

**Κλινικοεργαστηριακή
μελέτη**

Επιτυχής έκβαση κύησης σε δίκερο μονοτράχηλη μήτρα: Αναφορά δύο περιπτώσεων

Α. Οικονόμου¹
Μ. Ηλιάδης¹
Π. Παναγόπουλος¹
Γ. Πετράκος¹
Σ. Καράδαγλης¹
Χ. Χρέλιας²
Ε. Σαλαμαλέκης²

Περίληψη

Μία από τις πιο συνήθεις συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας (ΣΑΜ) είναι η δίκερος μήτρα. Η ατελής συνένωση των πόρων του Muller στο επίπεδο του σώματος της μήτρας οδηγεί στη δημιουργία της δικέρου μήτρας. Η ταξινόμηση εξαρτάται από την έκταση του μητριάου μυϊκού διαφράγματος και χαρακτηρίζεται ως μερική δίκερος μήτρα (ΜΔΜ) όταν το διάφραγμα περιορίζεται στο σώμα της μήτρας και δεν φτάνει έως το έσω τραχηλικό στόμιο.

Συχνά συνδυάζεται με αυξημένο ποσοστό υπογονιμότητας, αυξημένο κίνδυνο για αποβολές (κυρίως του δευτέρου τριμήνου) ή πρόωρο τοκετό. Οι ΣΑΜ έχουν ανιχνευθεί στο 15-25% των γυναικών με καθ' ἑξιν αποβολές, ενώ στο σύνολο των γυναικών είναι 2 έως 4%.

Παρουσιάζονται στην παρούσα, επιτυχής έκβαση κύησης, σε δύο γυναίκες με ΜΔΜ.

Όροι ευρετηρίου: Δίκερος μήτρα, κύηση, τοκετός.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μία από τις πιο συνήθεις συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας (ΣΑΜ) είναι η δίκερος μονοτράχηλη μήτρα (ΔΜΜ).

Η ατελής συνένωση των πόρων του Muller στο επίπεδο του σώματος της μήτρας οδηγεί στη δημιουργία της δικέρου μήτρας, στην οποία, ενώ το κατώτερο τμήμα της μήτρας και ο τράχηλος συνενώνονται πλήρως, δημιουργούνται δύο ξεχωριστές αλλά επικοινωνούσες ενδομήτριες κοιλότητες με ένα τράχηλο και ένα κόλπο. Η ταξινόμηση της ανωμαλίας εξαρτάται από την έκταση του μητριάου μυϊκού διαφράγματος. Η ανωμαλία θεωρείται πλήρης όταν το διάφραγμα φτάνει έως το έσω τραχηλικό στόμιο (δίκερος μονοτράχηλη μήτρα) ή επεκτείνεται και έως του έξω τραχηλικού στομίου (δίκερος διτράχηλη μήτρα). Η ανωμαλία χαρακτηρίζεται ως μερική δίκερος μήτρα (ΜΔΜ) όταν το διάφραγμα περιορίζεται στο σώμα της μήτρας και δεν φτάνει έως το έσω τραχηλικό στόμιο. Η παρουσία του ενδομήτριου διαφράγματος αντιστοιχεί σε εντομή στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας. Το βάθος της εντομής, όπως και το μήκος του διαφράγματος, εξαρτώνται από το μήκος της έλλειψης συνένωσης των πόρων του Muller⁽¹⁾.

Συχνά συνδυάζεται με αυξημένο ποσοστό υπογονιμότητας⁽²⁾, αυξημένο κίνδυνο για αποβολές Ιου και ΙΙου τριμήνου, επιπλοκές στην κύηση⁽³⁾, πρόωρο τοκετό^(4,5) και ανώμαλες προβολές στον τοκετό. Οι ΣΑΜ έχουν ανιχνευθεί στο 15-25% των γυναικών με καθ' ἑξιν αποβολές. Η υπολογιζόμενη συχνότητά τους στο σύνολο των γυναικών είναι 2 έως 4%⁽⁶⁾.

