Douglasta yaygın serbest sıvı görüldü. Hastanın laboratuvar incelemesinde Beta-HCG: 44872 mIU/ml, Hb:8.8g/dL, Hct:%27.6, Trombosit: 372000 µL idi. Hasta muayene esnasında baygınlık geçirdi, hemodinamisi stabil olmadığından rüptüre dış gebelik düşünülerek acil laparotomi kararı alındı. İnteroperatif değerlendirmede karın boşluğundan yaklaşık 1800 cc kan aspire edildi. Pelvik gözlemde uterus tek boynuzlu, sağ over ve tuba doğal izlendi. Sol over ve tuba doğal idi. Sol adneksiyal bölgede

yaklaşık 4x5 cm çapında rüptüre olmuş ve kanamalı güdük boynuz ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 2). Fetus ve ekleri Douglasta izlendi. Güdük boynuz eksiye edilerek cerrahi işlem sonlandırıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir anormalliği olmayan hasta iki gün sonra şifa ile evine gönderildi.



Resim 1. Transvaginal ultrasonografide CRL'si 8 hafta 4 gün ile uyumlu fetal kalp hareketi izlenmeyen embriyo görüntüsü.



Resim 2. Laparotomide uterus'un solunda rüptüre güdük boynuz gebeliđi görüntüsü.

TARTIŞMA

Uterin anomaliler, embriyogenez aşamasında Müllerian kanalın tam kapanma başarısızlığı nedeniyle oluşan anomalilerdir. Tek boynuzlu uterus tüm Müllerian anomalilerin %2.4-13'ünü oluşturur (4). American Society for Reproductive Medicine (ASRM) ne göre en sık izlenen tek boynuzlu uterus tipi; tek boynuzlu uterus ile fibröz bağı olan, endometriyal kavite içermeyen boynuz tipidir (5). Güdük boynuz gebeliğinin oluşmasında en çok kabul gören açıklama, fertilize olmuş ovumun ya da spermilerin transperitoneal migrasyonudur (6). Güdük boynuz gebeliklerinin %

80-90'ı, tipik olarak gebeliğin 10. ila 20.haftalarında rüptür ile sonlanmaktadır (7). Vakamızda rüptür 8.nci gebelik haftasında gerçekteşmiştir. Rüptür miyometriyumun altından gelişen disfonksiyonel endometriyum nedeniyle oluşur (6). Abdominal ağrı ve hemoperitoneumla beraber aniden çok gelişebilir. Güdük boynuz gebeliklerinin yarısında tanı, rüptür sonrası konmaktadır. Bunun en önemli nedeni tanı yöntemlerindeki gelişmelerdir. En sık tanısıl yöntem olarak kullanılan ultrasonografinin bu anomaliyi saptamadaki duyarlılığı % 26'dır (1). Günümüzde en sık başvuru tanısıl araçlar arasında Tsafir ve arkadaşları tarafından belirtilen ultrasonografi kriterleri kullanılmaktadır (3). Bu kriterler; asimetrik çift boynuzlu uterus paterni, gestasyonel kese çevresindeki endometriyal dokunun serviks ile bağlantısının olmaması, gestasyonel keseyi çevreleyen kalın miyometriyal dokunun bulunması şeklindedir. Güdük boynuzun kabul edilen güncel tedavi yöntemi tespit edildiği anda eksizyondur. Güdük boynuz gebeliği teşhis edildikten sonra cerrahi olarak laparoskopik ya da laparotomi yöntemi ile güdük boynuz eksizyonu yapılarak tedavi edilmelidir(8,9). Olgumuzun yaşamsal bulguları stabil olmadığından laparotomi yöntemi tercih edilmiştir.

SONUÇ

Güdük boynuz gebeliğinde erken tanı, özellikle rüptür gibi hayatı tehdit eden komplikasyonların azaltılması açısından oldukça önemlidir. Müllerian anomali öyküsü olan ve gebeliği bulunan hastalarda ilk üç ayda ult-

rasonografinin daha detaylı yapılması, gerektiğinde diğer tanı yöntemlerinin kullanılarak tanının doğrulanması, hayatı tehdit eden bu durumun önlenmesi açısından hekimlerde farkındalık oluşturacak, aynı zamanda klinik deneyimlerini artırmalarını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. ayasinha Y, Rane A,Stalewskih,The persentation and early diagnosis of the rudimentary horn obstet.gynaecol.2005;105:1456-1466
2. Johansen K. Pregnancy in a rudimentary horn. obstet gynecol 1983;6:565
3. Tsafir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy: first trimester prerupture sonographic diagnosis and confirmation by magnetic resonance imaging. J Ultrasound Med 2005; 24:219
4. C.Simon, L.Martinez, F.Pardo, M.Tortajada and A.Pellicer, "Mullerian defects in women with normal reproductive outcome, "Fertility and Sterility,vol.56,no.6,pp.1192-1193,1991
5. Nezhat CR, Smith KS.Laparoscopic management of a unicornuate uterus with two cavitated, noncommunicating rudimentary horns. Human Reproduction 1999;14(8):1965-8.
n R, Gami N, Puri M,T rivedi SS. A rare case of intact rudimentary horn peragnancy presenting as hemoperitoneum. J Hum Reprod Sci 2010; 3:113-5.
6. Güneş H,Yermez E,Özgenç Y,Uran B. Rupture of a Rudimentary Horn Pregnancy. T Klin Gyn Obst 1996;6:279-281
7. Çırpan T, Demirtaş Ö, Demirtaş GS, Özşener S, Yücebilgin S. Nonkomünikan rudimanter uterin hornda ektopik gebelik. Ege Tıp Derg. 2010;49:145-7.
8. Topçu HO, Taşdemir Ü, Güzel Aİ, Kokanalı MK, Evliyaođlu Ö, Dođanay M.Laparoscopic excision of ruptured non-communicating rudimentary horn pregnancy.Zeynep Kamil Tıp Bült. 2014;45:171-4.

İLETİŞİM:

Dr. Servet. Gençdal
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kars
e-posta: servetgençdal@hotmail.com

