

Kornual Ektopik Gebelikte Yönetim: İki Olgu Sunumu

The Management of Cornual Ectopic Pregnancy: Two Case Reports

Erbil KARAMAN, Bekir GÜLAÇ, Yasemin KARAMAN, Derya UYAN HENDEM, Ağahan HAN
İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Kornual ektopik gebelik, ektopik gebeliklerin % 2-4'ünü oluşturan ve % 5'e varan maternal mortalite ile seyreden nadir bir durumdur. Erken tanı ve uygun tedavi şekli bu hastalarda hem yaşam kurtarıcı hem de fertilitiyi koruyucu olabilmektedir. Ultrason ile intrauterin gebelik olarak yanlış tanı konulabilecek nadir bir ektopik gebelik formudur. Burada iki kornual ektopik gebelik olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: Otuz iki yaşında Gravida 3, Parite 2, Abortus 0 olan hastaya ultrasonografi ile önce hatalı olarak intrauterin gebelik tanısı konulmuş ve küretaj yapılmış, sonrasında kornual ektopik gebelik tanısı konulunca metotreksat ile konservatif olarak tedavi edilmiştir.

Olgu 2: Yirmi üç yaşında Gravida 3, Parite 1, Küretaj 1 olan hasta hemodinamik olarak stabil olmayan durumda acil kliniğe başvurmuş yapılan muayenede rüptüre kornual ektopik gebelik tanısı konulmuş ve laparotomik kornual rezeksiyon ile cerrahi olarak başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bu iki olgu üzerinden kornual ektopik gebeliğin tanısının konulması, takibi ve iki farklı tedavi seçeneği üzerinde durulmuştur.

Anahtar kelimeler: ektopik gebelik, metotreksat, kornual gebelik

SUMMARY

Cornual ectopic pregnancy is a rare condition which constitutes 2-4 % of all ectopic pregnancies, and progresses with 5 % maternal mortality. Early diagnosis and appropriate treatment settings will be life saving and preserve future fertility, in these patients. It is a rare form of ectopic pregnancy which can be misdiagnosed by ultrasonography. Here, we report two cornual ectopic pregnancies.

Case 1: A 32-year-old Gravida 3, Parity 2, Abortus 0 patient was misdiagnosed as intrauterine pregnancy by ultrasonography, and curettage was applied. Afterwards the cornual ectopic pregnancy diagnosis was made and she was treated with methotrexate.

Case 2: A 23-year-old Gravida 3, Parity 1, Curettage 1 patient was admitted into the emergency clinic with unstable hemodynamic condition, and the diagnosis of ruptured ectopic pregnancy was made. She was treated with laparotomic cornual resection successfully. Here, the diagnosis, follow up and two different treatment options for cornual ectopic pregnancy were emphasized based upon these two cases.

Key words: ectopic pregnancy, methotrexate, cornual pregnancy

GİRİŞ

Kornual ektopik gebelik ultrasonografi ile intrauterin gebelik olarak yanlış tanı konulabilecek nadir bir ektopik gebelik formudur ⁽¹⁾. Gebeliğin erken dönemindeki maternal morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Tanı öncesi geçen süre çok önemlidir. Ektopik gebelik en sık fallop tüpünde görülür, kornual gebelik ise tüm ektopik gebeliklerin % 2-4'ünde görülür ⁽⁷⁾. Maternal mortalite % 5'e varmaktadır.

Yüksek mortalitenin nedeni kornual (interstisyel) bölgenin daha fazla vaskularizasyona ve muskular dokuya sahip olması ve rüptür durumunda hemoperitoneum ve şok tablosunun daha ağır gelişmesinden ötürüdür.

