

# Mülleryan Anomali ve Ektopik Gebelik: Olgu Sunumu

## Mullerian Anomaly and Ectopic Pregnancy: A Case Report

Zehra Sema ÖZKAN, Remzi ATILGAN, Melike BAŞPINAR,  
Banu KUMBAK, Mehmet ŞİMŞEK, Ekrem SAPMAZ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

### Özet

Kırk yaşında, multipar ve son adet tarihine göre altı hafta gebeliği olan hasta aşırı vajinal kanama şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Jinekolojik muayenesinde serviksten pıhtılı yoğun kanama, normal cesamette uterus saptanan hastanın karın muayenesinde rebound ve defans yoktu. Transvajinal ultrasonografik değerlendirmede çift endometrial ring ve sol kavite yerleşimli düzensiz anembriyonik gebelik kesesi izlendi. Beta-hCG 40704 mIU/mL, progesteron 15.5 ng/mL ve hemoglobin 9.1 gr/dL idi. Küretaj işleminde sadece sağ kaviteye girilebildi, sol kaviteye girilemedi ve gebelik kesesi boşaltılmadı. Sağ endometrial kaviteden alınan örnek patolojik incelemeye gönderildi. Bikornuat uterusu kornual yerleşimli erken gebelik tanısı konulan vakaya iki doz haftalık metotreksat tedavisi yapıldı. Sonrasında ayaktan takibe alınan hastanın  $\beta$ -hCG'si ikinci doz metotreksat tedavisinin 28. gününde 2.35 mIU/ml'e indi ve gebelik kesesinde spontan regresyon izlendi. Patoloji sonucu aries-stella reaksiyonu olarak rapor etti.

**Anahtar sözcükler:** Bikornuat uterus; kornual gebelik; metotreksat.

### Summary

A 40-year-old multiparous female in her sixth week of pregnancy presented to our clinic with extreme vaginal bleeding. On physical examination, the patient had cervical blood clots, normal uterine size, and no abdominal guarding or rebound. A double endometrial ring and irregular gestational sac on the left cavity were detected via transvaginal ultrasound. The values of  $\beta$ -hCG, progesterone, and hemoglobin were 40704 mIU/mL, 15.5 ng/mL, and 9.1 gr/dL, respectively. The left uterine cavity was unable to be reached; consequently, therapeutic curettage procedure was not successful. Endometrial sampling was taken from only the right endometrial cavity and was sent for pathologic examination. Systemic methotrexate was administered weekly for regression of the cornual gestational sac. On Day 28 of second dose methotrexate treatment,  $\beta$ -hCG level was decreased to 2.35 mIU/mL and gestational sac regressed spontaneously. The histopathologic evaluation was reported as Arias-Stella reaction.

**Key words:** Bicornuate uterus; cornual pregnancy; methotrexate.

### Giriş

Mülleryan anomalilerin gerçek prevalansı tam olarak bilinemesi de %0.16–%10 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir.<sup>[1-3]</sup> En sık görülen uterin anomali uterin septustur (%90), bunu bikornuat uterus (%5) ve uterin didelfis (%5) izler.<sup>[4]</sup> Bu yapısal anomaliler

gebeliğe engel teşkil etmezken, obstetrik akıbette sorun çıkartmaktadırlar.<sup>[5]</sup> Transvajinal ultrason ile %90 uygun tanı konulmaktadır.<sup>[6,7]</sup> Uygun tanı ve yönetimle gelişebilecek obstetrik sorunların önüne geçilebilir. Bu sorunların en sık görülenleri öploid abortus, preterm doğum ve malpresentasyondur. Ektopik gebelik bu

**İletişim:** Dr. Zehra Sema Özkan.  
Fırat Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve  
Doğum Anabilim Dalı, 23119 Elazığ  
**Tel:** 0424 - 237 11 80

**Başvuru tarihi:** 13.04.2012  
**Kabul tarihi:** 18.02.2013  
**Online baskı:** 16.06.2015  
**e-posta:** zehrasema@yahoo.com

