

RÜPTÜRE SPONTAN HETEROTOPİK GEBELİK

Özlem ERTEN, Hülya DEDE, Volkan KURTARAN, Bülent YİRCİ, Orhan GELİŞEN, Ümit GÖKTOLGA

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Giriş: Heterotopik gebelik farklı gestasyonların birlikte bulunması durumudur. Yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımıyla günümüzde insidansı artmaktadır.

Olgu: 30 yaşında gravida 2 para 1, son adet tarihine göre 7 haftalık spontan gebeliği olan hasta karın ağrısı ve vajinal kanama şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde; geçirilmiş sezaryen operasyonu, rahim içi araç (RİA) kullanımı ve klomifen sitrat ile ovulasyon indüksiyonu sonrasında, gebelik elde edilemeyen intrauterin inseminasyon (IUI) uygulaması vardı. İki yıl sonra spontan gebe kalan ve başvuruda beş haftalık intrauterin tek canlı gebeliği olan hasta, rüptüre heterotopik gebelik tanısı alarak, laparoskopik salpenjektomi ile tedavi edildi. Ailenin onam ve talebi üzerine intrauterin gebelik tahliye edildi. Postoperatif dönemde problem yaşanmadı. Tahliye materyalinin patolojik incelemesi heterotopik gebelikle uyumlu rapor edildi.

Sonuç: İntrauterin gebelik tanısı alan her gebede risk faktörü olsun veya olmasın adnekslerin ve pelvik yapıların detaylı incelenmesi gerekmektedir. İntrauterin gebeliğin ultrasonda izlenmesi heterotopik gebeliği ekarte ettirmemektedir. Komplikasyonlar gelişmeden tanı koyabilmek hayat kurtarıcı öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: heterotopik gebelik, intrauterin gebelik, ultrasonografi

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9, Sayı: 4, Sayfa: 227- 30

RUPTURED SPONTANEOUS HETEROTROPIC PREGNANCY

SUMMARY

Introduction: Heterotropic pregnancy is a condition of the co-existence of different gestations. With the widespread use of assisted reproductive techniques its incidence is increasing.

Case: A 30-year-old woman, gravida 2 para 1, with spontaneous pregnancy at 7 weeks and 6 days gestational age according to the last menstruation, applied to our emergency department with abdominal pain and vaginal bleeding. The medical history includes a caesarean surgery, intrauterine device (IUD) usage and a procedure of intrauterine insemination (IUI) following the ovulation induction by clomiphene citrate resulting with unsuccessful pregnancy. The patient who got pregnant spontaneously and had a single five-weeks intrauterine pregnancy at the application. The patient was diagnosed with ruptured heterotropic pregnancy and treated with laparoscopic salpingectomy. Upon the consent and request of the family, intrauterine pregnancy was evacuated. No complications occurred in the postoperative period. Pathological examination of evacuation material was reported consistent with heterotropic pregnancy.

Conclusion: Regardless of the presence of any risk factors in pregnant women diagnosed with intrauterine pregnancy, adnexa and pelvic structures should be examined in detail. The detection of intrauterine pregnancy in the ultrasonography does not eliminate heterotropic pregnancy. Early diagnosis before development of complications has a life saving importance.

Key words: heterotopic pregnancy, intrauterine pregnancy, ultrasound

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9, Issue: 4, Pages: 227- 30

Yazışma adresi: Asistan Özlem Erten. Etlik zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik Keçiören 06010, Ankara
Tel.: (0505) 585 61 93

e-posta: odle822002@yahoo.com

Alındığı tarih: 09.04.2011, revizyon sonrası alınma: 18.04.2012, kabul tarihi: 14.06.2012, online yayın tarihi: 15.06.2012

GİRİŞ

Heterotopik gebelik iki veya daha fazla gebelik odağının birlikte olması durumudur. İnsidansı spontan konsepsiyonla 1/30000 iken yardımcı üreme teknikleri sonrasında 1/100 e kadar ulaşmaktadır^(1,2). Dolayısıyla bu durum günümüzde daha sık heterotopik gebelik vakasıyla karşılaşacağımız anlamına gelmektedir.

Olguda tubal rüptür gelişmiş spontan heterotopik gebelik vakası sunuldu. Erken gebelik haftalarındaki tüm başvurularda pelvik ve adneksiyel yapıların klinik ve ultrasonografik olarak değerlendirilmesinin önemi vurgulandı.

Olgu

30 yaşında gravida 2 para 1 olan hasta bir gün önce başlayan karın, kasık ağrısı ve düşük şüphesi şikayetiyle hastanemizin acil servisine başvurdu. Son adet tarihine göre 7 haftalık spontan gebeliği olan hastanın özgeçmişinde; beş yıl önce geçirilmiş sezaryen operasyonu, iki yıl RİA kullanımı ve iki yıl öncesinde bir kez klomifen sitrat indüksiyonu ve IUI uygulamasıyla gebelik elde edilememesi vardı. Batın muayenesinde defans ve rebound hassasiyeti olan hastanın jinekolojik muayenesinde kollum hareketleri ileri derecede ağrılı olarak tespit edildi. Lekelenme şeklinde cüzi vajinal kanama mevcuttu.

