

UDC 618.31-007.251-089.888.19
[https://doi.org/10.32345/USMYJ.3\(132\).2022.42-48](https://doi.org/10.32345/USMYJ.3(132).2022.42-48)

Received: May 05, 2022

Accepted: July 21, 2022

Розрив рудиментарного рогу матки під час вагітності: опис клінічного випадку

Шатохіна Валерія¹, Скурятіна Наталія²

¹ Лікар-інтерн ІПО НМУ імені О.О.Богомольця, Україна

² К.мед.н., асистент кафедри акушерства і гінекології №2 НМУ імені О.О.Богомольця, Україна

Address for correspondence:

Skuriatina Nataliia

E-mail: Nataliaskuryatina@gmail.com

Анотація: в статті описано клінічний випадок розриву рудиментарного рогу матки під час вагітності. Труднощі своєчасної діагностики вагітності в рудиментарному розі матки можуть обумовлювати ургентне оперативне втручання з приводу розриву рогу матки та антенатальної загибелі плода, збільшення частоти акушерських кровотеч, геморагічного шоку та збільшення частоти гемотрансфузій. Метою даного дослідження було продемонструвати варіант розвитку повторної вагітності при однорогій матці з контралатеральним рудиментарним рогом. Матеріалами дослідження слугували дані медичної карти стаціонарної хворої, що включали анамнестичні дані, результати лабораторних та інструментальних досліджень, протокол операцій та епікриз. Вагітна в терміні 16 тижнів поступила до приймального відділення міського пологового будинку у 2020 році у вкрай важкому стані з ознаками гострої внутрішньочеревної кровотечі. Враховуючи тяжкий стан пацієнтки, була виконана ургентна нижньосерединна лапаротомія з ревізією черевної порожнини. Під час операції була виявлена аномалія розвитку матки - однорога матка з контралатеральним рудиментарним рогом, не з'єднаним з порожниною матки та з ознаками перерваної вагітності внаслідок розриву рогу. Тактика оперативного лікування включала відсічення рудиментарного рогу, повний гемостаз, санацією та дренивання черевної порожнини. Паралельно проводилась інтенсивна терапія: трансфузія свіжозамороженої плазми та еритроцитарної маси. Аналіз літературних джерел щодо питань вроджених аномалій матки показав наявність високого ризику розвитку вагітності саме у рудиментарному розі матки та велику частоту ускладнень даної вагітності у вигляді розриву рогу переважно в II триместрі. Систематизація підходів до вирішення проблеми розриву рудиментарного рогу під час вагітності свідчить про надання вищого пріоритету тактиці збереження нормально розвиненого рогу з паралельною інфузійною терапією у веденні пацієнток з розривом рудиментарного рогу матки та відносно нестабільною гемодинамікою. Разом з тим демонструється обговорення успішних випадків планового видалення рудиментарного рогу з плодом та нормальної повторної вагітності за своєчасного виявлення вродженої аномалії матки. Результати опису даного клінічного випадку можуть бути корисними для акушер-гінекологів, загальних хірургів та лікарів ультразвукової діагностики для удосконалення виявлення рідкісних аномалій розвитку жіночої репродуктивної системи в контексті диференційної діагностики причин «гострого живота» у жінок та оптимізації хірургічної тактики лікування ускладнень вагітності у рудиментарному розі матки.

Ключові слова: гемоперитоніум, лапаротомія, Мюллерові протоки, уrogenітальні аномалії, ускладнення вагітності.

