

bol lökositürisi mevcuttu. Hastaya idrar yolu enfeksiyonu tedavisi verildi. Bir hafta sonra hastanın Hb 5.9 g/dl, beyazkürresi 37 bin, sistolik/diastolik kan basıncı 90/60 mmHg ve kalp atım hızı 110 atım/dk ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde batın distandü idi, vajinal kanama yoktu ve collum kapalı idi. Transabdominal ultrasonografide: batın içi yaygın mai ve koagulum, fetal kalp atışı olmayan 20 w ile uyumlu fetus, uterus sınırları normal ve overler normal olarak rapor edildi. Hasta cornual gebelik, ektopik gebelik rüptürü ön tanısı ile eritrosit replasmanı yapılarak sipinal anestezi altında laparotomiye alındı. Batın içinde üç litre kadar kan ve koagulum mevcuttu. Plasenta ve fetus abdomende idi, her iki over ve tubası sağlam kendine ait ligamentum rotundumu olan sol rüptüre rudimenter horn görünümü mevcuttu. Adnexler korunarak rudimenter horn exize edildi ve batın temizliği sonrası vaka sonlandırıldı. Klinik olarak stabil olan hasta postoperatif dönemde servise alındı.

Sonuç: Litaretürde non komünikan horn gebeliklerin %70'inin rüptüre olduğu ve maternal mortalitenin %0.5'e ulaştığı belirtilmiştir. Malforme uterus, normal uterus kadar genişlemeyeceği için terme ulaşan birkaç olgu bildirilmişse de genelde ikinci trimester başında rüptür oluşur. Bu tür gebeliklerin rüptür öncesi tanı alması çok nadirdir. Bu olgudada olduğu gibi fetal ultrasonografi yapılırken fetus dışındaki oluşumları değerlendirme dışında tutmak rüptür öncesi tanını mümkün kılmamaktadır. Horn gölgelemes ise pelviste boş uterusu görmek mümkün olabilir. Sonuç olarak bu vakadaki gibi acil laparotomi gerektiren durumlardan kaçınmak için, gebelik öncesi ve gebeliğin özellikle ilk trimester muayenesinde şüpheli bir yaklaşımla ayrıntılı ultrasonografi yaparak hasta değerlendirilmelidir.

PB-003

Gebelikte akut batın olgu sunumu: Rüptüre non-komünikan rudimenter horn gebeliği

İlay Gözükar¹, Nesrin Atcı², Oya Karapınar¹, Arif Güngören¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay, ²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Unikornuat uterusda rudimenter horn gebeliği oldukça nadir görülen bir klinik durumdur. Literatürde 76.000–150.000 gebelikte bir bildirilmiştir. Biz bu yazıda 15 hafta non-komünikan rudimenter horn gebelik rüptürü olgusunu sunduk.

Olgu: Yirmi üç yaşında kadın hasta akut batın ve hipovolemik şok tablosunda acil servise getirildi. Hastanın hikayesinden 3 saat önce başlayan bulantı, kusma ve sonrasında genel durumda bozulma olduğu öğrenildi. İki vajinal doğum hikayesi olan ve son adet tarihini bilmeyen hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Sistemik değerlendirmesinde genel durumu

kötü, tansiyon arteriyel 70/40 mmHg, nabız 115/dakika olarak saptandı. Acil şartlarda yapılan abdominal ultrasonografide batında yaygın mayi ve batın içerisinde 15 hafta ile uyumlu tek ex fetus izlendi. Uterus pelviste fetal yapılardan ayrı, konturları düzenli olarak görüldü. Adneksiyel yapılarda patolojik görünüm izlenmedi. Tam kan sayımında Hb 6.4 g/dl ve Htc %24 bulundu. Hastaya acil şartlarda laparotomi planlandı. Peroperatif 3 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma verilen hastada göbek altı vertikal insizyonla batına girildi. Batın içerisinden yaklaşık 2000 cc kanama aspire edildikten sonra sağ rudimenter hornun rüptüre olduğu ve solda unikornuat non-komünikan uterus olduğu görüldü. Batın içerisinden fetus ve ekleri çıkarıldı. Rudimenter horn eksize edildi Postoperatif takiplerinde ek problemi olmayan hasta Hb 9 g/dl ile taburcu edildi.

Sonuç: Müllerian anomaliler ilk kez 1979 da Buttram ve Gibbons tarafından tanımlanmış ancak daha sonra Amerikan Üreme Tıbbı Derneği tarafından 1988 de revize edilmiştir. Anomaliler arasında unikornuat uterus asimetrik müllerian füzyon defektidir ve genellikle normal bir kaviteye eşlik eden tuba, over mevcuttur. Etkilenen müllerian kanal gelişmeyebilir veya parsiyel gelişim göstererek rudimenter horn olarak izlenebilir. Bu rudimenter yapıların çoğu uterusla iletişim göstermemekte ve çoğunlukla asemptomatik seyretmektedir. Genel popülasyonda 4000 kadında bir görülen bu klinik durum infertil kadınlar arasında daha sık görülmesine rağmen obstetrik komplikasyonlar da bu hastalarda izlenebilir. Literatürde unikornuat hastalarda ki obstetrik komplikasyonlar arasında %2.7 ektopik gebelik, %24.3 ilk trimester abort, %9.7 ikinci trimester kaybı, %20.1 preterm eylem, %10.5 intrauterin fetal kayıp bildirilmiştir. Bu vakada da uterin rüptür ile ilk kez tanı alan non-komünikan rudimenter horn gebeliği olan hasta değerlendirilmiştir. Hastanın daha önce iki normal doğumu olmasına karşılık 3. gebeliği rudimenter hornunda yerleşmiş ve gebeliğin 15. haftasında rüptüre olarak masif kanamaya sebep olmuştur. Bu durum intraperitoneal sperm ve ovum migrasyonu veya karşı tubadan fertilize ovumun peritoneal kaviteye geçmesiyle açıklanabilir. Rüptür zamanı çalışmalarda 5–35. haftalar arasında değişmekle birlikte çoğu vaka 20. haftanın altında katastrofik klinik tablo ile tanı almıştır. Tanıda ultrasonografi yardımcı olsada duyarlılığı %26 civarında ve bunun da gebelik haftası ilerledikçe azaldığı bildirilmiştir. Bu sebeple tanıda klinisyenin şüphesi öne çıkmaktadır. Bu vakada da ayrı uterus USG'de görülmüş ancak rudimenter horn görülebilmiştir. Bu hastalarda klasik yaklaşım rudimenter horn gebeliğinin tanısının konmasıyla birlikte cerrahi uygulanmasıdır. Vajinal doğumun kontraendike olduğu bu durumda hastalara laparotomi ile rudimenter hornun çıkarılması böylece tekrarlayan ektopik gebelikten kaçınılması tavsiye edilmektedir. Rudimenter horn gebeliğinde; klinik şüphe, erken tanı ve uygun zamanlı laparotomi maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.