¹Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιώς «Τζάνειο»

²Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Αλληλογραφία:

Περικλής Π. Παναγόπουλος
Λασηθίου 69, 16674 Γλυφάδα, Αθήνα
Τηλ. - Fax: 210 9620952

E-mail: obgyn_tza@hotmail.com

Κατατέθηκε: 18/3/2006

Εγκρίθηκε: 25/4/2006

Περιγράφεται στην παρούσα, επιτυχής έκβασης κύησης, σε δύο γυναίκες με ΜΔΜ.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 1ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Περιγράφεται περίπτωση εγκύου 26 ετών από την Αλβανία, που προσήλθε για παρακολούθηση στην 6η εβδομάδα της αμηνόρροιας με τεστ κήσεως θετικό. Το κληρονομικό ήταν ελεύθερο. Στο ατομικό ιστορικό αναφέρεται από προηγούμενο έλεγχο διαπιστωμένη ετερόζυγος β μεσογειακή αναιμία. Η ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης του συζύγου ήταν φυσιολογική. Αρχικός Ht = 29,2% και Hb = 9,7mg/dl. Η γυναίκα από προηγούμενο υπερηχογραφικό έλεγχο έχει διαγνωσμένη δίκερο μήτρα, με το δεξιό κέρασ μεγαλύτερο του αριστερού. Από το μαιευτικό ιστορικό αναφέρεται μια αυτόματος έκτρωση στο πρώτο τρίμηνο κύησης και ενδομήτριος θάνατος εμβρύου στις 24 εβδομάδες κύησης μετά από ολιγοδράμιο. Και οι δύο αυτές κύσεις ήταν στο αριστερό (μικρό) κέρασ της μήτρας.

Έγινε ο προγεννητικός έλεγχος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα, εκτός του Ht = 29,2% και Hb = 9,7mg/dl.

Η υπερηχογραφική παρακολούθηση: 7η εβδομάδα κήσεως (ΕΚ): κύηση ομαλά εξελισσόμενη στο δεξιό κέρασ, πλακούς στον πυθμένα του δεξιού κέρατος. 11η ΕΚ: αυχενική διαφάνεια 1,2mm, τράχηλος επαρκής. 17η ΕΚ: κύηση ομαλά εξελισσόμενη, α-test: αρνητικός έλεγχος. 21η ΕΚ υπέρηχος β-επιπέδου: κατά φύση, σχήμα εμβρύου: κάθετο στο δεξιό κέρασ με το διάφραγμα-χώρισμα να βρίσκεται στο ύψος του θώρακα του εμβρύου. 24η ΕΚ: εγκάρσιο σχήμα. Το απεικονιζόμενο έμβryo καταλαμβάνει κυρίως το δεξιό πλάγιο της μήτρας. 33η ΕΚ: έλεγχος ανάπτυξης: κατά φύση, σχήμα εγκάρσιο. Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε: 6η ΕΚ: φυλλικό οξύ 15mg/day. 12η ΕΚ: σίδηρος 80mg και φυλλικό οξύ 5mg/day. 20η ΕΚ: σίδηρος και φυλλικό οξύ, μαγνήσιο 600mgx3, ισοξουπρίνη 10mgx3, ακετυλοσαλικιλικό οξύ 100mg x1, υδροξυπρογεστερόνη καρποική 500 mg δίσ εβδομαδιαίως. 30η ΕΚ: διακοπή ακετυλοσαλικιλικού οξέως. 36η ΕΚ: διακοπή ισοξουπρίνης, μαγνησίου, υδροξυπρογεστερόνης. Αιματοκρίτης 33,2% και αιμοσφαιρίνη 10,5mg. Από την 24η εβδομάδα καταγράφονταν συσπάσεις της μήτρας με αποτέλεσμα την αύξηση της δόσης ισοξουπρίνης και μαγνησίου περιστασιακά. Στην 28η και στις 32η ΕΚ έγινε χορήγηση κορτικοστεροειδών για την πρόληψη του συνδρόμου της αναπνευστικής δυσχέρειας στα πρόωρα βρέφη (celestone chronodose).

