

# Kronik pelvik ağrının nadir bir nedeni olan nonkomünike rudimenter horn'un laparoskopik tedavisi: olgu sunumu

Laparoscopic treatment of rudimentary horn with a rare cause of chronic pelvic pain: case report

Sefa Kurt<sup>1</sup>, Ömer Demirtaş<sup>1</sup>, İbrahim Uyar<sup>1</sup>, Aycan Kopuz<sup>1</sup>, Buket Keser<sup>1</sup>, Abdullah Taşyurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

**Yazışma adresi:** Sefa Kurt, Sağlık Bakanlığı, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir E-mail: sefakurt@gmail.com

## Özet

Rudimenter hornun eşlik ettiği unikornuat uterus, kadın genital sisteminin nadir izlenen bir gelişim anomalisidir. Genel popülasyonda insidansı 1/100.000'dir ve tüm uterin anomalilerin %5-10'unu oluşturur. Beraberinde sıklıkla üriner sistem anomalileri, özellikle ipsilateral renal anomaliler gözlenir. Bu çalışmada 25 yaşında, 5 yıllık evli, kronik pelvik ağrı ve infertilite yakınması olan, aynı taraf böbrek agenezisinin eşlik ettiği, rastlantısal saptanan nonkommünike rudimenter horn olgusunun laparoskopik eksizyon ile tedavisini sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Müllerian anomali, pelvik ağrı, rudimenter horn

## Abstract

Rudimentary uterin horn accompanied unicorn is a rare developmental anomaly of the female genital system. The incidence in the general population is 1/100.000. This anomaly is 5-10% of all forms of uterine anomalies. With urinary tract anomalies, especially ipsilateral renal anomalies are observed frequently. In this study, we aimed to present the treatment of phenomenon of noncommunican rudimentary horn, 25 years old, 5 years married, with complaints of chronic pelvic pain and infertility, accompanied by ipsilateral renal agenesis, incidentally detected.

**Key words:** Mullerian anomaly, pelvic pain, rudimentary horn

## Giriş

Konjenital uterin anomaliler fertil kadınlarda %0,15-0,5, infertil kadınlarda %3,2 dolayında izlenmektedir (1). Rudimenter horn'lu unikornuat uterus, kadın genital sisteminin nadir izlenen müllerian anomalisidir ve uterin anomalilerin %5-10'unu oluşturur (2, 3). Bu anomalide tek taraflı müller kanalı normal gelişirken, diğer taraf anormal maturasyon göstermektedir. İnfertilite, ektopik gebelik, habituel abortus, malprezentasyon ve prematüre eylem gibi birçok durum ile komplike olabilir. Müllerian sistem anomalileri obstrüktif olmadıkları zaman, infertilite ve gebelik komplikasyonları ile karşımıza çıkmaktadır. Parsiyel veya tam obstrüksiyon durumunda ilk menstruasyondan itibaren klinik bulgular ortaya

çıkabilmektedir. Bu patolojiye yaklaşık %31 ile %100 arasında değişen renal anomaliler eşlik etmektedir (4). Kaviteli rudimenter hornda olası komplikasyonları önlemek için, tespit edildiğinde horn eksize edilmelidir. Tercihen de Laparoskopik (L/S) uygun bir seçenektir. Bu çalışmada kronik progresif pelvik ağrı ve infertilite yakınması ile başvuran, ipsilateral böbrek agenezisinin eşlik ettiği, nonkomünike rudimenter horn olgusunun laparoskopik eksizyon ile tedavisini sunmayı amaçladık.

## Olgu

Yirmi beş yaşında, 5 yıllık evli, kronik pelvik ağrı yakınması ve çocuk istemi olan hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın öz ve soygeçmişinde; ilk adetini 13 yaşında gördüğü ve ilk adetinden itibaren dismenore yakınmasının olduğu, 8 yıl önce de apendektomi geçirdiği