Ultrasonografik incelemede uterin kavite içinde 5 haftalık kardiyak aktivitesi olan fetus ve sıvı koleksiyonu, sağ adneksiyel alanda heterojen ekoda oluşum ile birlikte paraovarian bölgede, douglas boşluğu ve batın içinde yaygın serbest sıvı koleksiyonu izlendi (Resim 1).

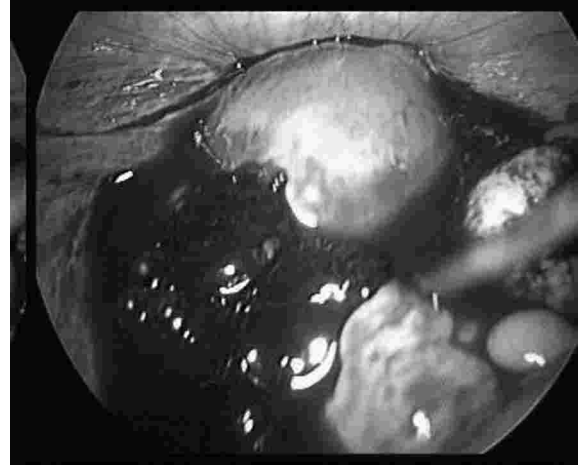


Resim 1: Heterotopik gebeliğe ait USG görüntüsü.

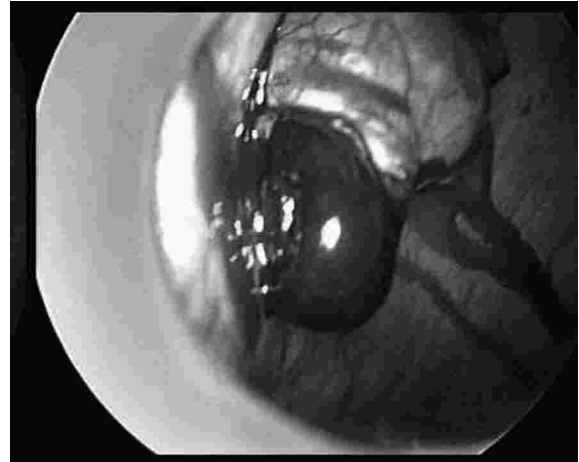
Hasta tubal rüptürle birlikte heterotopik gebelik ön tanısıyla hospitalize edildi. Servis kabulünde tansiyon

arteriyel 120/80 mm/Hg nabız 84/dk idi. Acil servise başvuru esnasında hemoglobini(Hb): 12,3 gr/dl, beyaz küre ve platelet sayısı normal iken servis takibinde Hb:10,8 gr/dl olarak değerlendirildi, hasta vakit kaybetmeden laparoskopik olarak operasyona alındı.

İntraoperatif izlemde batın içinde yaklaşık 1000 cc hemorajik mai ve aktif kanama mevcuttu (Resim 2). Sağ adneksiyel alanda ampuller kısımdan rüptüre yaklaşık 4x4 cm boyutunda ektopik gebelik materyali izlendi (Resim 3). Sağ salpenjektomi, batın temizliği ve kanama kontrolü yapıldı (Resim 4). Ailenin onam ve talebi üzerine laparoskopi sonrası intrauterin gebelik, manuel vakum aspirasyon metoduyla tahliye edildi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif birinci gün hemoglobini değeri 10,0 gr/dl olan hasta genel durumu iyi olarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası kontrollerinde problem olmadı. Postoperatif düzenli kontrollere çağırılan hastanın hemoglobini değeri 13,2 gr/dl ultrasonografik incelemesi ve jinekolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Bir sonraki gebeliğinde olması muhtemel obstetrik ve jinekolojik durumlar hakkında detaylı bilgilendirildi.



Resim 2: Batın içi yaygın hemoraji.



Resim 3: Ektopik gebelik materyali.



Resim 4: Salpenjektomi sonrası batin görüntüsü.

Salpenjektomi olarak kayıtlı olan örneğin histopatolojisi; tubal gebelik materyali; küretaj materyali olarak kayıtlı örneğin histopatolojisi; koryonik elemanlar ve desidua olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Heterotopik gebelik farklı gestasyonların birlikte bulunması durumudur. Heterotopik gebelik tubal, ovaryen, abdominal, servikal veya kornual yerleşimli olabilir. Birden fazla ektopik gebelik odağı şeklinde olabileceği gibi eş zamanlı intrauterin gebelik de bulunabilir^(3,4).

