

Nem kommunikáló rudimenter szarvban kialakult terhesség sikeres eltávolítása laparoszkópia útján

SZABÓ ISTVÁN DR. ■ BÖRZSÖNYI BALÁZS DR. ■ DEMENDI CSABA DR.
LANGMÁR ZOLTÁN DR.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A csökevényes méhszarv terhessége ritka kórkép, legjelentősebb veszélye az életveszélyes hasúri vérzéssel járó ruptura. Hüvelyi ultrahangvizsgálat segítségével még tünetmentes, korai állapotban lehetséges a felismerés. A diagnózist követően a csökevényes méhszarv és az abban elhelyezkedő terhesség laparoszkópos reszekciója javasolt, az érintett oldali kürt eltávolításával együtt. A szerzők egy rudimenter szarvban kialakult, 9 hetes terhességgel jelentkező beteg esetét ismertetik, amelyet laparoszkópia segítségével sikeresen oldottak meg.

Kulcsszavak: rudimenter szarv, terhesség, laparoszkópia

Successful laparoscopic management of a non-communicating rudimentary horn pregnancy

Pregnancy in a rudimentary horn is a rare entity with the most significant risk of life-threatening intraabdominal bleeding caused by rupture. With the use of vaginal ultrasonography, an early diagnosis can be made before symptoms occur. Management consists of laparoscopic resection of the rudimentary horn with the pregnancy and the ipsilateral tube. Authors present a case of a 9-week pregnancy successfully treated with laparoscopic resection.

Keywords: rudimentary horn, pregnancy, laparoscopy

(Beérkezett: 2008. november 2.; elfogadva: 2009. január 25.)

A csökevényes rudimenter szarv az egyik Müller-cső fejlődési zavara miatt jön létre. Az eddigi tanulmányok szerint a jobb oldalon valamivel gyakrabban fejlődik ki rudimenter méhszarv [1, 2, 3]. Egyszarvú méh fennállása esetén mintegy 74%-ban észlelhető csökevényes szarv is. A méh ürével nem kommunikáló rudimenter szarv 70-90%-os gyakoriságú. Az egyszarvú méh mellett kialakult csökevényes méhszarv pontos előfordulási gyakorisága ismeretlen, becslések szerint 5400 nőből átlagosan egynél fordul elő. A csökevényes szarvval összefüggésben kialakult szövődmények lehet a haematometra, dysmenorrhoea, endometriosis, valamint a rudimenter méhszarv terhessége (1/76 000 terhesség!). Megemlítendő, hogy e rendellenesség fennállásakor gyakrabban találkozunk a vesék társuló fejlődési zavarai is [2, 4, 5]. Tekintettel arra, hogy a csökevényes méhszarv az ese-

tek többségében nincs kapcsolatban a többi belső nemi szervvel („non-communicating uterine horn”), a terhesség valószínűleg a spermium hasúri vándorlása révén jön létre. Az itt fejlődő terhességgel kapcsolatos szövődmények kockázata egyértelmű, elég, ha csak a rendellenes izomfalra és méhnyálkahártyára gondolunk. A legveszélyesebb szövődmény a ruptura kapcsán fellépő súlyos, adott esetben életet is veszélyeztető vérzés. Annak ellenére, hogy ruptura az esetek csaknem 50%-ában bekövetkezik, a korai diagnosztikának és korszerű műtéti eljárásoknak (laparoszkópia) köszönhetően a kórkép mortalitása már csak 0,5%-os [5, 6, 7, 8, 9]. Közleményünkben egy 30 éves beteg laparoszkóppal sikeresen kezelt esetét ismertetjük, akinél kora terhességi rutin-ultrahangvizsgálattal diagnosztizáltuk a jobb oldali rudimenter méhszarv terhességét.

Esetismertetés

A 30 éves, bizonytalan menstruációs anamnézissel és pozitív eredményű terhességi teszttel jelentkező beteget területi szakrendelésen dolgozó kolléga irányította klinikánkra méhen kívüli terhesség alapos gyanúját felvető ultrahang-vizsgálati lelettel.