Kornual gebelik tanısı konulurken boş uterus kavitesi ve gestasyonel kese etrafında ince myometriyal tabakanın bulunması ultrasonografik olarak önemlidir ⁽³⁾. Ayrıca renkli dopler ultrasonografide ateş halkası

Alındığı tarih: 06.02.2013

Kabul tarihi: 18.06.2013

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Erbil Karaman, Atakent Mah. Atatürk Cad. No: 22c/49 Küçükçekmece 34303 İstanbul

e-posta: erbil84@gmail.com

görüntüsü ile peritrofoblastik yoğun kanlanmanın gösterilmesinde kornual gebelik tanısında önemlidir⁽³⁾.3 Sunduğumuz iki olguda da ultrasonografi kriterlerine göre kornual gebelik tanılarını koyduk. Birinci olguda sağ uterin kornunda gebelik kesesi gözlemlendi ve miyometriyal kalınlığın 5 mm'nin altına olduğu ve ayrıca endometriyal kavitenin boş olduğu görüldü. İkinci olguda ise uterus sol kornunda içinde canlı 15.6 mm baş-popo mesafesi (CRL) olan gebelik izlendi ve en ince yerinde 4.6 mm olan miyometriyum halkasının 28 mm'lik gestasyonel keseyi çevrelediği görüldü. Kornual gebelik risk faktörleri in vitro fertilizasyon, bilateral salpenjektomi, peri ve intratubal adhezyonlardır⁽²⁾.

Kornual gebelikte tedavi seçenekleri medikal noninvazif tedaviden radikal cerrahiye kadar geniş bir yelpazededir. Medikal tedavi sistemik metotreksat tedavisi, gestasyonel kese içine ultrasonografi altında potasyum klorür (KCL) enjeksiyonu, histereskopi altında direkt vizualizasyon ve enjeksiyon ile açık rezeksiyon veya laparoskopik rezeksiyon ile fertilitisini tamamlayan hastalarda histerektomiden oluşmaktadır.

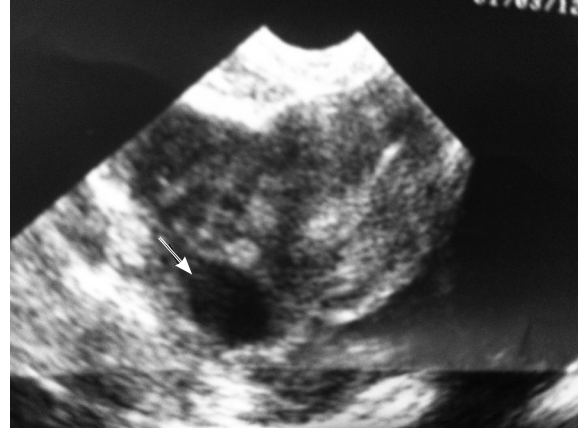
Biz her iki olgunun aydınlatılmış yazılı onamlarını aldıktan sonra bir olguda açık cerrahi rezeksiyon ve diğer olguda sistemik metotreksat ile başarılı olarak tedavi edilen olguları sunduk. Kornual gebelik tanısı, intrauterin gebelik tanısı konulurken akılda bulunulmalıdır ve tedavi seçenekleri hastaya göre bireyselleştirilmelidir.

OLGU SUNUMU

OLGU 1

Otuz iki yaşında gravida 3, parite 2, abortus 0 olan hasta acil kliniğimize kanama yakınması ile başvurdu. İki hafta adet gecikmesi olan hastanın yapılan muayenesinde uterus ve adneksler serbest ve palpasyonda hassas değildi. Transvajinal ultrasonografide kavite içinde olduğu düşünülen 6 hafta 1 günlük 3.6 mm CRL ve fetal kalp aktivitesi negatif olan hasta gecikmiş düşük (missed abortus) olarak düşünülerek dilatasyon küretaj (D&C) işlemine alındı. Küretaj sırasında materyal gelmemesi ve sonrasında yapılan ultrasonografi'de (USG) uterus kornual bölgede kesenin mevcut olduğu görülünce kornual ektopik