Στις 37+1 ΕΚ (υπερηχογραφικά) δι' εγκάρσιας καισαρικής τομής (ΚΤ) επί εγκάρσιου σχήματος του εμβρύου γεννήθηκε ένα, ζωντανό, άρρεν, αρτιμελές βάρους 3060g.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Περιγράφεται περίπτωση εγκύου 29 ετών από την Αλβανία που προσήλθε για παρακολούθηση στην 5η

εβδομάδα της αμηνόρροιας με υπερηχογράφημα που περιέγραφε κύηση 5 εβδομάδων στο δεξιό κέρασ της μήτρας επί δικέρωτος μήτρας (εικόνα 1). Το κληρονομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο.



Εικόνα 1. Υπερηχογράφημα: Στην 5η (πρώτο), 8η (δεύτερο), και 12η (τρίτο) εβδομάδα της κύησης.

Η γυναίκα είχε υποβληθεί σε ινομυοματεκτομή προ βετίας. Δεν γνώριζε για την ανωμαλία της μήτρας της. Το μαιευτικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Ο προγεννητικός έλεγχος ανέδειξε το HbsAg (+). Έγινε περίδεση τραχήλου στην 14η ΕΚ. Η φαρμακευτική αγωγή ήταν φυλλικό οξύ 15mg/day, σίδηρος 80mg 5mg/day, μαγνήσιο 600mgx3, ισοξουπρίνη 10mgx3, ακετυλσαλικυλικό οξύ 100mgx1, υδροξυπρογεστερόνη καρποική 500mg δīs εβδομαδιαίως. Από την 24η εβδομάδα καταγράφονταν συσπάσεις της μήτρας με αποτέλεσμα την αύξηση της δόσης ισοξουπρίνης και μαγνησίου περιστασιακά. Στις 28 και στις 32 ΕΚ έγινε χορήγηση κορτικοστεροειδών. Στις 36 ΕΚ προσήλθε με ερρηγμένο θηλάκιο και γέννησε με επείγουσα ΚΤ εν ζων θήλυ βάρους 3120g.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Επί εγκυμοσύνης, στη διεθνή βιβλιογραφία συνιστάται περίδεση τραχήλου κατά Shirodkar για καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα⁽⁷⁾. Δεν είναι, όμως, απόλυτη ένδειξη. Μετά από συνεκτίμηση υπερήχου του μήκους του τραχήλου και καλλιέργειας κολπικού υγρού αποφασίσαμε να μην την πραγματοποιήσουμε στην πρώτη περίπτωση ενώ έγινε στην δεύτερη. Δεν έγινε χρήση άλλου δείκτη πρόωρου τοκετού.

Σχετικά με την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης επιλέξαμε όπως και άλλοι συγγραφείς⁽⁸⁾ την ασφαλή οδό της καισαρικής τομής και στις δύο περιπτώσεις.

Η πραγματική επίπτωση στον γενικό πληθυσμό είναι δύσκολο να προσδιοριστεί γιατί πρώτον πολλά στοιχεία προέρχονται από μελέτες σε ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας και δεύτερον ότι δεν γίνεται πάντοτε ακριβής διάγνωση ολοκληρωμένη εκτίμηση της μορφολογίας της μήτρας⁽⁸⁾.

Γίνονται συνήθως αντιληπτές μετά την ήβη, κι αυτό γιατί τα συμπτώματα, που προκαλούν έχουν σχέση με την περίοδο, την αναπαραγωγή, την κύηση ή τον τοκετό. Έτσι και στα περιγραφόμενα περιστατικά μας, όσον αφορά στην πρώτη περίπτωση γνώριζε την ανατομική ανωμαλία της, ενώ η δεύτερη το ανακάλυψε στον πρώτο υπερηχογραφικό έλεγχο της κύησης.