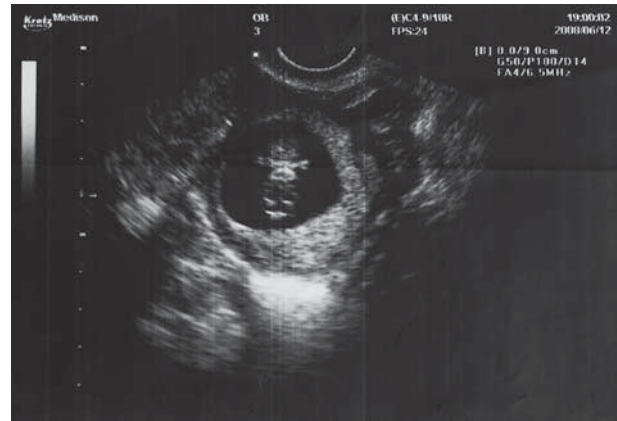
A páciens szülészeti, illetve általános kórelőzményében említésre méltó adat nem szerepelt.

Felvételi fizikális vizsgálati lelet (2008. június 12. 14:00): Has puha, betapintható. Közepesen tág hüvely. Mozgatásra nem érzékeny méhnyak. Lúdtojásnyi, gravid jellegű méh anteflexióban. Bal oldalon szabad környezet. Jobb oldalon jókora diónyi, mobilis, nyomásérzékeny rezisztencia. A Douglas-tájék szabad, nem ledomborított. Vérzés nem észlelhető. Az emlőkben kóros eltérés nem tapintható. Kolposzkópia: a portio felszínén kóros eltérés nem észlelhető. A páciens általános állapota jó, láztalan. RR: 130/80 Hgmm. Pulzus: 66/min.

Hüvelyi ultrahangvizsgálat (2008. június 12. 14:15): A méh $90 \times 40 \times 50$ mm nagyságú. Az endometrium 12 mm. A méhürben terhesség nem látható. Mindkét petefészkek normális nagyságú és szerkezetű. A méh közvetlen közelében, de attól különállóan látható petezsák, benne 25 mm-es (CRL), életjelenségeket mutató embrió. A chorion körül vékony tok észlelhető, amely vastagsága és jellege alapján leginkább méhkürtre jellemző (1. és 2. ábra). Szabad hasúri folyadék nem látható. Dg.: Grav. s. 9. Susp. ad grav. extraut. l.d. A látott kép alapján rudimenter méhszarv terhessége is felmerül.

Tekintettel a korábbiakban részletezett leletekre, akut laparoszkópia végzése mellett döntöttünk.

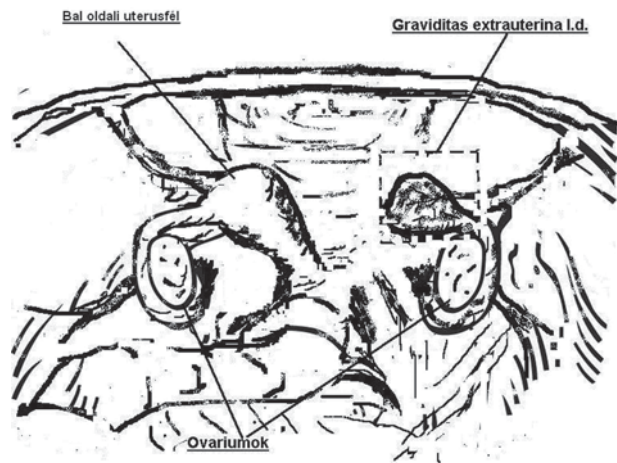
Műtéti situs: Körbetekintés után, kissé balra húzódtot egyszarvú méh látható ép bal oldali függelékkel. Jobb oldalon is ép függelék, corpus luteum, valamint kis almányra duzzadt, csökevényes méhszarv látható, amely rendkívül feszes és gazdagon erezett, gravid jellegű (3. ábra). A csökevényes szarv és a méhtest között sehol sem észlelünk kommunikációt, ezért hüvelyi feltárással mellett döntünk. Ennek kapcsán egyértelműen egy portio észlelhető. Hiszteroszópiát végzünk, amelynek során egy tubaszájadékot és decidualisan átalakult nyálkahártyát látunk. A méhür jobb oldalra történő kommunikációja egyértelműen kizárható. Ezt követően feltárjuk a jobb oldali húgyvezetékét, majd a jobb oldali kürtöt tompán leválasztjuk a petefészkekről. A lig. rotundumot átvágva a széles méhszalag lemezeit szétválasztjuk, a húgyhólyagot tompán lepreparáljuk. Felkeressük és koaguláljuk az arteria uterinákat. A vérellátásától megfosztott képletet a húgyvezetékétől biztonságos távolságban reszekáljuk, majd morcellátor segítségével daraboljuk, s eltávolítjuk. A hasüreget öblítjük, drenáljuk, az eszközöket eltávolítjuk, majd a sebeket csomós öltésekkel zárjuk. A laparoszkópia elvégzését követően, eseménytelen posztoperatív szak 4. napján a páciens panaszmentesen bocsátottuk otthonába.