gebelik düşünüldü (Resim 1). Hastanın vital bulgularının stabil olması ve fertilitate isteği olması üzerine sistemik tek doz 50 mg/m² intramuskuler metotreksat tedavisi yapıldı. Hastanın boyu 1.62 cm, kilosu 76 kg ve vücut yüzey alanı 1.81 m² olarak hesaplandı. Hastaya tek doz 90 mg metotreksat verildi. Tedavi öncesi hastadan rutin biyokimya, hemogram ve koagülasyon parametreleri istendi. Hasta β -hCG takibine alındı. Takipte 4. gün ile 7. gün β -hCG değerlerinde % 15'lik düşüş tedavide başarı olarak değerlendirildi. Yapılan β -hCG takiplerinde 0. gün 1600 mIU/ml, 4. gün 721 mIU/ml, 7. gün 518 mIU/ml şeklinde düşüş gözlenen hasta taburcu edilip, haftalık β -hCG takibine alındı. Tedaviden sonra 32. günde β -hCG değeri 3.2 mIU/ml olarak saptandı ve yapılan ultrasonografide kornual gebelik bölgesinin rezorbe olduğu izlendi.

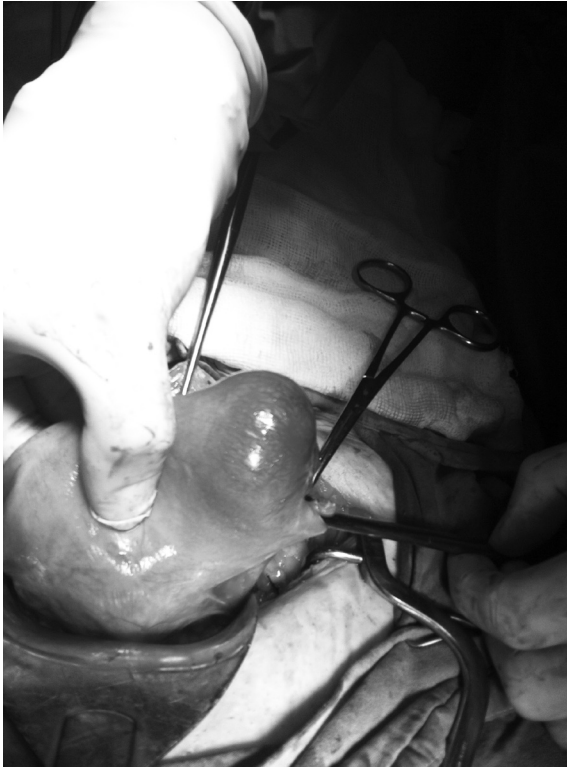


Resim 1. Uterin kavite boş (endometriyum ince) ve sağ uterin kornunda gestasyonel kese görülmektedir.

OLGU 2

Gravida 3, parite 1, küretaj 1 olan 23 yaşındaki hastanın son adet tarihinden 9 haftalık âdet gecikmesi olması ve şiddetli kasık ağrısı, halsizlik yakınması ile acil kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde tansiyon arteryel 80/50 mmHg, nabız 104/dk ve karın muayenesinde alt kadranda defans ve hassasiyet vardı. Transvajinal ultrasonografide uterus fundus myometriyumunda sol korna yakın CRL 8 hafta 1 gün 15.6 mm fetal kalp aktivitesi pozitif olan gebelik belirlendi (Resim 3).

Hastanın yapılan preoperatif kan sayımında hemoglobin 10.3 gr/dl, hematokrit % 29.9 ve β -hCG 41045 mIU/ml idi. Hastanın hemodinamik olarak stabil olmaması ve mevcut bulgularıyla operasyona alındı.



Resim 2. Operasyon sırasında uterusun sol korn kaynaklı yaklaşık 5 cm çapında ektopik gebelik kitlesi görülmektedir.

Operasyonda uterusun sol korn kaynaklı ince rüptür alanı olan 5 cm çapında ektopik gebelik saptandı, bati içinde 200 cc koagulum olduğu görüldü (Resim 2). Kornual rezeksiyon yapıldı. Hastanın postoperatif takibinde komplikasyon gelişmedi, hemoglobini 8.6 gr/dl, hematokrit % 27.3 ve postoperatif 1.gün β -hCG seviyesi 5623 mIU/ml, 10. gün 302 mIU/ml ve 24. günde <5 mIU/ml idi. Hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 2. ayda yapılan muayenesinde jinekolojik patoloji izlenmedi. Hastanın patoloji sonucu kornual gebelik ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA

Kornual gebelik ektopik gebeliğin en tehlikeli tiplerinden biridir ve tüm ektopik gebeliklerin % 2'sini oluşturmaktadır (7). Tıbbi literatürde, kornual gebelik ve interstisyel gebelik, her ikisinde ektopik gebelik olarak birbirinin yerine kullanılmaktadır. Kornual gebelik tanım olarak uterusun lateral üst parçasında gebeliğin implantasyonu ve gelişmesini karşılarken, buna karşılık interstisyel gebelik fallop tüpünün intramural ve proksimal miyometriyumunda implante olmasıdır.