Вступ

Вроджені аномалії будови матки спостерігаються у 5,5% серед загальної популяції жінок. Хоча більшість вроджених аномалій будови матки є асимптомними та асоційовані з нормальною репродуктивною функцією (Akhtar, Saravelos, Li, Jayaprakasan, & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020), 24,5% жінок з них мають в анамнезі викидні та безпліддя (Jayaprakasan, K., & Ojha, K., 2022). Мюллерові, або парамезонефральні протоки відіграють важливу роль у закладці та розвитку жіночих внутрішніх статевих органів. Це мезодермальні інвагінації бічної поверхні сечостатевого гребеня, що закладається на 4 тижні ембріогенезу в шийному відділі проміжної мезодерми. В присутності достатньої концентрації естрогенів за одночасної відсутності впливу тестостерону та антимюллерового гормону розвиваються наступні структури: з перших двох частин парамезонефральних проток, разом з опущенням яєчника, розвиваються маткові труби з обох боків, а каудальні частини проток зливаються по середній лінії, утворюючи матково-піхвовий зародок. З останнього розвиваються тіло та шийка матки, а також верхня третина піхви. Варто зазначити, що Мюллерові протоки дають розвиток саме ендометрію, тоді як мезенхіма, що оточувала матково-піхвовий зародок, утворює міометрій та периметрій (Schoenwolf et al., 2021). Приблизно на 12 тижні вагітності матка набуває кінцевої форми, а її розвиток завершується на 22 тижні (e Passos and Britto, 2020).

При повній або частковій атрезії однієї з Мюллерових проток виникає вроджена аномалія розвитку – однорога матка (Schoenwolf et al., 2021). Нині вважається прийнятною мультифакторіальна природа аномалій розвитку. Серед різноманітних епігенетичних факторів, у даному випадку можуть бути цікавими гени, що пов'язані з розвитком такої аномалії – здебільшого це HNF1B, LHX1, RBM8A, TBX6, WNT4, WNT5A, WNT7A, WNT9B (Jacquinet et al., 2016). При даній аномалії з одного боку наявні тіло матки, нормальна шийка матки, нормальна кругла зв'язка і одна фаллопієва труба з яєчником. На протилежній стороні Мюллерова протока розвивається аномально, й може бути виявлена агенезія або частіше (у

84% випадків) рудиментарний матковий ріг разом з фаллопієвою трубою та яєчником. (Li et al., 2019). Рудиментарний ріг частіше не з'єднується з «основною» маткою. Порожни-на рудиментарного рогу може бути облітерована або містити елементи функціонального шару ендометрія, що залежить від ступеню атрезії Мюллерової протоки на етапі ембріогенезу (Schoenwolf et al., 2021). Таким чином, розвиток вагітності можливий і у рудиментарному розі через внутрішньочеревну міграцію сперматозоїдів з контралатеральної маткової труби до рудиментарного рогу з заплідненням яйцеклітини. (Hoffman et al., 2020).

Частота виникнення вагітності в рудиментарному розі матки досить низька - 1:76000-150000 всіх вагітностей (Rodrigues et al., 2019). Прогноз при такому розвитку вагітності несприятливий: частота спонтанних викидней у I триместрі – 24,3%, у II триместрі – 9,7%, а більшість випадків переривання вагітності у II триместрі (80-90%) ускладнюється розривом рудиментарного рогу, в якому розвивався плід (Li et al., 2019).

На жаль, діагностика таких випадків утруднена: лише 8% вагітностей у рудиментарному розі виявляються до появи симптомів (Zhang et al., 2020). Несвоєчасна діагностика такої вагітності призводить до ургентного оперативного втручання з приводу розриву рогу та антенатальної загибелі плода, збільшення частоти акушерських кровотеч, геморагічного шоку та збільшення частоти гемотрансфузій (Fouelifack et al., 2014). Також диференційна діагностика за симптомами «гострого живота» при розриві рудиментарного рогу матки може бути ускладнена більш поширеними станами, такими як переривання трубної вагітності чи апендицит. Це призводить до відкладеного надання медичної допомоги через залучення абдомінальних хірургів для проведення додаткової діагностики (Hussain et al., 2018). Отже, вищеперераховані фактори знижують якість надання медичної допомоги вагітним з даною патологією.

Мета

Метою даного дослідження було продемонструвати варіант розвитку повторної вагітності при однорогій матці з контралатеральним рудиментарним рогом. Особливістю випадку

є той факт, що перша вагітність розвивалась в нормальному розі матки, а про рудиментарної риг стало відомо до настання другої вагітності, тому цей опис цінний для акушер-гінекологів, педіатрів та хірургів в аспекті діагностики вроджених аномалій статевих органів, диференційної діагностики причин «гострого живота» та аналізу прогнозу репродуктивної функції у жінок з виявленим та збереженим рудиментарним рогом матки.