öğrenildi. Hastanın kronik progresif pelvik ağrı ve primer infertilite nedeni ile yapılan jinekolojik muayenesinde vulva, vajen normal, serviks nullipar görünümde, uterus sağa deviye ve solunda, uterustan ayrı 3-4 cm'lik semi-solid kitle palpe edildi. Ultrasonografi (USG) incelemesinde; bilateral overler normal, uterus 28x52x38 mm boyutunda ve sol yanında, uterustan ayrı, içinde 12x13 mm hipoeoik alan içeren 37x49 mm'lik semi-solid kitle izlendi. Histerosalpingografi'de (HSG) uterin kavite sağa deviye, sağ tubadan geçiş olduğu sol tubanın da görüntülenemediği tespit edildi (Resim 1). Tüm batin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sol böbrek agenezisi ve uterus sol yanda 45mm boyutlarında kalın duvarlı kistik kitle izlendi (Resim 2). CA 125 düzeyi 67,1 U/ml olarak saptandı. Hastaya diagnostik L/S ve histeroskopi (H/S) planlandı. Yapılan laparoskopik gözlemde unikornuat uterus ve uterusun sol yanına fibroz bant ile bağlı, 5cm çaplı rudimenter horn izlendi (Resim 3). Sol tuba rudimenter horn ile bağlantılı, bilateral overler ve tuba normal, uterus unikornuat olarak izlendi. Rudimenter horn ile round ligament ve ligamentum ovari propriumlar arasındaki bağlantılar eksize edildi. Materyal endobag yardımı ile batin dışına alındı. Unikornuat uterusu verilen metilen mavisinin sağ tubadan geçişi izlendi. Sonrasında H/S işlemine geçildi. Uterin kavite yeterli büyüklükte idi. Sağ tubal ostium normal olarak izlenirken, sol izlenmedi. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Postoperatif dönemi izleyen günlerde hastanın pelvik ağrısının tamamen düzeldiği gözlemlendi.

### Tartışma

Rudimenter horn'lu unikornuat uterus, 1/100000 sıklıkta izlenen, kadın genital sisteminin nadir görülen konjenital bir anomalisidir (1). Bu anomali, fertil kadınlarda %0,2 infertil kadınlarda %0,6 civarında

izlenmektedir. Uterin anomalilerden en sık olanı uterin septum, en nadir olanı da rudimenter hornlu unikornuat uterusur (5, 6). Bayar D ve ark. rudimenter hornlu unikornuat uterus tanısı alan 54 hastayı incelemiş ve bunların %67'sinin primer, %29'unun sekonder infertil olduğunu ve olguların %25'inde endometriozisin izlendiğini bildirmişlerdir (7). Biz rudimenterhorn olgularının infertil hastalarda daha fazla izlenmesini, var olan endometriozisin infertiliteye sebep olmasından daha çok, infertilite araştırmaları esnasında laparoskopinin sık kullanılmasına bağlamaktayız. Müllerian anomaliler American Society for Reproductive Medicine (ASRM) tarafından 7 gruba, unikornuat uterus ise kendi içinde 4 subgruba ayrılarak tanımlanmışlardır (8).

1. Uterusla bağlantılı rudimenterhorn,
2. Uterusla bağlantılı olmayan ve endometrial kavite içeren,
3. Uterusla bağlantılı olmayan ve endometrial kavite içermeyen rudimenterhorn,
4. İzole unikornuat uterus.

Olguların yaklaşık %75-90'ı non-komunikan tiptedir ve endometriyal kavite içerir (6). Kavite içeren, uterusla bağlantılı olmayan rudimenter hornunda, adet dönemlerinde meydana gelen kanama hematometraya, retrograd menstruasyona ve dolayısıyla endometriozise zemin hazırlayabilmektedir. Bu hastalar ilk adeti takiben, progresif dismenore ve endometriozisin sebep olduğu infertilite sorunları ile karşılaşabilmektedir. Bu durum bazı olgularda evre 3 pelvik ya da ekstrapelvik endometriozise kadar ileri tablolar oluşturabilmektedir (9). Bizim vakamızda da son 7 yıldır var olan ve progresif olarak artan kronik pelvik ağrı dikkat çekicidir. Müllerian duktus anomalilerinde endometriozise bağlı intraabdominal adhezyonlar görülebilmesine rağmen hastamızda bu bulgular izlenmedi.