Resim 3. Uterusun sol kornunda yerleşmiş 15,6 mm CRL görülmektedir. Beyaz ok işaretli boş endometriyal kavitenin başladığı yeri göstermektedir.

Kornual ektopik gebelik için risk faktörlerinin çoğu bilinmemektedir (2). Bunlar pelvik inflamatuvar hastalık, salpenjektomi, peritubal adhezyonlar, geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü, in vitro fertilizasyondur. Olgularımızda birinci olguda risk faktörü olarak daha önce geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü mevcuttu. İkinci olguda herhangi bir risk faktörü yoktu. Kornual gebeliğin tanısında ultrasonografi ve seri β -hCG ölçümleri büyük olasılıkla tanıya götürmektedir. Morgana ve ark. (5) yaptıkları bir çalışmada kornual gebeliğin ultrasonografik olarak tanısının doğruluk payını % 71 olarak bulmuşlardır. En yaygın ultrasonografik bulgu boş uterus kavitesi, gestasyonel kese etrafında ince bir miyometriyal dokunun bulunması ve koryonik kesenin uterusun kavitenin lateral kenarında >1 cm ayrı olmasıdır (6).

Her iki olgumuzda da ultrasonografide gestasyonel kese içinde CRL ölçülebilen koryonik kitle mevcuttu. Birinci olguda ultrasonografide endometriyal kavite ince gözükmekte ve ok ile işaretli alanda gözükteği gibi uterusun sağ kornunda gestasyonel kesenin etrafında ince bir miyometriyum dokusu mevcuttu. İkinci olguda ise Resim 3'te görüldüğü gibi uterus fundus miyometriyumunda sol korna yerleşmiş içinde fetal kalp aktivitesi gözlenen gebelik mevcuttu. Ektopik gebelikler içinde salpinks dışında yerleşim gösteren ektopik gebelikler özel ilgi gerektirir. Çünkü bu olgularda tanı zorluk, bireysel tedavi seçenekleri ve tanı anındaki gebelik haftalarında farklılıklar vardır. İnterstisyel ektopik gebelikler implantasyon sonrası erken evrede semptomatik hale gelir ve intraabdominal kanama bulguları ilk trimesterde görülür. Ancak,

kornual ektojik gebelikler birinci trimesterin sonu ya da ikinci trimesterin başında semptomatik hale gelirler. Olgularımızda ilk olgu vajinal kanama ve diğer olgu ağrı yakınması ile başvurmuştu.

Kornual ektojik gebeliğin tedavisi konservatif tıbbi tedaviden cerrahi tedaviye kadar değişir. Geleneksel tedavi ciddi şekilde zarar görmüş uteruslarda kornual rezeksiyon veya histerektomi olmuştur. Bu tedaviler laparotomi gerektirmektedir⁽¹¹⁾. Biz ikinci olguda hastanın hemodinamik parametrelerinin bozuk olması ve intraabdominal kanama, dolayısıyla uterus kornunda bozulma olması nedeniyle laparotomik rezeksiyon seçeneğini uyguladık. Yapılan ameliyat ile hasta başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Dolayısıyla kornual gebelik akut karın yada stabil olmayan hemodinami ile başvurursa acil operasyon şartı oluşmaktadır. Ayrıca kornual gebeliğin laparoskopik rezeksiyonun bildirildiği başarılı olgu sunumları vardır. Laparoskopi hemodinamik olarak stabil hastalarda laparotomiye iyi bir alternatiftir⁽⁸⁾.