Матеріали

Матеріалами дослідження слугували дані медичної карти стаціонарної хворої, що включали анамнестичні дані, результати лабораторних та інструментальних досліджень, протоколи операцій та епікриз.

Опис клінічного випадку

Вагітна Д., 26 років, 20.02.2020р. о 09:25 поступила до гінекологічного відділення міського пологового будинку у вкрай важкому стані. Зі слів осіб, що її супроводжували, у пацієнтки з 06:30 посилювався біль внизу живота, який періодично турбував жінку з 16.02.2020р., а також з'явився рідкий стілець. З метою лікування пацієнтка самостійно приймала дротаверину 40 мг перорально. На облік з вагітності не перебувала. Термін гестації (за даними першого дня останньої менструації) 16 тижнів.

Пацієнтка мала обтяжений акушерський анамнез: перша вагітність завершилась в 2015р. антенатальною загибеллю плода на 31 тижні та наступною індукцією вагінальних пологів з розродженням. Також був обтяжений гінекологічний анамнез: вроджена аномалія розвитку матки - однорога матка з контрлатеральним рудиментарним рогом, не з'єднаним з порожниною матки; цервікальна інтраепітеліальна неоплазія легкого ступеня тяжкості. З анамнезу встановлено, що при першій вагітності плід розвивався не в рудиментарному розі матки, а причина антенатальної загибелі плода невідома. Мав місце й обтяжений соматичний анамнез: наявна неуточнена бронхіальна астма (періодичний прийом інгаляційного сальбутамолу).

Дані об'єктивного огляду на момент госпіталізації: пацієнтка в стані оглушення, контакт частковий. Артеріальний тиск 60/00 мм

рт. ст., пульс 120 ударів за хвилину, частота дихання - 30 за 1 хвилину, шоківий індекс становив - 2. Передня черевна стінка напружена, живіт здутий, болісний при пальпації. Піхвові дослідженням не проводилось через скарги на сильний біль та відсутність інформованої згоди пацієнтки та осіб, що її супроводжували.

Дані ультразвукового дослідження органів черевної порожнини (20.02.2020р.) - в черевній порожнині візуалізується вільна дрібнодисперсна рідина, матка неправильної форми, поза маткою мертвий плід, який відповідає приблизно 16 тижням вагітності.

Попередній діагноз: Вагітність II, 16 тижнів, завмерла. Аномалія розвитку матки. Розрив матки (?) Гемоперитонеум. Геморагічний шок III ступеня.

Враховуючи важкий стан пацієнтки, була показана ургентна діагностично-лікувальна лапаротомія, на проведення якої надана інформована згода матері пацієнтки. 20.02.2020 о 09:45 виконана нижньосередина лапаротомія. Ревізія черевної порожнини: у черевній порожнині виявлено приблизно 2 500,0 мл. рідкої крові із згортками, мертвий плід чоловічої статі з плацентою та пуповиною, подвоєння матки з розривом дна рудиментарного рога справа, з'єднаним з великим чепцем. Обсяг хірургічного втручання включав наступне: видалення рудиментарного рогу матки, повний гемостаз, дренивання черевної порожнини. Одночасно проводили інтенсивну терапію під час операції (трансфузію свіжозамороженої плазми та еритроцитарної маси в загальній кількості 1960,0 мл). Рудиментарний риг матки, плід, плацента та зішкріб з матки були відправлені на патогістологічне дослідження.

Клінічний діагноз: Вагітність II, 16 тижнів, завмерла. Аномалія розвитку матки - однорога матка з контрлатеральним рудиментарним рогом, не з'єднаним з порожниною матки. Розрив рудиментарного рога. Гемоперитонеум. Геморагічний шок III ступеня. Нижньосередина лапаротомія. Видалення рудиментарного рога матки. Дренивання черевної порожнини. Гемотрансфузія.

