

Primer Abdominal Gebelik: Olgu Sunumu

Primary Abdominal Pregnancy: A Case Report

Dilek BENK ŞİLFELER,¹ Arif GÜNGÖREN,¹ Kenan DOLAPÇIOĞLU,¹ Atilla KARATEKE,¹
Çağatay GÜNEY,¹ Mehmet Mustafa AKIN,² Ali Ulvi HAKVERDİ,¹ Ali BALOĞLU¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay

Özet

Primer abdominal gebelik tüm ektopik gebeliklerin yalnızca %1'ini oluşturur. Abdominal gebeliklerde gestasyonel kese genellikle pelvise veya karaciğer ve mezenter gibi yüksek vasküler bölgelere implante olur. Maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindedir. Erken tanı ve tedavi ile potansiyel mortalite ciddi bir şekilde azaltılabilir. Tanı, Studdiford abdominal kriterleri ile konur. Gebelik haftasının erken olduğu uygun olgu grubunda laparoskopik cerrahi tedavide yüz güldürücüdür. Cerrahinin yeterli olmadığı durumlarda sistemik veya lokal metotreksat tedavisi oldukça başarılı sonuçlar verir.

Anahtar sözcükler: Ektopik gebelik; primer abdominal gebelik; laparoskopik cerrahi.

Abstract

Primary abdominal pregnancy comprises only 1% of all ectopic pregnancies. In abdominal pregnancies, the gestational sac is usually implanted in the pelvis or liver and vascular regions as high as the mesentery. It is the major cause of maternal morbidity and mortality. The potential mortality can be reduced seriously with early diagnosis and treatment. The diagnosis is confirmed using the abdominal criteria of Studdiford. In the early weeks of pregnancy in cases suitable for treatment, results in the laparoscopic surgery group were excellent. In the absence of surgery, systemic or local methotrexate treatment gives very good results.

Key words: Ectopic pregnancy; primary abdominal pregnancy; laparoscopic surgery.

Giriş

Gebelik ürününün, uterin kavitede endometrium dışında herhangi bir yere yerleşmesine dış gebelik veya ekstrauterin gebelik adı verilir. Dış gebeliğin tüm gebeliklerin %1.3 ile %2'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir.^[1] Dış gebeliklerin %95'i tubal, %3.2'si ovaryan, %1.3'ü ise abdominal yerleşimlidir.^[2-4] Abdominal gebeliklerde gestasyonel kese genellikle pelvise veya karaciğer ve mezenter gibi yüksek vasküler bölgelere implante olur.^[4] Maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindedir. Erken tanı ve tedavi ile potansiyel mortalite ciddi bir şekilde azaltılabilir.^[5] Abdo-

minal gebelik gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir. Bunun primer nedeni bu ülkelerdeki artmış pelvik enflamatuvar hastalık prevalansıdır.^[6,7]

Kliniğimizde primer abdominal gebeliği olan bir olgunun tanı ve tedavi yöntemlerini literatür eşliğinde gözden geçirmeyi planladık.

Olgu Sunumu

G3P2Y2Ab1 olan 24 yaşındaki hasta 10 gündür devam eden lekelenme tarzında kanama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede batin rahat, ri-

İletişim: Dr. Dilek Benk Şilfeler.
Alaattin Köyü Güngör Uydükent
30 parsel D: 11/3, Antakya, Hatay
Tel: 0532 - 360 56 26

Başvuru tarihi: 13.09.2010
Kabul tarihi: 15.01.2011
e-posta: drsilfeler@yahoo.com

baund ve defans bulguları yoktu. Uterus normal cesametteydi. Sol adnekte hafif hassasiyet ve dolgunluk mevcuttu. Yapılan transvajinal ultrasonografide (USG) uterus 78x42 mm, endometrial kalınlık 17 mm idi. Sağ over normal, sol adneksiyel alanda 66x35 mm'lik kistik kitlesel lezyon ve batında en derin yerinde 40 mm olan serbest mayii görünümü mevcuttu. β Hcg değerinin 282 saptanması üzerine hasta, ektopik gebelik veya gebelik+over kist rüptürü ön tanıları ile hastaneye yatırıldı.

Hasta hemogram ve β Hcg takibine alındı. Takiplerde β Hcg düzeyi yeterli yükselmeyen hastaya, β Hcg değeri 993 ve endometrial kalınlık 18 mm iken probe küretaj yapıldı. Patoloji raporunda, iltihabi *Decidua* ve *Arias-Stella* reaksiyonu içeren endometrial glandlar görülmesi ve hastada akut batın tablosunun gelişmesi üzerine laparoskopi kararı verildi.

Genel anestezi altında yapılan operasyonda batında bol miktarda koagülüm mevcuttu. Yapılan eksplorasyonda uterus, tuba ve overler normal görünümdeydi. Tubalarda herhangi bir ödem, hidropik genişleme veya renk değişikliği izlenmedi. Batın içi tarandığında serviks anteriorda mesane tavanında, yaklaşık 2-3 cm boyutlarında, kanamalı ektopik odağı olduğu düşünülen lezyon görüldü. Mesane korunmaya çalışılarak ektopik gebelik materyali mesane serozasından mümkün olduğunca kazındı ve biyopsi alındı. Kanama kontrolü sonrası dren konularak operasyona son verildi.