Sistemik metotreksat tedavisi ektojik gebelikte uzun yıllardır kullanılmaktadır, ancak kornual ektojik gebelikte kullanımı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Birinci olgumuzda hemodinamik olarak vital bulgularının stabil olması, başlangıç β -hCG seviyesinin 5000'nin altında olması ve hastanın operasyon seçeneğini kabul etmemesi üzerine literatürde yapılan olgulara bakılarak metotreksat tedavisi uygun görüldü. Dilbaz ve ark.⁽¹²⁾ tek doz metotreksat tedavisi ile 3 kornual ektojik gebelik olgusunu başarılı şekilde tedavi ettiklerini bildirmişlerdir ve cerrahi tedaviye alternatif olabileceğini öne sürmüşlerdir. Biz birinci olguda erken tanı konmuş olması, fertilitte isteğinin olması, hastanın hemodinamik olarak stabil olması ve β -hCG seviyesinin 1600 mIU/ml olması üzerine sistemik metotreksat tedavisini seçtik. Hasta medikal tedavi ile cerrahiye gerek kalmadan başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Tedavi başarısında başlangıç β -hCG seviyesinin 5000 mIU/ml'nin altında olması, gebelik kitlesinin küçük olması ve hemodinamisinin bozulmamış olması önemli faktörlerdir. Balsak ve ark.⁽¹³⁾ başlangıç β -hCG değeri 17714 mIU/ml olan bir kornual ektojik gebelik olgusunu iki doz (50 mg/m²) metotreksat ile başarılı şekilde tedavi etmişlerdir. Aynı şekilde Karen ve ark.⁽¹⁴⁾ kornual ektojik gebelikte cerrahi tedavinin hemodinamik olarak stabil olan hastalarda ilk tedavi seçeneği olmamasını, özel-

likle β -hCG seviyesi >5000 mIU/ml olan olgularda çift doz metotreksat tedavisinin gerekliliği üzerinde durmuşlardır.

Fisch ve ark.'nın⁽³⁾ yaptığı çalışmada toplam 47 hastanın 13'üne metotreksat ile tedavi verilmiş ve sonuçta güvenli bir seçenek olduğu sonucuna varmışlardır. Fisch ve ark.'nın⁽³⁾ yaptığı olgu sunumunda başlangıç β -hCG seviyesinin şimdiye kadar en yüksek olarak bildirilen 102,000 mIU/ml olduğu kornual gebelik olgusu bildirilmiştir. Bu olguda Fisch ve ark.⁽³⁾ 4 doz metotreksat 50 mg/m² ve 2 doz lökovorin tedavisi sonrası kese boyutunda değişme olmaması ve β -hCG seviyesinde anlamlı düşüş olmaması üzerine intragestasyonel kesenin aspirasyonu ve kese içine 2 ml normal salin içinde 50 mg metotreksat tedavisini uygulamışlardır. Olgu 11. gününde β -hCG seviyesi 25,000 mIU/ml olarak taburcu edilmiştir. Hasta daha sonra tedavi süresince asemptomatik seyretmiş olup, tedavinin 52. gününde β -hCG seviyesi sıfır olmuştur. Tedaviye bağlı yalnızca perioral stomatit ve hafif karaciğer enzim yüksekliği dışında önemli bir komplikasyon gelişmemiştir. Medikal tedavinin önemli bir avantajı fertilitenin korunmasıdır ama tedavi sırasında abondan batın içi kanama ve rüptür risklerini taşımaktadır. Aynı zamanda medikal tedavide histerektomik veya ultrason eşliğinde intragestasyonel kese içerisine metotreksat yada KCL enjeksiyonu yapılan başarılı olgularda bildirilmiştir⁽¹⁰⁾.