В післяопераційному періоді стан пацієнтки з позитивною динамікою, середнього ступеня важкості. 21.02.2020 з'явилися помірні

кров'яні виділення зі статевих шляхів. Діурез по постійному уретральному катетеру 3600,0 мл, водний баланс - 100 мл. Результати лабораторних обстежень: в загальному аналізі крові - нормохромна анемія легкого ступеня (гемоглобін = 94 г/л, еритроцити = $2,85 \times 10^9$ /л); в коагулограмі та біохімічному аналізі крові - показники в межах норми; в загальному аналізі сечі - протеїнурія 0,066 г/л, незначна еритроцитурія. Під час проведення ультразвукового дослідження черевної порожнини та малого таза вільної рідини не виявлено, в матці - значне потовщення ендометрію (до 15 мм). Вирішено провести дилатацію та інструментальну ревізію стінок порожнини матки за інформованої згоди пацієнтки. Під час даної маніпуляції було видалено децидуально-реактивнозмінений ендометрій та згортки крові.

24.02.2020 пацієнтка була переведена в гінекологічне відділення того ж міського полового будинку у стабільному стані для продовження антианемічної та антибактеріальної терапії. 27.02.2020 жінка була виписана у стабільному задовільному стані під нагляд лікаря жіночої консультації за місцем проживання. Жінці надані рекомендації щодо амбулаторного спостереження та лікування. Прогноз для реалізації репродуктивної функції оцінено як відносно сприятливий.

Обговорення

Ведення пацієнток з такою вродженою аномалією розвитку, як однорога матка з контралатеральним рудиментарним рогом, може представляти собою складне завдання. Перш за все, труднощі виникають у діагностиці цієї патології як до, так і під час вагітності. За даними літератури, описана патологія в більшості випадків має безсимптомний перебіг, але і може асоціюватись з дисменореєю та ендометріозом (Hoffman et al., 2020). Внаслідок того, що розвиток статевої системи тісно пов'язаний з розвитком сечовидільної системи, у 40% випадків з даною вродженою аномалією розвитку матки виявляють супутню іпсилатеральну агенезію нирки (Hoffman et al., 2020). Також така матка може зустрічатись при наступних множинних вроджених вадах розвитку, таких як: синдром Ней – Лаксової, синдром Патау, акро-ренально-мандібуляр-

ний синдром, асоціація симптомів VATER/VACTERL (Jacquinet et al., 2016). Саме тому, до настання вагітності за наявності неспецифічного болювого синдрому в малому тазу чи вищенаведених синдромів слід виключати й вроджені аномалії розвитку матки.

«Золотими стандартами діагностики» вагітності в рудиментарному розі матки є магнітно-резонансна томографія та ультразвукове дослідження (Zhang et al., 2020). Попри це, деякі дослідники вважають загалом діагностичну точність обох цих методів незадовільною через низьку частоту виявлення випадків вагітності у рудиментарному розі до його розриву (Zhang et al., 2020). Додатковими методами діагностики даної патології є гістеросальпінгографія, гістероскопія та лапароскопія, які доцільно використовувати до настання вагітності (Li et al., 2019).

В описаному клінічному випадку пацієнтка була інформована про діагностовану у неї під час першої вагітності вроджену аномалію розвитку матки за результатами ультразвукового дослідження. Наявність даної інформації надавало перевагу у виборі тактики ведення вагітності та профілактики її ускладнень під час прегравідарної підготовки.

Іншими особливостями даного клінічного випадку були: відсутність своєчасного взяття на облік з вагітності, невиконання вагітною пренатального комбінованого скринінгу I триместру, відсутність ультразвукового дослідження органів малого тазу та черевної порожнини при появі болю внизу живота. Можливо ці заходи дозволити б своєчасно діагностувати локалізацію плідного яйця/плода та надати кваліфіковану допомогу лікарем акушер-гінекологом. Існують публікації про успішне неінвазивне виявлення вагітності у рудиментарному розі до його розриву та/або подальше хірургічне втручання навіть при появі «передвісників розриву» при стабільній гемодинаміці (Chatziioannidou et al., 2020, Bruand et al., 2020).