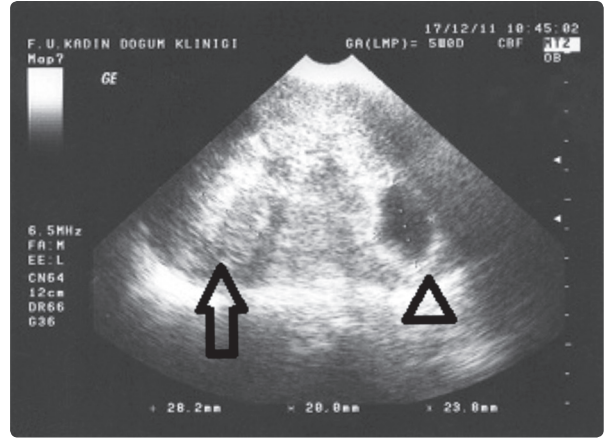


komplikasyonların nadir görülenlerindedir. Kornual ve rudimente horn yerleşimli ektopik gebelik özellikle bikornuat uterus için olasılık dahilindedir.<sup>[8–10]</sup> Kalkat ve ark. bikornuat uterus ve non-kominikan rudimente horn yerleşimli heterotopik gebelik olgusu bildirirken,<sup>[11]</sup> Singh ve ark. da 10 haftalık, akut batınla seyreden bikornuat uterus ve rüptüre rudimenter horn gebelik olgusu rapor etmişlerdir.<sup>[12]</sup> Başka bir araştırmacı da 30 haftalık, prostaglandin indüksiyonu ile rüptür gelişen sezaryen esnasında tanı konulan bikornuat uterus olgusu sunmuştur.<sup>[13]</sup> Gebelik haftası ilerledikçe uterin anomali tanısını koymak güçleşmekte hatta imkansızlaşmaktadır. Çünkü kornual leomyom, ektopik gebelik, plasental septasyon ve uterin skar tanısız karışıklığa sebep olmaktadır.<sup>[14]</sup>

Bu yazıda, çoklu doz metotreksat uygulaması ile tedavi edilen bikornuat uterus ve kornual gebelik olgusu sunuldu.

## Olgu Sunumu

Kırk yaşında, gravida yedi, parite dört, yaşayan üç olan ve son adet tarihine göre dört haftalık gebeliği olan olguya, pıhtılı kanaması olması üzerine başvurduğu dış merkezde inkomplet abortus tanısıyla küretaj yapılmış. İntrauterin gebelik kesesinin bozulmaması üzerine kornual ektopik gebelik ön tanısıyla kliniğimize sevk edilmiş. Yapılan jinekolojik muayenede serviksten pasif tarzda kanama izlendi. Uterus normal irilikte, adneksler serbestti. Batında defans, rebound ve hassasiyeti olmayan olgu hemodinamik olarak stabildi (nabız: 72 atım/dk, tansiyon arteriyel: 120/80 mmHg). Transvajinal (TV) ultrasonda çift endometrial ring (ER) görüldü. Sağ ER: 23.8 mm idi ve sol ER içinde fetal polün izlenmediği 28x20 mm'lik gebelik kesesi görüldü (Şekil 1). Sol kornual bölgedeki miyometrium 5 mm'e kadar incelmış olarak izlendi. Douglas boşluğu ve adneksiyal alanda serbest mai izlenmedi.  $\beta$ hcg 40704 mIU/mL, progesteron 15.5 ng/mL, Hb 9.1 gr/dL, Htc %26 idi. Hastaya iki ünite eritrosit süspansiyonu transfüze edilerek terapötik küretaj yapıldı. Küretaj işlemi sadece sağ kaviteye girilebildi ve alınan örnek patolojik incelemeye gönderildi. Soldaki kaviteye girilemedi ve gebelik kesesi boşaltılamadı. Serum  $\beta$ hcg'nin 40704 mIU/mL olması sebebiyle parenteral 50 mg/m<sup>2</sup> metotreksat uygulandı. Yedinci gün  $\beta$ hcg'nin 39143 mIU/mL olması nedeniyle ikinci doz metotreksat uygulandı. İkinci doz metotreksatın yedinci gününde  $\beta$ hcg'nin 18156 mIU/mL'ye düşmesi ve hastanın kliniğinin stabil olması üzerine folik asit replasmanı ile haftalık  $\beta$ hcg



Şekil 1. Ok: Sağ endometrial ring (28.2 mm). Ok ucu: Sol kavitedeki gestasyonel sac (20x23.8 mm).