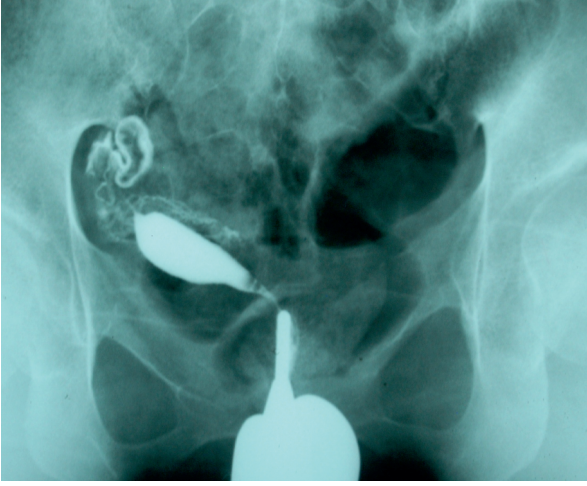
Nonkomunike tip rudimenter hornunda izlenebilecek çok nadir bir komplikasyon da ektopik gebeliktir.

Nonkomunike olmasına rağmen gebeliğin gelişmesi, spermin ya da fertilize ovumun transperitoneal migrasyonunu düşündürmektedir. Tanısı sıklıkla zordur ve rüptüre olduktan sonra konur. Rüptürlerin yaklaşık %80-90'ınının 10 ile 20. Gebelik haftaları arasında izlendiği ve anne hayatını tehlikeye sokacak düzeyde kanamalara sebep olduğu bildirilmiştir (4, 10). Nonkomunike rudimenter hornla birlikte olan renal anomalilerin insidansı %31-100 arasında değişmektedir (4). Embryogenezde üriner ve genital sistem birbiriyle yakın ilişkili olarak intermedier mezodermden gelişirler. Bu nedenle üriner sistem ve müllerian sistem anomalileri sıklıkla birlikte gözlenir. En sık görülen anomali rudimenter hornla aynı taraftaki renal agenezi iken, yine aynı taraflı pelvik böbrek ikinci sıklıkta görülmektedir. Eşlik eden üriner sistem anomalilerini saptamada intravenöz pyelografi (IVP), sıklıkla kullanılan bir yöntemdir.

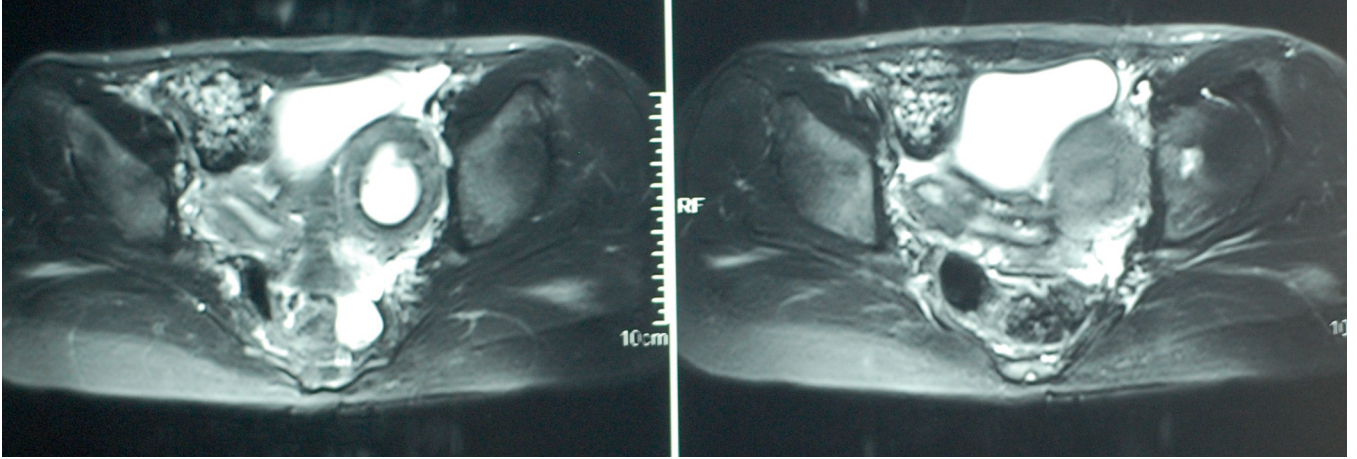
Müllerian sistemin konjenital anomalilerinin teşhisi zordur. Genellikle asemptomatik olmakla beraber, infertilite, adneksiyal kitle, kronik pelvik ağrı, gibi durumların araştırılması esnasında rastlanır. Tanısal yöntemlerdeki gelişmeler ve L/S'nin sık kullanımı sonucu müllerian anomalilerin tanınmasındaki deneyimin artması ile literatüre giren olgu sunumları da giderek artmaktadır. Bizim olgumuzda renal agenezi tanısı başvuru öncesi bilinmekteydi. Öyküde kronik progresif pelvik ağrı ve infertilite yakınması olması ve USG'de adneksiyal kitle varlığı müllerian anomali olabileceği konusundaki şüphelerimizi artırdı. HSG ve MRG bizim ön tanımımızı destekledi. Kesin tanı L/S ile kondu. Bizim vakamızda olduğu gibi özellikle klinik şüphenin ve anamnezin müllerian anomalilerin tespitinde çok önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz. Tanıda MRG ve L/S'nin yeri önemlidir. Preoperatif MRG, cerrahiyi planlamak, aynı taraf renal malformasyonları tanımak, ayrıca cerrahi