Як було вище зазначено, прогноз щодо розвитку вагітності у рудиментарному розі несприятливий. За даними літератури частота живонародження при даній патології невисока: в одних публікаціях - близько 6 %

(Rodrigues et al., 2019, Siwatch et al., 2013), а в інших – близько 29% (Li et al., 2019, Caserta et al., 2014). Це підтверджується й наявністю лише поодиноких описів клінічних випадків успішного виношування вагітності у рудиментарному розі матки з живонародженням (Zhang et al., 2020, Hosseinirad H. et al., 2021). Високий ризик ускладненого перебігу та переривання вагітності обумовлений неповноцінним розвитком міометрія рудиментарного рогу, високою частотою супутньої placenta percreta (Yassin et al., 2019), а також наявністю лише однієї маткової артерії з недостатністю кровопостачання рудиментарного рогу матки колатеральними артеріолами при даній вродженій аномалії (e Passos and Britto, 2020).

Враховуючи високий ризик розриву рудиментарного рогу матки та антенатальної загибелі плода, найбільш оптимальною тактикою ведення пацієток з діагностованою вагітністю в рудиментарному розі є планове переривання даної вагітності з видаленням рудиментарного рогу матки. В сучасних наукових публікаціях автори частіше обирають лапароскопічне висічення рудиментарного рогу матки, опціонально виконують сальпінгектомію з боку рудиментарного рогу. В якості передопераційної підготовки використовують метотрексат, який вводиться внутрішньоамніотично (Ueda et al., 2021). Слід зазначити, що деякі дослідники вважають таку тактику доцільною у першому триместрі, тоді як у другому триместрі через вищий ризик ускладнень під час хірургічного втручання краще обирати або лапаротомію, або лапароскопію з іншою передопераційною підготовкою (Yassin et al., 2019). Частіше передопераційна підготовка є поєднаною, до її складу можуть входити: внутрішньом'язове (вагітній) та внутрішньоамніотичне введення метотрексату (Rodrigues et al., 2019), прийом метотрексату та внутрішньосерцеве введення калій хлориду плоду (Yassin et al., 2019). Усі малоінвазивні маніпуляції здійснюються під контролем ультразвукового дослідження. Розвиток плідного яйця до та після маніпуляцій контролюють шляхом визначення β -хоріонічного гонадотропіну людини та виконанням ультразвукового обстеження чи магнітно-резонансної томографії. Як правило, хірургічне

втручання здійснюють через 4-7 тижнів після підготовки (Rodrigues et al., 2019, Yassin et al., 2019).

Перспективним питанням, щодо тактики ведення пацієтки в наведеному випадку можливо було видалення рудиментарного рогу до настання вагітності для покращення репродуктивних наслідків (виношування плода в нормально розвиненому розі матки, уникнення ризику розвитку вагітності в рудиментарному розі з подальшими ускладненнями). Випадки вагітності в нормально розвиненому розі матки з живонародженням після попереднього видалення рудиментарного рогу (Brady et al., 2018), а також після видалення рудиментарного рогу під час операції кесарського розтину (Kathpalia, 2018) описані в літературі. Проте не можна сказати точно, чи варто рутинно рекомендувати такі хірургічні втручання, оскільки відсутні систематичні огляди публікацій та рекомендації з ведення вагітності у рудиментарному розі.

Висновки

Таким чином, опис даного клінічного випадку з систематизацією літературних джерел та підходів до вирішення проблеми ведення пацієток з вродженими аномаліями матки демонструє першочерговість органозберігаючих операцій (видалення рудиментарного рогу зі збереженням контралатерального нормально розвиненого) в наданні невідкладної допомоги при розриві рудиментарного рогу. Результати даної статті мають важливе практичне значення для акушер-гінекологів, загальних хірургів та лікарів ультразвукової діагностики в питанні диференційної діагностики причин «гострого живота» під час вагітності. Однак залишаються відкритими питання рутинного видалення рудиментарного рогу матки до настання вагітності за своєчасної діагностики та вибору правильної тактики планового переривання вагітності у рудиментарному розі.