ölçüm ve transvajinal ultrason kontrolüne gelmek koşuluyla taburcu edildi. Serum  $\beta$ hcg'si ikinci doz metotreksat uygulamasının 28. gününde 2.35 mIU/mL'e indi ve ultrasonda gebelik kesesinin spontan regresyonu izlendi. Yapılan küretajın patoloji sonucu aries stella reaksiyonu olarak rapor edildi. Hasta takibi devam ettirmediği için bicornis tanısını kesinleştirecek ileri inceleme yapılamadı.

## Tartışma

Mülleryan kanal anomalileri doğumsal bir antite olup, vertikal ya da lateral füzyon defekti veya mülleryan kanal rezorpsiyon kusuru sonucunda ortaya çıkar.<sup>[15]</sup> Yönetim anomalinin türüne göre değişmekte olup ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek endometriozis ve infertilite gibi komplikasyonların önüne geçilebilmek için erken ve uygun tanı çok önemlidir.<sup>[1]</sup> Bikornuat uterus, bugün için septat uterus gibi infertilite ile değil, daha çok kötü obstetrik akıbetle ilişkilidir.<sup>[16]</sup> Bikornuat uterusu term doğumun yanı sıra heterotopik gebelik olguları da görülmektedir.<sup>[11]</sup> Üç canlı doğum ve iki abortus hikayesi olan olgumuzda, mülleryan anomali çift endometrial ring görülmesi üzerine düşünüldü. Term doğum öyküsünün varlığı ve küretaj işlemi sadece sağ kaviteye girilebilmesi bizi septum ön tanısından uzaklaştırdı.

Günümüzde bikornuat ve septat uterusu birbirinden ayıracak kesin bir ölçüt bulunmamaktadır. Amerikan Fertilite Derneği'nin yaptığı Mülleryan anomali klasifikasyonu en standardize edilmiş uterin anomali sınıflamasıdır. Değerlendirmelere göre bikornuat veya septat uteruslu kadınların %65–85'i metroplasti sonrası başarılı bir gebelik geliştirirken, ilginç olarak %59.5'i

ise hiçbir cerrahi müdahale geçirmeden %78'e varan canlı doğum oranı göstermektedirler. Cerrahi müdahale geçiren ile geçirmeyenlerin canlı doğum oranlarını karşılaştıran herhangi bir olgu-kontrol çalışması da bulunmamaktadır.<sup>[17]</sup> Bizim olgumuzda da görüldüğü üzere hem canlı doğum öyküsünün bulunması hem de erken gebelik patolojisinin gelişmesi bikornuat uterus ile septat uterusu birbirinden ayırd edecek kesin kriterlerin saptanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Hua ve ark.nın 66956 gebenin doğum bilgileri üzerinden yaptıkları geriye dönük çalışma uterin anomali ile komplike gebelik oranını %3 olarak bildirmiştir. Bu popülasyonda bikornuat uterus %50, uterin septum %13 oranında bildirilirken; bikornuat uterus olgularında preterm doğum %39, uterin septum olgularında ise %31 oranında tespit edilmiştir.<sup>[18]</sup>

Surico ve ark. anterior sakral meningoel ile birliktelik gösteren bikornuat uterus olgusu sunmuştur. Spontan gebe kalan olguya sıkı antenatal takip ve 5 mg/gün folik asit replasmanı yapılmıştır. Sağ uterin horn gebeliği 36. haftada vertikal insizyon ile sonlandırılmış ve 2700 gr sağlıklı bir bebek doğurtulmuştur. Olgu doğumdan 16 ay sonra yeniden spontan sağ uterin horn gebeliği elde etmiş ve 36. haftada vertikal insizyonla 2800 gr canlı fetüs doğurtulmuştur.<sup>[19]</sup>

Cruceyra ve ark. da bikornuat uterus ve her biri bir horna yerleşmiş diamiyotik dikoryonik ikiz gebelik olgusu sunmuşlardır. Olgunun tanısı erken gebelikte üç boyutlu ultrason ile konulmuştur. Uterin çift insizyonla iki canlı bebek 38. haftada doğurtulmuştur. Bu olguda doğum için vajinal yol denenmemiş.<sup>[20]</sup> Başka bir olguda ise 38. haftada yapılan sezaryen esnasında tanısı konulan bikornuat uterus ve komplet vajinal septum rapor edilmiştir.<sup>[21]</sup>