1. ábra | Rudimenter méhszarvban elhelyezkedő embrió



2. ábra | Uterus és a csökevényes méhszarvban elhelyezkedő 9 hetes embrió



3. ábra | Műtéti situs

A patológiai értékelés során a klinikai képnek megfelelő lelet született, kórszövettani vizsgálatral is igazolva a rudimenter méhszarv fennállását. Az eltávolított csökevényes méhszarvban elhelyezkedő embrió 9-10 hetes nagyságúnak felelt meg.

Megbeszélés

A csökevényes méhszarvban kialakult terhesség ritka kórállapot, amely az esetek felében életet veszélyeztető vérzéssel járó rupturához vezethet.

Az egyes rendellenességek kombinálódásával a méh változatos fejlődési zavarai jöhetnek létre. Az Amerikai Reprodukciós Orvostani Társaság (American Society of Reproductive Medicine) 4 alcsoportot különít el [5]:

1. egyszarvú méh kommunikáló csökevényes szarvval,
2. egyszarvú méh nem kommunikáló, üreggel nem rendelkező rudimenter szarvval (a leggyakoribb),
3. egyszarvú méh nem kommunikáló, de üreggel rendelkező csökevényes szarvval,
4. izolált egyszarvú méh, rudimenter szarv jelenléte nélkül.

A csökevényes méhszarv számos szövődmény forrása lehet. Összességében elmondható az is, hogy az egyszarvú méh (rudimenter szarvval vagy a nélkül) a reprodukciót önmagában is kifejezetten hátrányosan befolyásoló rendellenesség. Egy kórszövettani tanulmányban igazolták, hogy ha rendelkezik is a csökevényes méhszarv üreggel, abban ritkán található működőképes, illetve a terhesség egészséges fejlődését lehetővé tevő méhnyálkahártya [10]. Ezzel magyarázható az is, hogy haematometra is igen ritkán, gyakorlatilag sosem alakul ki. Bizonyították azt is, hogy egyszarvú méh és együttesen fennálló csökevényes szarv esetén endometriosis kialakulásával is lényegesen gyakrabban kell számolni, különösen akkor, ha az üregben legalább valamennyire működőképes endometriumszigetek vannak [3, 5]. A csökevényes méhszarv kórismézése nem könnyű, mivel a szarv gyakran igen kicsi, így tapintásos vizsgálat során általában nem észlelhető. Hüvelyi ultrahangvizsgálattal általában felismerhető lehet e rendellenesség [1, 2, 4]. A pontos diagnózist csak laparoszkópia és hiszteroszkópia segítségével állíthatjuk fel, amelynek során lehetséges a hasúri képlet vizualizálása, és igazolható vagy kizárható a tulajdonképpeni méhüreggel történő kommunikáció. Nem meglepő, hogy a rendellenességek általában meddőség kivizsgálása kapcsán kerülnek felismerésre. A rudimenter szarvban elhelyezkedő terhesség életveszélyes hasúri vérzést okozó rupturához vezethet, többségében a 10–15. hét között, ezért annak mielőbbi eltávolítása javasolt. Amennyiben tehát intakt rudimenterszarv-terhességet diagnosztizálunk, vagy annak alapos gyanúja felvetődik, laparoszkópiát és a csökevényes szarv eltávolítását kell elvégezni. A tapasztalatok szerint a későbbi, méhen kívüli terhesség megelőzése céljából az azonos oldali kürt is eltávolítandó [1, 6, 7, 8, 9, 11]. Az irodalomban eddig nagyon kevés, laparoszkópia útján megoldott eset szerepel. Igen korai fázisban, válogatott esetekben gyógyszeres (metotrexat-) kezelés is megkísérélhető, de tekintettel a kis műtéti terhelésre és a rövid lábadozási időre, inkább az endoszkópos műtét részesítendő előnyben [12, 13, 14, 15]. A csökevényes szarvban levő terhesség kiviselése irodalmi ritkaság, hi-