Фінансування

Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Конфлікт інтересів

При написанні даної статті у авторів був відсутній конфлікт інтересів у будь-якій формі.

Згода на публікацію

У даній статті всі особисті дані пацієнта та дані, що могли б вказувати на його місце перебування, консультування та лікування, приховані. Згода пацієнта на публікацію не отримувалась, враховуючи вищезазначені обставини.

ORCID ID та внесок авторів

[0000-0001-5036-9701](https://orcid.org/0000-0001-5036-9701) (A,C,D)Shatokhina Valeriia

[0000-0003-0050-691X](https://orcid.org/0000-0003-0050-691X) (B,E,F) Skuriatina

Nataliia

A – Research concept and design,
B – Collection and/or assembly of data,
C – Data analysis and interpretation,
D – Writing the article,
E – Critical revision of the article,
F – Final approval of article

ЛІТЕРАТУРА

- Akhtar, M. A., Saravelos, S. H., Li, T. C., Jayaprakasan, K., & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2020). Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies: Scientific Impact Paper No. 62 November 2019. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 127(5), e1–e13.
- Brady, P. C., Molina, R. L., Muto, M. G., Stapp, B., & Srouji, S. S. (2018). Diagnosis and management of a heterotopic pregnancy and ruptured rudimentary uterine horn. Fertility research and practice, 4(1), 1-4.
- Bruand, M., Thubert, T., Winer, N., Guedry, P., & Dochez, V. (2020). Rupture of non-communicating rudimentary horn of uterus at 12 weeks' gestation. Cureus, 12(3).
- Caserta, D., Mallozzi, M., Meldolesi, C., Bianchi, P., & Moscarini, M. (2014). Pregnancy in a unicornuate uterus: a case report. Journal of medical case reports, 8(1), 1-4.
- Chatziioannidou, K., Fehlmann, A., & Dubuisson, J. (2020). Case report: Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a rudimentary non-communicating uterine horn. Frontiers in Surgery, 7, 85.
- e Passos, I. D. M. P., & Britto, R. L. (2020). Diagnosis and treatment of müllerian malformations. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 59(2), 183-188.
- Fouelifack, F. Y., Fouogue, J. T., Messi, J. O., Kamga, D. T., Fouedjio, J. H., & Sando, Z. (2014). Spontaneous second-trimester ruptured pregnancy of rudimentary horn: a case report in Yaounde, Cameroon. The Pan African Medical Journal, 18.
- Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Bradshaw, K. D., Halvorson, L. M., Schaffer, J. I., & Corton, M. M. (2020). Williams gynecology. McGraw Hill Professional.
- Hosseini-rad H, Yadegari P, Falahieh FM, Shahrestanaki J.K., Karimi B., Afsharzadeh N., Sadeghi Y. (2021). The impact of congenital uterine abnormalities on pregnancy and fertility: a literature review. JBRA Assist Reprod. 25(4): 608-616.
- Hussain, A., Jawaid, H., Faisal, N., Shah, N., & Kamal, N. S. (2018). Ruptured Rudimentary Horn Pregnancy Revealed on Emergency Laparotomy: A Case of Primigravida Presenting in a Developing Country. Cureus, 10(5).
- Jacquinet, A., Millar, D., & Lehman, A. (2016). Etiologies of uterine malformations. American Journal of Medical Genetics Part A, 170(8), 2141-2172.
- Jayaprakasan, K., & Ojha, K. (2022). Diagnosis of Congenital Uterine Abnormalities: Practical Considerations. Journal of Clinical Medicine, 11(5), 1251.
- Kathpalia, S. (2018). Rudimentary horn—different clinical presentations. Obstet Gynecol Int J,9(6), 440-442.
- Li, X., Peng, P., Liu, X., Chen, W., Liu, J., Yang, J., & Bian, X. (2019). The pregnancy outcomes of patients with rudimentary uterine horn: a 30-year experience. PLoS One, 14(1), e0210788.
- Rodrigues, Â., Neves, A. R., Castro, M. G., Branco, M., Geraldês, F., & Águas, F. (2019). Successful management of a rudimentary uterine horn ectopic pregnancy by combining methotrexate and surgery: a case report. Case reports in women's health, 24, e00158.
- Siwatch, S., Mehra, R., Pandher, D. K., & Huria, A. (2013). Rudimentary horn pregnancy: a 10-year experience and review of literature. Archives of gynecology and obstetrics, 287(4), 687-695.
- Schoenwolf G. C., Bleyl S. B., Brauer P.R. & Francis-West P. H. (2021). Larsen's Human Embryology (6th ed.). Elsevier.
- Ueda M., Ota K., Takahashi T., Suzuki S., Suzuki D., Kyo-zuka H., Jimbo M., Soeda S., Watanabe T., Fujimori K. (2021) Successful pregnancy and term delivery after treatment of unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn pregnancy with local methotrexate injection followed by laparoscopic resection: a case report and literature review. BMC Pregnancy Childbirth 21, 715.
- Yassin, A., Munaza, S., & Mohammed, A. (2019). Tale of rudimentary horn pregnancy: case reports and literature review. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 32(4), 671-676.
- Zhang, Y., Pang, Y., Zhang, X., Zhao, Z., & Liu, P. (2020). Full-term pregnancy in a rudimentary horn with a live fetus: A case report. Medicine, 99(34).