sırasında üriner bir yaralanmayı önlemek için önemlidir. L/S kesin tanı imkanı sağladığı gibi aynı anda tedaviye de olanak tanır. Cornis ve ark. tarafından bildirilen, rudimenter horn rezeksiyonunun L/S ile yapılmasından bu yana, bu anomalinin standart tedavisi laparoskopik eksizyon olmuştur (11). Uterus ile horn arasındaki bağlantı fibroz bir doku ise eksizyon yeterlidir. Ancak bağlantı fibromuskuler ise ileride uterin rüptürden kaçınmak için bu bağlantının laparoskopik sütür ile kapatılması gerekir. Cerrahi işlem sırasında akılda tutulması gereken önemli bir nokta da, olası tubalektopik gebeliği önlemek amacıyla ipsilateral fallop tüpünün eksizyonudur (12). Cerrahi bir prosedür esnasında karşılaşıldığında, potansiyel problemler nedeniyle rudimenter horn'un profilaktik eksizyonu önerilse de, eşlik edebilecek renal anomalilerden biri olan pelvik böbreğin eksizyonundan kaçınılmalıdır (13-15). Olgumuzda pelvik böbrek, MRG ve IVP tetkikleri ile ekarte edildi. Ayrıca L/S esnasında da kitlenin lateralinden inguinal kanala uzanan round ligament ve buna bağlı tubanın izlenmesi pelvik böbreği ekarte ettirdi.

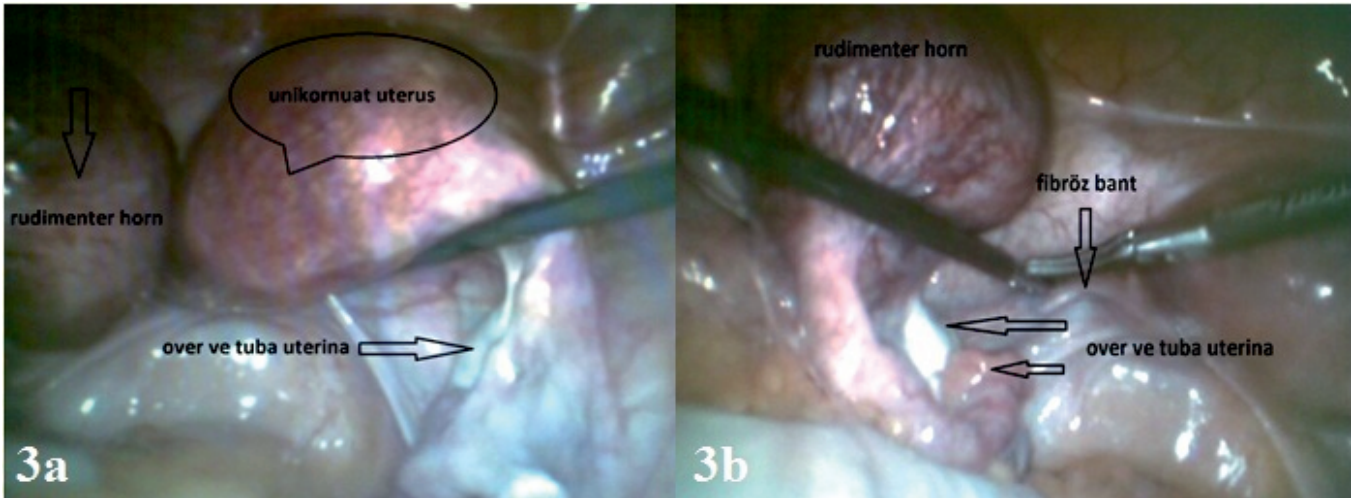
Sonuç olarak müllerian sistemin konjenital anomalilerinin tanısı zordur. Erken tanıda başarı iyi bir anamnez ve görüntüleme yöntemlerini yerinde kullanmak ile mümkündür. Özellikle üriner sistemde anomali öyküsü, kronik progresif pelvik ağrı, adneksiyal kitle ve infertilite yakınması bulunan olguların ayırıcı tanısında müllerian anomaliler de göz önünde tutulmalı, tanı L/S ile doğrulanmalıdır. Rudimenter horna yerleşmiş bir gebeliğin sıklıkla rüptür ile sonuçlanması, maternal morbidite ve mortaliteyi artırması nedeni ile bu anomali fark edildiği anda eksize edilmelidir. Öncesinde üriner sistem anomalisi bilinen ya da şüphelenilen hastalarda MRG ve IVP ameliyatın komplikasyonlarını azaltmada faydalı olacaktır.