szen annak izomfala vékony (csökevényes), és általában nem rendelkezik működőképes, decidualis átalakulásra alkalmas méhnyálkahártyával sem. Az említett méhfejlődési rendellenességek fennállása esetén a húgyúti rendszer (elsősorban a vesék) fejlődési zavarai (leginkább egyoldali veseagenesia) is gyakrabban kell számolni. Ennek megfelelően egyszarvú méh, illetve csökevényes méhszarv kórismézésekor a húgyúti rendszer részletes vizsgálata is elengedhetetlen a társuló rendellenességek kockázata miatt [5]. Laparoszkópia segítségével sikeresen kezelt esetünk bemutatásával e ritka kórkép diagnosztizálásának nehézségeire és a csökevényes szarvban kialakuló terhesség életet veszélyeztető voltára kívánunk felhívni a figyelmet.

Irodalom

- [1] *Kadan, Y., Romano, S.*: Rudimentary horn pregnancy diagnosed by ultrasound and treated by laparoscopy – a case report and review of the literature. *J. Min. Inv. Gynecol.*, 2008, 15, 527–530.
- [2] *Jayasinghe, Y., Rane, A., Stalewski, H. és mtsa.*: The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet. Gynecol.*, 2005, 105, 1456–1467.
- [3] *Anderson, C. W.*: A theory which explains uterine anomalies, dextroversion and dextrorotation, and other phenomena. *Urol. Cut. Rev.*, 1943, 47, 556–558.
- [4] *Sutkin, G., Jazayeri, A.*: Diagnosis of a rudimentary horn in pregnancy. *J. Ultrasound. Med.*, 2003, 22, 985–988.
- [5] *Heinonen, P. K.*: Unicornuate uterus and rudimentary horn. *Fert. Steril.*, 1997, 68, 224–230.
- [6] *Dulemba, J., Midgett, W., Freeman, M.*: Laparoscopic management of a rudimentary horn pregnancy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.*, 1996, 3, 627–630.
- [7] *Dicker, D.*: Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy. *Hum. Reprod.*, 1998, 13, 2643–2644.
- [8] *Tahata, T.*: Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy: a case report. *J. Reprod. Med.*, 1998, 43, 223–226.
- [9] *Yoo, E. H., Chun, S. H., Woo, B. H.*: Laparoscopic resection of a rudimentary horn pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1999, 78, 167–168.
- [10] *Adolph, A. J., Gilliland, G. B.*: Fertility following laparoscopic removal of rudimentary horn with ectopic pregnancy. *J. Obstet. Gynecol. Can.*, 2002, 24, 575–576.
- [11] *Chakravarti, S., Chin, K.*: Rudimentary uterine horn: management of a diagnostic enigma. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2003, 82, 153–154.
- [12] *Edelman, A. B., Jensen, J. T., Lee, D. M. és mtsa.*: Successful medical abortion of a pregnancy within a noncommunicating uterine horn. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2003, 189, 886–887.
- [13] *Cutner, A., Saridogan, E., Hart, K. és mtsai.*: Laparoscopic management of pregnancies occurring in accessory noncommunicating uterine horns. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2003, 15, 106–109.
- [14] *Sonmezger, M., Taskin, S., Atabekoglu, C. és mtsai.*: Laparoscopic management of rudimentary uterine horn pregnancy: case report and literature review. *J. Soc. Laparosc. Surg.*, 2006, 10, 396–399.
- [15] *Park, J. K., Dominguez, C. E.*: Combined medical and surgical management of rudimentary uterine horn pregnancy. *J. Soc. Laparosc. Surg.*, 2007, 11, 119–122.

(Langmár Zoltán dr.,
Budapest, Üllői út 78/A, 1082
e-mail: langmarzoltan@hotmail.com)