Rupture of the rudimentary uterine horn during pregnancy: a clinical case

Shatokhina Valeriia¹, Skuriatina Nataliia²

¹ Resident doctor of Institute of Postgraduate Education in Bohomolets National medical university, Ukraine

² Candidate of Medical Sciences, teaching assistant of Obstetrics and Gynecology Department No.2 of Bohomolets National medical university, Ukraine

Address for correspondence:

Skuriatina Nataliia

E-mail: Nataliaskuryatina@gmail.com

Abstract: this article describes a clinical case of a ruptured rudimentary uterine horn during pregnancy. Difficulties in timely diagnosis of pregnancy in a rudimentary uterine horn can result in urgent surgical intervention for uterine horn rupture and antenatal fetal death, increased frequency of obstetric bleeding, hemorrhagic shock, and increased frequency of hemotransfusions. The aim of this study was to demonstrate the variant of recurrent pregnancy, which was developed in a non-communicating rudimentary horn of a unicornuate uterus. The materials of the study was data of medical history, which included anamnestic data, results of laboratory and instrumental studies, surgical protocol, and epicrisis. A 16-weeks pregnant woman was admitted to the emergency department of the maternity hospital in an extremely severe condition with signs of acute intraabdominal hemorrhage in 2020. According the situation, an urgent lower midline laparotomy and abdominal cavity revision were performed. An abnormality of the development of the uterus was revealed during the operation - a one-horned uterus with a contralateral rudimentary horn not connected to the uterine cavity and with signs of an interrupted pregnancy due to a rupture of the horn. Tactics of operative treatment included rudimentary horn's resection, complete hemostasis, sanation and drainage of the abdominal cavity. Also, an intensive therapy was performed, which included transfusion of fresh frozen plasma and red cell mass. The systematization of literary sources on the issues of congenital anomalies of the uterus showed a high risk of pregnancy development in the rudimentary horn of the uterus and a high frequency of complications of this pregnancy in the form of horn rupture, mainly in the second trimester. The systematization of approaches to solving the problem of rudimentary horn rupture during pregnancy shows that a higher priority is given to the tactics of preserving a normally developed horn with infusion therapy in the management of patients with rupture of the rudimentary horn of the uterus and relatively unstable hemodynamics. At the same time, a discussion of successful cases of planned rudimentary horn's resection with the fetus and normal recurrent pregnancy is demonstrated. The results of this clinical case may be useful for obstetricians, general surgeons, and ultrasound diagnostic specialists to improve the detection of rare anomalies of the female reproductive system in differential diagnosis of "acute abdomen" causes in women and optimize surgical tactics for the treatment of pregnancy complications in the rudimentary uterine horn.

Key words: hemoperitoneum, laparotomy, mullerian ducts, pregnancy complications, urogenital abnormalities.



Copyright: © 2022 by the authors.
Licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.
This article is an **open access** article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.