Οι αντιφάσεις μεταξύ των διαφόρων ερευνητών που αφορούν στη συχνότητα οφείλεται στις ανακρίβειες των διαγνωστικών αναφερομένων μεθόδων, στην απουσία ενός ενιαίου συστήματος κατάταξης των και στο γεγονός ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες είναι ασυμπτωματικές και έτσι η παθολογία παραμένει αδιάνγνωστη.

Ερευνητές κατέγραψαν, τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε γυναίκες με δίκερο μήτρα να αποκτήσουν παιδί με συγγενείς ανωμαλίες, σε σύγκριση με αυτές με φυσιολογική μήτρα⁽⁹⁾. Οι κυριότερες δυσμορφίες που αναφέρθηκαν ήταν: κατάγματα πλευρών, σκολίωση, ρινική υποπλασία, μικρογοναθία, ανωμαλία τύπου

clubfoot⁽⁹⁾.

Σχετικά με τη διαγνωστική προσέγγιση χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι. Ανάμεσα σε αυτές είναι η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, η υστεροσαλπιγγογραφία, η υστεροσκόπηση, η λαπαροσκόπηση, η μαγνητική τομογραφία, το υπερηχογράφημα (διακολπικό και διακοιλιακό)^(10,11).

Άριστη απεικόνιση του ενδομητρίου και του μυομητρίου μπορεί να απαιτεί την διάταση της κοιλότητας με ορό σε συνάρτηση με ενδοκολπικό 3D (τριδιάστατο) υπερηχογράφημα⁽¹²⁾.

Παρ' ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποτελεί την 1η χρονικά εκτελούμενη εξέταση, λόγω της ευρείας διαθεσιμότητας του, του μικρού χρόνου εξέτασης και του χαμηλού κόστους, υπάρχουν διάφοροι περιορισμοί. Η ποιότητα της εξέτασης εξαρτάται από την εμπειρία του χειριστή, από τις τεχνικές προδιαγραφές του μηχανήματος, από την ύπαρξη αέρα στις υπερκείμενες εντερικές έλικες, από τη δυνατότητα διενέργειας διακολπικού υπερηχογραφήματος (το οποίο θεωρείται ως η αρτιότερη προσέγγιση) ή όχι, όπως σε ασθενείς με κολπικό διάφραγμα.

Η υπερηχογραφική αξιολόγηση της δίκερης μήτρας πρέπει να γίνεται στην εκκριτική φάση του κύκλου, όταν το ενδομήτριο έχει την ικανοποιητικότερη απεικόνιση⁽¹³⁾.

Η ύπαρξη δύο κοιλιοτήτων στη μήτρα κατά την υστεροσαλπιγγογραφική εξέταση δεν μπορεί να διαφοροδιανώσει μεταξύ δίδελφης και δίκερης μήτρας, δύο καταστάσεων με διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Οι περιορισμοί της μαγνητικής τομογραφίας αφορούν την ποιότητα των εικόνων λόγω της κίνησης της ασθενούς, του περισταλτισμού των εντέρων, την ύπαρξη μεταλλικών προθέσεων, ενώ δεν θα πρέπει να αγνοείται και το γεγονός της αντένδειξης πραγματοποίησης της εξέτασης σε ασθενείς που είναι κλειστοφοβικοί, φέρουν βηματοδότες ή είναι παχύσαρκες.

Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος η υστεροσκοπική αποκατάσταση λόγω της σύντομης παραμονής στο νοσοκομείο, των χαμηλών ποσοστών επιπλοκών και νοσηρότητας έναντι της χειρουργικής αντιμετώπισης, με σκοπό τη συνένωση των δύο κεράτων και συνεπώς την αύξηση του όγκου της μήτρας, των χειρουργικών τεχνικών με κύρια την κατά Strassman, την κατά Jones και κατά Tomkins.