Turan ve ark.'nın⁽¹⁰⁾ olgusunda sol kornual bölgede canlı 11,5 mm'lik CRL'si olan embriyo izlenmiş, önce gestasyonel sac içerisine 2 ml KCL enjekte edilmiş ve 12 saat sonra fetal kalp atımının durduğu gözlemlendikten sonra 75 mg intramusküler metotreksat uygulaması yapılmıştır. Hastanın başlangıç β -hCG seviyesi 53.000 mIU/ml ve 3 haftalık takipten sonra 19. günde yapılan β -hCG seviyesi 8400 mIU/ml olması ve gebelik kesesinin bir miktar rezorpsiyonu ve miyometriyumun kalınlaşmasından sonra aspirasyon küretaj yapılarak ve herhangi bir komplikasyon yaşanmadan kornual ektojik gebelik konservatif olarak başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Ayrıca literatürde Cheng ve ark.⁽⁴⁾ 12 haftalık bir kornual gebelikte metotreksat tedavisinin başarısız olması üzerine intraamniyotik etoposit enjeksiyonunun başarılı olduğu bir olgu bildirmişlerdir.

Uterin rüptür riski hem cerrahi hem de medikal teda-

vi sonrası bulunmaktadır. Medikal tedavide myometriyal duvardaki zayıflamanın neden olabileceği vurgulanmıştır.

Biz birinci olguda hastanın hemodinamik olarak stabil olması ve fertilitate isteği nedeniyle sistemik metotreksat ile tedavi ettik. İkinci olguda ise rüptür şüphesinin olması ve hastanın vital bulgularının stabil olmaması nedeniyle laparotomik kornual rezeksiyon yaptık.

SONUÇ

Kornual ektopik gebelik nadir görülen bir ektopik gebelik formudur. Geç tanı konulduğu zaman abondan batın içi kanamalara neden olabileceği gibi erken tanı konulursa medikal tedavi seçenekleri de vardır. Kornual gebeliğin tanısının erken konulması hem hastalığın konservatif olarak tedavi edilebilme seçeneğini yaratması ve hem de mortalite ile morbiditeyi azaltması açısından önemlidir. Ayrıca gecikmiş düşük düşünülerek D&C planlanan hastalarda intrauterin gebelik tanısının ultrasonografik olarak dikkatli bir şekilde konulması gerekmektedir. Kornual gebelikte tedavi seçimi hastanın hemodinamisine, ultrasonografik bulgulara ve başlangıç β -hCG seviyesi göz önüne alınarak bireyselleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lau S, Tulandi T. Fertil steril. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. 2000;73(5):1063-4.
2. Berek JS. Novak gynecology, Ectopic pregnancy 2005;(17):507-43.
3. Fisch JD, Ortiz B, Tazuke S, Chitkara U, Giudice L. Medical management of interstitial ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Hum Reprod* 1998;13(7):1981-6.
<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/13.7.1981>
4. Cheng CL, Wang P, Chiu C, Yang M, Hung J. Successful conservative treatment for advanced interstitial pregnancy. *J Reprod Med* 2002;47(5):424-6.
5. Morgana M, Aziza M, Mikhaila M, Heneinb M, Atallaa R. Ultrasound guided treatment of cornual ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 25(3):272-5.
6. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol* 1992;(79): 1044-9.
PMid:1579304
7. Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13(1):74-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2005.11.005>
PMid:16431329
8. Gezer A, Mutlu H. Laparoscopic management of cornual pregnancy without sutures. *Arch Gynecol Obstet* 2004;(270):194-6.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-003-0501-1>
PMid:12764626
10. Turan V, Selvi GD, Demirtaş Ö, Akercan F, Karadadas N. Kornual ektopik gebeliğin fetosit ve metotreksat ile tedavisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2010;7(1):49-52.
11. Karalök H, İltar E, Tüfekçi CE, Akyol H, Batur O. Unruptured Cornual (Interstitial) Pregnancy: A Case Report. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2005;(15): 274-6.
12. Dilbaz S, Katas B, Demir B, Dilbaz B. Treating cornual pregnancy with a single methotrexate injection: a report of 3 cases. *J Reprod Med* 2005;50:141-4.
PMid:15755053
13. Balsak D, İnal M, Yıldırım Y, Öner RS, Tınar Ş. Rüptüre olmamış ektopik gebeliğin intravenöz metotreksat ile başarılı tedavisi:iki olgu sunumu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;14(1):65-7.
14. Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG* 2004;111:1283-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00442.x>
PMid:15521876