

Akut karın ile prezente olan spontan heterotopik gebelik olgu sunusu

Şadman KIYKAÇ ALTINBAŞ (*), Tuğba ZENGİN (**), Kübra ZENGİN (**), Volkan KURTARAN (*),
Orhan GELİŞEN (***)

ÖZET

Spontan heterotopik gebelik ender karşılaşılan bir durumdur. Olgu, 8 hafta 2 günlük intrauterin tek canlı gebeliği olan şiddetli kasık ağrısı yakınması ile acil servise başvuran bir hastaydı. Yapılan ultrasonografide sol rüptüre tubal gebeliğin de tespiti üzerine hastaya laparoskopik sol salpenjektomi yapıldı. Postoperatif kontrolünde 12 haftalık canlı intrauterin gebeliğin sorunsuz devam ettiği izlendi. Karın ağrısı yakınması ile gelen bir hastada intrauterin gebelik tespit edilse dahi, heterotopik gebelik akılda tutulması gereken bir ayırıcı tanı olmalıdır. Bu makalede spontan gebelik ile birlikte akut karın bulgularına yol açan heterotopik gebelik olgusunun güncel literatür bilgileri ışığında sunumu planlandı.

Anahtar kelimeler: Heterotopik gebelik, spontan gebelik, akut batın

Heterotopik gebelik (HG), intrauterin ve ektopik gebeliklerin aynı anda oluşması durumudur ⁽¹⁾. Spontan HG oldukça ender bir klinik durum olup, tahmini insidansı 1/8.000 ile 1/30.000 olarak bildirilmiştir ⁽²⁾. Yapılan çalışmalarda son dönemde ön plana çıkan yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebelikler göz önüne alındığında insidansın 1/100'e kadar çıkabildiği de bildirilmektedir ⁽³⁾. HG akut batına neden olabilen, geç tanı konulduğunda maternal morbidite ve mortaliteye yol açabilen ciddi bir obstetrik durumdur. Bu yazıda spontan intrauterin gebelik ile eşzamanlı oluşan tubal rüptüre ektopik gebelik olgusunun literatür ışığında sunulması planlandı.

SUMMARY

Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with acute abdomen

Spontaneous heterotopic pregnancy is seen very rarely. The patient who had a 8-week intrauterine alive singleton pregnancy applied to the emergency department with a severe inguinal pain. An ultrasound scan revealed left tubal ectopic ruptured pregnancy, and left total salpingectomy was performed. On her postoperative control a 12-week intrauterine fetus was seen at the last antenatal visit. It should be kept in mind that in a pregnant woman with pelvic pain, heterotopic pregnancy should be considered in the differential diagnosis. Herein, a spontaneous heterotopic pregnancy complicated with acute abdomen is presented in the light of the literature findings.

Key words: Heterotopic pregnancy, spontaneous pregnancy, acute abdomen

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında gravida 2, parite 0, abort 1 olan hasta kasık ağrısı yakınması ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde uterus 2 aylık gebelik iriliğinde, batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcut olup, vajinal kanaması yoktu. Hastanın hemoglobin (Hb) değeri 8,5 gr/dL, hematokrit (Hct) % 28.1, beyaz küre 9.300/mm³ ve biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. Yapılan transvajinal ultrasonografide (TVUSG) intrauterin 8 hafta 2 gün ile uyumlu tek canlı gebelik ile birlikte, sol adneksiyel alanda 39x16 mm uterin kornuya yakın ektopik gebelik materyali, etrafında 120x76 mm koagulum ve sıvı koleksiyonu, Douglas lojunda 68x15 mm, dalak lojunda 105x80 mm ve sol parakolik alanda 105x30

Geliş tarihi: 10.05.2013

Kabul tarihi: 23.07.2013

Elilik Zubeyde Hanim Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Uzm. Dr.*; Ass. Dr.**; Doç. Dr.***)

mm sıvı koleksiyonu tespit edildi. Hastanın durumu stabil ve laparoskopi şartlarına uygun olduğu tespiti sonrası, laparoskopi ile operasyonu planlandı. Operasyonda sol tubada kornu ve interstisyumu içine alacak şekilde 3 cm'lik ektopik gebelik materyalinin rüptüre halde olduğu, batin içinde yaklaşık 500 cc defibrine kan olduğu görüldü. Peritoneal lavaj, aspirasyon ve sol salpenjektomi yapıldı ve alınan materyal patolojiye gönderildi; "frozen" patoloji sonucu tubal koryon villusları şeklinde rapor edildi. İki ünite eritrosit süspansiyonu verilen hastanın postoperatif 2. gün yapılan ultrasonografisinde intrauterin 8 haftalık canlı gebeliğinin devam ettiği görüldü, postoperatif 3. günde sorunsuz olarak taburculuğu planlandı. Hastanın halen 12 haftalık gebeliği sorunsuz şekilde devam etmekte olup, takipleri antenatal polikliniğimizde yapılmaktadır.