Κατά την υστεροσκοπική αντιμετώπιση συνήθως εκτελείται ταυτόχρονη λαπαροσκόπηση, της οποίας ο ρόλος είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς, εκτός της επιβεβαίωσης της διάγνωσης, συμβάλλει και στη μείωση του κινδύνου της διάτρησης της μήτρας κατά την εκτομή του διαφράγματος⁽¹⁴⁾.

Μετά την τοποθέτηση του λαπαροσκοπίου ξεκινά η υστεροσκόπηση, με διαστολή του τραχήλου έως 6mm.

Το διατακτικό μέσο που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν (ψαλίδι, laser, ηλεκτρισμός) για την εκτομή του διαφράγματος. Η εκτομή του διαφράγματος θεωρείται πλήρης όταν το υστεροσκόπιο μπορεί να κινηθεί ελεύθερα από το ένα σαλπγγικό στόμιο στο άλλο και τα σαλπγγικά στόμια μπορούμε να τα δούμε ταυτόχρονα. Η υστεροσκοπική αντιμετώπιση της νόσου έχει το πλεονέκτημα της δυνατότητας κολπικού τοκετού μετά την επέμβαση, δυνατότητα που δεν παρέχεται με τη διακοιλιακή προσπέλαση.

Summary

Economou A, Eliadis M, Panagopoulos P, Petrakos G, Karadaglis S, Chrelias Ch, Salamalekis E

Successful pregnancy and perinatal outcome in two women with partial bicornuate uterus

Hellen Obstet Gynecol 18(3):220-223, 2006

Bicornuate unicollis uterus occurs when the müllerian ducts fuse incompletely at the level of the uterine fundus and the septum does not extend to the internal cervical os. Occasionally it is complicated with infertility problems, and increased risk of spontaneous abortion occurring mainly during the second trimester of pregnancy, or premature delivery.

Müllerian duct anomalies (MDAs) are present in the 15-25% of women with recurrent miscarriage and in about 2-4% of the general population.

In this study we present two cases of successful pregnancy outcome in women with bicornuate unicollis uterus.

Key words: *Bicornuate uterus, pregnancy, delivery.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Propst AM, Hill JA. 3rd Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2000; 18: 341-50.
- Ma S, Bian X, Lang J. Pregnancy and its outcome in women with malformed uterus. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2001; 7:415-7.
- Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 7:1576-81.
- Creatas G, Panagopoulos P. *Ginecologia dell'adolescenza «Progressi clinici» Ginecologia e Ostetricia*. Diretta da: EV Cosmi e GC Di Renzo, Rivista Trimestrale. Piccin Editore Padova (3-4), 2002.
- Shuiqing M, Xuming B, Jinghe L. Pregnancy and its outcome in women with malformed uterus. *Chin Med Sci J* 2002; 4:242-5.
- Simon C, Martinez L, Pardo F, et al. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril* 1991; 6:1192-3.
- Propst AM, Hill JA 3rd. Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2000; 4:341-50.
- Kupesic S. Clinical implications of sonographic detection of uterine anomalies for reproductive outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:387-400.
- Martinez-Frias ML, Bermejo E, Rodriguez-Pinilla E, Frias JL. Congenital Anomalies in the offspring of mothers with bicornuate uterus. *Pediatrics* 1998; 4, E10.
- Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001; 2:161-74.
- Console D, Tamburrini S, Barresi D, Notarangelo L, Bertucci B, Tamburrini O. The value of the MR imaging in the evaluation of Müllerian duct anomalies. *Radiol Med (Torino)* 2001; 4:226-32.
- Woelfer B, Salim R, Banerjee S, Elson J, Regan L, Jurkovic D. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. *Obst Gyn* 2001; 6:1099-103.
- Forstner R, Hricak H. Congenital malformations of uterus and vagina. *Radiologie* 1994; 34: 397-404.
- Donnez J, Nisolle M. Hysteroscopic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992; 4:439-46.