**Resim 1.** Histerosalpingografi'de uterin kavite sağa deviye, sağ tubadan geçiş mevcut fakat sol tuba görüntülenemiyor



**Resim 2.** Tüm batın manyetik rezonans görüntülemesinde sol böbrek agenezisi ve uterus sol yanda 45mm boyutlarında kalın duvarlı kistik kitle



**Resim 3.** Laparoskopide gözlemde unikornuat uterus ve uterusun sol yanına fibroz bant ile bağlı, 5cm çaplı rudimenter horn

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

### Kaynaklar

- 1) Medeiros LR, Rosa DD, Silva FR, Silva BR, Rosa MI. Laparoscopic approach of a unicornuate uterus with noncommunicating rudimentary horns. ISRN Obstet Gynecol 2011; 2011: 906138
- 2) Atmaca R, Germen AT, Burak F, Kafkaslı A. Acute abdomen in a case with noncommunicating rudimentary horn and unicornuate uterus. JSLS 2005; 9: 235-7.
- 3) Zapardiel I, Alvarez P, Perez-Medina T, Bajo-Arenas JM. Laparoscopic management of a cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus: a case report. Journal of Medical Case Reports 2010; 4: 215.
- 4) Nezhat CR, Smith KS. Laparoscopic management of a unicorniate uterus with two cavitated, non-communicating rudimentary horns. Human Reproduction 1991; 4: 1965-8.
- 5) Pentti K, Heinonen. Unicornuate uterus and rudimentary horn. Fertil Steril. 1997; 68: 224-30.
- 6) Speroff L, Glass RH, Kase Nathan GN. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1999 pp 123-158.
- 7) Bayar D, Uygur D, Yüksel B, Akar EM, Erdinç SA, Küçüközkan T. Unicornuate Uterus: Analysis of 55 Cases. Gynecol Obstet Reprod Med 2004; 10: 44-46
- 8) 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.
- 9) Atmaca R, Germen TA, Burak F, Kafkaslı A. Rudimenter hornlu unikornuat bir olguda akut batın. Artemis 2003; 4: 74-76
- 10) Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20<sup>th</sup> Century world wide experience of 588 cases. J Reprod Med 2002; 47: 151-63
- 11) Canis M, Wattiez A, Pouly JL. Laparoscopic management of unicorniate uterus with rudimentary horn and unilateral extensive endometriosis: case report. Hum Reprod 1990; 5: 819-20.
- 12) Dicker D, Nitke S, Shoenfeld A, Fish B, Meizner I, Ben-Rafael Z. Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy. Hum Reprod 1998; 13: 2643-4
- 13) Çırpan T, Demirtaş Ö, Demirtaş G, Özşener S, Yücebilgin S. [Ectopic pregnancy in noncommunicating rudimentary uterine horn]. Ege Journal of Medicine 2010; 49: 145-7.
- 14) Sefrioui O, Azyez M, Babahabib A, Kaanane F, Matar N. Pregnancy in rudimentary uterine horn: diagnostic and herapeutic difficulties. Gynecol Obstet Fertil 2004; 32: 308-10.
- 15) Henionen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. Fertil Steril 1997; 68: 224-30.