TARTIŞMA

Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı ile birlikte HG insidansı artmıştır, özellikle spontan sikluslarda HG insidansının düşük olduğu literatürde belirtilmiştir⁽⁴⁾. HG, intrauterin gebelikte birlikte tubal, ovaryan, servikal, kornual veya abdominal gebelik şeklinde görülebilmektedir^(5,6) ve predispozan faktörler ektopik gebelik ile benzerlik göstermektedir; tubal motilite ve tubal yapıyı etkileyen herhangi bir durum (geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, geçirilmiş tubal cerrahi), endometriyozis bu risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Bu faktörlerin HG için iki başlıkta toplanabileceği belirtilmiştir: ⁽¹⁾ yardımcı üreme teknikleri; transfer edilen embriyo sayısının birden fazla olması ile HG riski artış gösterirken, ⁽²⁾ tubal hasar ile ilişkili diğer faktörler şeklinde sıralanmıştır^(7,8).

Hastaların başvuru yakınmaları değişkenlik göstermekle birlikte, Reece ve ark.⁽⁹⁾ 66 heterotopik gebeliği inceledikleri yazılarında HG için en belirgin belirti ve bulguları karın ağrısı, adneksiyel kitle, peritoneal irritasyon ve büyümüş uterus şeklinde 4 başlıkta toplamışlardır. Sunulan olgu açısından değerlendirilecek olursa, olgumuz akut batin tablosu ile prezente olmuş ve hem tubal hem de int-

rauterin gebeliklerin aynı anda görüntülenmesi ile tanı konmuştur. Görüntüleme teknikleri günümüzde oldukça gelişmiş olmasına karşın, bu olguda da görüldüğü şekilde HG tanısı hastaların büyük kısmında akut batin tablosuyla karşımıza çıkmaktadır. İntrauterin gebeliğin izlenmiş olması birçok olguda HG tanısını geciktirmektedir⁽⁶⁾. Vajinal kanaması ve kasık ağrısı olan hastalarda ilk tanı düşük tehdidi olmaktadır. Ancak hatırda tutulması gereken nokta, özellikle yardımcı üreme tekniği ya da ovulasyon indüksiyonu gibi bir faktör söz konusu ise HG'nin de gerekliliğidir.

İntrauterin gebeliğin varlığı tanıda β -HCG kullanımını sınırlamaktadır. Transvajinal ultrason ve tüm pelvisin değerlendirilmesi tanı açısından oldukça önemlidir. Ancak bahsedildiği üzere, hastanın değerlendirilmesinde tanının akla getirilmesi çok önemlidir, birçok olgu yalnız intrauterin gebeliğin görülmesi, ekstrauterin gebeliğin görülmemesi nedenleriyle fark edilmemekte, erken teşhis konamaktadır. Bizim olgumuz da 6. gebelik haftasında dış merkezde değerlendirilip 2 hafta sonra kontrole çağırılan intrauterin gebelik tanısı almış olan bir hastadır, ilk antenatal izleminde yakınmasının olmaması, USG ile kalp atımları izlenen bir fetusun görülmüş olması, erken dönemde ekstrauterin gebeliklerin asemptomatik olması nedenleriyle tanı konulamamıştır. Bunun yanında spontan gebelik olması, asemptomatik olması ve eşlik eden risk faktörünün bulunmaması (ovulasyon indüksiyonu, vs.) tanıyı geciktirmiştir. Bu gebeliklerin erken teşhis ve uygun tedavisi, hasta ve fetusun morbidite ve mortalitesi, hastanın gelecekteki fertilitate istemleri açısından önemlidir.