Hastada mesane seroza ve muskularisine trofoblastik invazyon olabileceği düşünüldüğünden 1., 3., 5. ve 7. günlerde metotreksat tedavisi uygulandı. L/S biopsi sonucu kan ve fibrin kitleleri arasında *Koryon Villus* hücreleri olarak gelen hastanın β Hcg değeri negatif olana kadar takibe devam edildi.

Tartışma

Primer abdominal gebelik tüm ektopik gebeliklerin yaklaşık %1 kadarını oluşturur ve oldukça nadir görülür.^[4,8] Erken dönemde tanı oldukça güçtür. İnatçı abdominal ağrı en yaygın semptomdur.^[7,9] Gebenin anormal uterovajinal kanama, karın ağrısı ve sekonder amenore ile başvurması ektopik gebeliği akla getirirken, erken dönemde bakılan β Hcg değerleri ile transvajinal USG hekimi tanıya yaklaştıır.

Abdominal gebelik primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer abdominal gebelik tanısı Studdiford kriter-

lerine göre tanımlanır. Tuba ve overlerin normal yapıda olması, uteroplasmal fistül olmaması ve sekonder implantasyon ihtimalini elimine etmek için erken gestasyonel haftalarda kesenin sadece peritoneal yüzeye bağlı olması Studdiford kriterlerini oluşturur. Bu kriterleri tamamlayan olgular primer abdominal gebelik olarak tanımlanır.^[3,6]

Kliniğimize başvuran gebenin β Hcg değerinin ilk etapta düzenli yükselmesi ve abdominal ağrının olmaması nedeniyle izlem kararı alınmış, daha sonra β Hcg değeri yeterli artışı göstermediğinden probe küretaj yapılmıştır. Kesin abdominal gebelik tanısı laparoskopi bulgularına göre konulmuş ve mesane üzerindeki lezyonun varlığı ile uterus, tuba ve overlerin normal görünmesi üzerine Studdiford kriterlerine göre primer abdominal gebelik olduğu düşünülmüştür.

Ektopik gebeliklerin tedavisinde sistemik veya lokal metotreksat, lokal potasyum klorit, hiperosmolar glukoz, danasol ve mifepriston gibi farklı medikal ajanlar kullanılabilir.^[3,10] Lokal tedavi yeterli olmadığında sistemik metotreksat tedavisi veya cerrahi uygulanabilir. Biz olgumuzda ilk etapta sistemik metotreksat uygulamayı düşünsek de, hastada akut batın bulgularının gelişmesi nedeniyle cerrahi kararı verilmiştir. Yapılan operasyon sonucu mesane seroza ve muskularis tabakasına invazyon olabileceği düşünüldüğünden ve mesane yaralanmasından kaçınma amacıyla aşırı agresif müdahaleden kaçınılmış, konservatif kalınmış ve operasyon sonrası tedaviye medikal tedavi eklenmiştir.

Literatürde ileri haftalarda abdominal gebelik olguları da bildirilmiştir. Bu durumda laparotomi kaçınılmazdır. Abondan kanama, fetusun implante olduğu organın nekrozu veya kaybı, enfeksiyon gibi komplikasyonlar ve fetal veya maternal kayıp gebelik haftası ilerledikçe daha sık oranlarda görülmektedir.^[11] Bu nedenle tanı mümkün olduğunca erken konulmalı, riskli gebeler daha sık takip edilmelidir.

Sonuç olarak; primer abdominal gebelik son derece nadirdir. Tanı, Studdiford abdominal kriterleri ile konur. Gebelik haftasının erken olduğu uygun olgu grubunda laparoskopik cerrahi tedavide yüz güldürücüdür. Cerrahinin yeterli olmadığı durumlarda sistemik veya lokal metotreksat tedavisi oldukça başarılı sonuçlar verir.

Kaynaklar

1. Zane SB, Kieke BA Jr, Kendrick JS, Bruce C. Surveillance in a time of changing health care practices: estimating ec-

- topic pregnancy incidence in the United States. *Matern Child Health J* 2002;6(4):227-36.
2. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17(12):3224-30.
 3. Anderson PM, Opfer EK, Busch JM, Magann EF. An early abdominal wall ectopic pregnancy successfully treated with ultrasound guided intralesional methotrexate: a case report. *Obstet Gynecol Int* 2009; Epub 2009 Aug 9. doi: 10.1155/2009/247452.
 4. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):123-30.
 5. Alto WA. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physician* 1990;41(1):209-14.
 6. Yildizhan R, Kolusari A, Adali F, Adali E, Kurdoglu M, Ozigokce C, et al. Primary abdominal ectopic pregnancy: a case report. *Cases J* 2009; Epub 2009 August 7. doi: 10.4076/1757-1626-2-8485.
 7. Isah AY, Ahmed Y, Nwobodo EI, Ekele BA. Abdominal pregnancy with a full term live fetus: case report. *Ann Afr Med* 2008;7(4):198-9.
 8. Altay MM, Dündar B, Erol AO, Kurtaran V, Gelişen O. Primer abdominal ektopik gebeliğin laparoskopik tedavisi: olgu sunumu. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2010;11(4):220-2.
 9. Nwobodo EI. Abdominal pregnancy: a case report. *Ann Afr Med* 2004;3(4):195-6.
 10. Raughley MJ, Frishman GN. Local treatment of ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):99-115.
 11. Nkusu Nunyalulendho D, Einterz EM. Advanced abdominal pregnancy: case report and review of 163 cases reported since 1946. *Rural Remote Health* 2008;8(4):1087.