Kornual gebelik, bikornuat uterusun bir kornusunda ya da septat bir uterusun bir yarısında gelişen gebeliği ifade etmektedir. Bikornuat uterus embriyonun yuvarı implantasyonuna predispozisyon yapabilir.<sup>[10]</sup> Tanıda gebelik haftası ve deneyimli bir ultrasonografist önemli rol oynamaktadır. Olgunun değerlendirildiği ilk merkezde Mülleryan anomaliden şüphe edilmemesi, TV ultrasonun tanıya götürülen basamakta değerlendiren kişiye göre değişkenlik taşıdığını göstermektedir. Kirk ve ark. erken gebelik ünitesine başvuran ardışık 5318 kadının değerlendirmesinde, ektopik gebelik tanısını koymada iki boyutlu TV ultrasonun pozitif prediktif değerini %96.7 olarak bildirmiştir.<sup>[22]</sup> Ultrasonda

üçüncü boyut ektopik gebelik ve Mülleryan anomali tanısında iki boyutun kısıtlamalarını aşmaya olanak sunacaktır.<sup>[23]</sup> Doğru tanıya giden basamakta manyetik rezonans görüntüleme (MRG), ultrasona göre daha yüksek duyarlılık taşımaktadır fakat, MRG yüksek maliyet nedeniyle her hastada istenmemektedir.<sup>[15]</sup> Bizim olgumuzda da yönetim TV ultrason üzerinden yapıldı ve gebelik sonlandıktan sonra bikornuat uterusun definitif tanısını koyduracak ileri değerlendirme hasta takibi kestiği için yapılamadı.

Kornual gebeliğin tedavisinde  $\beta$ hcg, gebelik haftası ve gebelik materyalinin büyüklüğüne göre standart bir tedavi yoktur, konservatif yaklaşım, medikal tedavi veya cerrahi müdahale seçenekler arasındadır.<sup>[24]</sup> Bu olguda öncelikli müdahale anembriyonik kornual gebeliğin sonlandırılmasına yöneliktir. Hemodinamik bulguları stabil, bikornuat uterus+ kornual gebelik olgumuzda çoklu doz sistemik metotreksat tedavisiyle kür sağladık. Literatürde kornual gebelik olgularında, çoklu doz sistemik metotreksat tedavisi ile başarı rapor edilmiştir.<sup>[25,26]</sup> Metotreksat tedavisinin başarılı olmadığı durumlarda selektif uterin arter embolizasyonu bir diğer konservatif tedavi seçeneğidir.<sup>[27]</sup> Konservatif ve medikal yaklaşımın yetersiz kaldığı durumlarda cerrahin tecrübesine göre laparotomi/laparoskopik kornual rezeksiyon veya kornuotomi yapılabilir.<sup>[25,28]</sup>

Sonuç olarak, kornual gebelik tanısı konulan hastalarda Mülleryan anomali ihtimali akılda tutulmalı ve hemodinamisi stabil olgularda cerrahi müdahaleden önce metotreksat tedavisi ilk seçenek olarak değerlendirilmelidir.

### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

### Kaynaklar

1. Troiano RN, McCarthy SM. Mullerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology* 2004;233(1):19-34.
2. Ashton D, Amin HK, Richart RM, Neuwirth RS. The incidence of asymptomatic uterine anomalies in women undergoing transcervical tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 1988;72(1):28-30.
3. Byrne J, Nussbaum-Blask A, Taylor WS, Rubin A, Hill M, O'Donnell R, et al. Prevalence of Müllerian duct anomalies detected at ultrasound. *Am J Med Genet* 2000;94(1):9-12. [CrossRef](#)
4. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001;7(2):161-74. [CrossRef](#)

5. Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simón C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. *Hum Reprod* 1997;12(10):2277–81. [CrossRef](#)
6. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography, and hysterosalpingography. *Radiology* 1992;183(3):795–800.
7. Nicolini U, Bellotti M, Bonazzi B, Zamberletti D, Candiani GB. Can ultrasound be used to screen uterine malformations? *Fertil Steril* 1987;47(1):89–93.
8. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril* 2006;86(1):36–43. [CrossRef](#)
9. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 2009;361(4):379–87. [CrossRef](#)
10. Mayer RB, Yaman C, Ebner T, Shebl O, Sommergruber M, Hartl J, et al. Ectopic pregnancies with unusual location and an angular pregnancy: Report of eight cases. *Wien Klin Wochenschr* 2012;124(5-6):193–7. [CrossRef](#)
11. Kalkat RK, Baxter AD, Thomson AJ. Heterotopic pregnancy in non-communicating horn of bicornuate uterus: a novel management approach. *J Obstet Gynaecol* 2012;32(1):101–2. [CrossRef](#)
12. Singh N, Singh U, Verma ML. Ruptured bicornuate uterus mimicking ectopic pregnancy: A case report. *J Obstet Gynaecol Res* 2013;39(1):364–6. [CrossRef](#)
13. Jayaprakash S, Muralidhar L, Sampathkumar G, Sexena R. Rupture of bicornuate uterus. *BMJ Case Rep* 2011;2011.
14. Pennes DR, Bowerman RA, Silver TM. Congenital uterine anomalies and associated pregnancies: findings and pitfalls of sonographic diagnosis. *J Ultrasound Med* 1985;4(10):531–8.
15. Santos XM, Krishnamurthy R, Bercaw-Pratt JL, Dietrich JE. The utility of ultrasound and magnetic resonance imaging versus surgery for the characterization of müllerian anomalies in the pediatric and adolescent population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012;25(3):181–4. [CrossRef](#)
16. Udigwe G, Nwajiaku L. Live term pregnancy in one horn of a bicornuate uterus. *Niger J Med* 2011;20(4):486–9.
17. Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Katano K, Suzumori N, Mizutani E. Uterine anomaly and recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2011;29(6):514–21. [CrossRef](#)
18. Hua M, Odibo AO, Longman RE, Macones GA, Roehl KA, Cahill AG. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(6):558.e1–5. [CrossRef](#)
19. Surico D, Amadori R, Ambrosini R, Vigone A, Surico N. Pregnancy in a patient with anterior sacral meningocele and bicornuate uterus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012;164(2):237–8. [CrossRef](#)
20. Cruceyra M, Iglesias C, De La Calle M, Sancha M, Magalón SL, González A. Successful delivery of a twin pregnancy in a bicornuate uterus (uterus bicornis unicollis) by bilateral Caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(2):142–4.
21. Suwal A, Kumar A. Complete bicornuate uterus with complete longitudinal vaginal septum. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2010;49(179):243–6.
22. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G, Tan L, Bora S, Bourne T. The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 2007;22(11):2824–8. [CrossRef](#)
23. Izquierdo LA, Nicholas MC. Three-dimensional transvaginal sonography of interstitial pregnancy. *J Clin Ultrasound* 2003;31(9):484–7. [CrossRef](#)
24. Olofsson JI, Poromaa IS, Ottander U, Kjellberg L, Damber MG. Clinical and pregnancy outcome following ectopic pregnancy; a prospective study comparing expectancy, surgery and systemic methotrexate treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(8):744–9. [CrossRef](#)
25. Al-Kharusi L, Gowri V, Al-Sukaiti R, Al-Ghafri W, Rao K. Submyomatous Cornual Pregnancy: Managed surgically after failed medical management. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2011;11(3):399–402.
26. Oelsner G, Admon D, Shalev E, Shalev Y, Kukia E, Mashiach S. A new approach for the treatment of interstitial pregnancy. *Fertil Steril* 1993;59(4):924–5.
27. Yang SB, Lee SJ, Joe HS, Goo DE, Chang YW, Kim DH. Selective uterine artery embolization for management of interstitial ectopic pregnancy. *Korean J Radiol* 2007;8(2):176–9. [CrossRef](#)
28. Api M, Api O. Laparoscopic cornuotomy in the management of an advanced interstitial ectopic pregnancy: a case report. *Gynecol Endocrinol* 2010;26(3):208–12. [CrossRef](#)