Tedaviyi şekillendiren hastanın kabulündeki tablosudur. Hemodinamisi bozulmuş olan hastalarda acil şartlarda cerrahi (laparotomi, laparoskopi) planlanırken, cerrahi tedavinin şeklini hastanın ileri dönemdeki çocuk istemi, cerrahın deneyim ve becerisi belirlemektedir. Rüptür ve hemoperitoneum varlığında, bizim olgumuzda da yapıldığı şekilde cerrahi tedavi tek seçenektir. USG eşliğinde intakt tubal ektopik gebelik materyaline potasyum klorür enjek-

siyonu ya da metotreksat tedavisi yapılabilmektedir^(10,11). Bununla birlikte metotreksatın intrauterin gebeliğe zararlı etkileri olabileceği için kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir⁽¹⁰⁾. Ancak intrauterin gebeliğin istenmediği durumlarda sistemik metotreksat tedavisi başarıyla uygulanmaktadır. Laparotomi gerektiren akut olgularda intrauterin gebeliğin devamı için uterusu minimal travma ve minimal anestezi ile operasyon tamamlanmalıdır. Heterotopik gebeliğin intrauterin komponenti, normal intrauterin gebelik ile karşılaştırıldığında 2-3 kat daha fazla düşükle sonlanmaktadır⁽¹²⁾. operasyon sırasında özellikle korpus luteum içeren overin kan akımının korunmasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bunun yanında cerrahi tercihte akılda tutulması gereken bir diğer önemli nokta kornual, servikal ve sezaryen skarı non-tubal gebeliklerin kanama ve sonrasında histerektomi ile ilişkili olan riskli durumlarıdır. Hasta durumu hakkında bilgilendirilmeli, eğer şartlar stabil ise lokal ya da sistemik tedaviler tercih nedeni olmalıdır.

SONUÇ

Spontan heterotopik gebelik oldukça ender görülmesine rağmen, maternal fetal mortalite ve morbidite ile seyrebilen bir durumdur. Kasık ağrısı, peritoneal irritasyon bulguları ile başvuran tüm birinci trimester gebeliklerde özellikle de YÜT gebeliği söz konusu ise, heterotopik gebelik ayırıcı tanısı akılda tutulmalıdır. Bu yakınmalarla başvuran hastalarda USG ile intrauterin gebelik görülmüş olsa dahi, tüm pelvis dikkatli şekilde incelenmeli, ayırıcı tanıda heterotopik gebelik düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Thakur R, El-Menabawey M.** Combined intra-uterine and extrauterine pregnancy associated with mild hyperstimulation syndrome after clomiphene ovulation induction.

Hum Reprod 1996;11:1583-4.

<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019442>
PMid:8671509

2. **Kamath MS, Aleyamma TK, Muthukumar K, Kumar RM, George K.** A rare case report: ovarian heterotopic pregnancy after in vitro fertilization. *Fertil and Steril* 2010;94:1910.e9-11.
3. **Tandon R, Goel P, Saha PK, Devi L.** Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2009;3:8153-8155. <http://dx.doi.org/10.4076/1752-1947-3-8153>
PMid:19830219 PMCid:PMC2726514
4. **Schroepfel TJ, Kothari SN.** Heterotopic pregnancy: a rare cause of hemoperitoneum and the acute abdomen. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:138-140. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-006-0150-2>
PMid:16598477
5. **Wang PH, Chao HT, Tseng JY, Yang TS, Chang SP, Yuan CC.** Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies: a case report and a brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;80:267-271. [http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115\(98\)00116-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115(98)00116-X)
6. **Özkan ZS, Şimşek M, Çılgın H.** Spontan Siklusta Rahimiçi Araçla Birliktelik Gösteren Heterotopik Gebelik Olgusu ve Kısa Literatür Değerlendirmesi. *F.Ü. Sağlık Bilim Tıp Derg* 2010;24:201-204.
7. **Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR.** Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2011;31:7-12. <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2010.522749>
PMid:21280985
8. **Ercan CM, Sakıncı M, Keskin U, Çoksüer H, Balıkcı E, Ergün A.** Spontan siklusta heterotopik gebelik olgusu. *Perinatoloji Dergisi* 2012;20:63-67.
9. **Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD.** Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-330. PMid:6344638
10. **Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivenne SF, Frydman R.** Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. *Fertil Steril* 1993;60:428-432. PMid:8375521
11. **Oyawoye S, Chander B, Pavlovic B, et al.** Heterotopic pregnancy: successful management with aspiration of corneal/interstitial gestational sac and instillation of small dose of methotrexate. *Fetal Diagn Ther* 2003;18:1-4. <http://dx.doi.org/10.1159/000066374>
PMid:12566766
12. **Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC.** A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril* 2007;87:303-309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.037>
PMid:17113092