Risk faktörleri ektopik gebelik risk faktörleriyle aynıdır. Geçirilmiş cerrahi, önceki gebelikte ektopik gebelik öyküsü, pelvik inflamatuvar hastalık, RİA kullanımı, ovulasyon indüksiyonu öyküsü risk faktörlerinden bazılarıdır⁽⁵⁾. Günümüzde seksüel geçişli hastalık, erken yaşta multipl seksüel partnerle ilişki ve yardımcı üreme tekniklerinin yaygınlaşması nedeniyle ektopik gebelik görülme insidansı artmaktadır⁽⁵⁾. Yapılan çalışmalarda risk faktörleri içinde geçirilmiş cerrahi öyküsünün en yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir⁽⁵⁾. Bununla birlikte risk faktörü olmadan da heterotopik gebelik oluşabilmektedir⁽⁶⁾.

Heterotopik gebeliklerin %70 i gebeliğin 5 ve 8. haftalarında, %20 si 9 ve 10. haftalarda ve %10 kadarı 11. hafta ve sonrasında tanı almaktadır⁽²⁾.

Klinik; rüptürün olup olmamasına göre asemptomatik durumdan şok tablosuna kadar değişiklik gösterebilir⁽⁷⁾. Adet rötariyle birlikte vajinal kanama ve abdominopelvik ağrı ektopik gebeliği düşündürmelidir⁽⁸⁾. Olguda acile başvuru esnasında ilk olarak abortus imminens,

abortus insipiens, inkomplet abort, hemorajik korpus luteum kisti ayırıcı tanıda düşünülmüş ancak muayenede abdominopelvik hassasiyetin olması, ultrasonografide intrauterin tek canlı fetüsle birlikte sağ adnekte belirgin heterojen oluşum, mai ve koagülüm izlenmesi hastada rüptüre heterotopik gebeliği düşündürmüştür.

Heterotopik gebelik varlığında özellikle transvajinal ultrasonografik inceleme vazgeçilemez öneme sahiptir⁽⁹⁾. Pelvik mai ve ağrı varlığında heterotopik gebelik akla gelmelidir. Diğer yardımcı tanı yöntemlerinden β hCG ve progesteron ölçümü ektopik gebelik tanısında faydalı iken, heterotopik gebelik tanısında, eş zamanlı intrauterin gebelik kaynaklı olabileceğinden anlamlı değildir.

Tedavide laparoskopi veya laparotomi hastanın klinik durumuna uygun olarak tercih edilen cerrahi yöntemlerdir.

Heterotopik gebelikte laparoskopik cerrahinin birçok avantajı vardır; gebe uterusunu minimal etkilemesi, kan kaybının çok az olması, postoperatif abortus riskini azaltması, erken iyileşme ve mobilizasyonla tromboembolik komplikasyon ihtimalini azaltması, postoperatif dönemdeki ağrı kontrolünde potent analjeziklere ihtiyacın daha az olması, abdominal insizyon olmaması ve hospitalizasyon süresinin kısılması bu avantajlardan bazılarıdır⁽¹⁰⁾. Ayrıca laparoskopi alanındaki gelişmeler ve deneyimin artması nedeniyle önceleri laparotomi ile tedavi edilen tuba rüptürü gibi durumlarda laparoskopi kullanımı daha güvenli hale gelmiştir⁽¹¹⁾.

Olgumuzda vital bulguların stabil olması, laparoskopi ekipman ve ortamının yeterli, kısa zamanda hazırlanabilir olması ve kliniğimizde işlemi çok kısa zamanda gerçekleştirebilecek deneyimde hekim ve personelin olması nedeniyle laparoskopi tercih edildi.

Heterotopik gebeliğin ektopik komponenti genellikle ampuller yerleşimlidir. Cerrahi prosedür; konservatif yaklaşımda salpingostomi, radikal ekstirpasyon amaçlanan olgularda salpenjektomi olarak değişmektedir⁽¹⁰⁾. Ancak heterotopik gebelikte postoperatif dönemdeki takiplerde, yüksek β hCG düzeylerinin intrauterin gebeliğe mi yoksa komplet çıkarılamayan intratubal konsepsiyon materyaline mi ait olduğu şüphe oluşturacağından, cerrahi tedavide salpingostomi yerine özellikle salpenjektomi tercihi daha uygun görülmüştür⁽¹⁰⁾. Olgumuzda intrauterin gebeliğin devamı düşünülmesine de hastanın birden fazla risk faktörüne sahip olması, bunlara geçirilmiş ektopik

gebelik öyküsünün de eklenmesi ve aynı tubada tekrarlayabilecek ya da persiste kalabilecek %5-8⁽¹²⁾ oranında ektopik gebelik ihtimali olduğundan salpenjektomi uygulandı.

Heterotopik gebeliklerde genel yaklaşım intrauterin gebeliği koruma yönündedir. Ailenin aydınlatılmış onamından sonra intrauterin gebeliğin devamı veya sonlandırılması için uygun yönetim planlanabilir. İntrauterin gebeliğin devamı planlanıyorsa fetuse olan yan etkileri nedeniyle metotrexat, prostoglandinler ve RU-486 gibi ajanlar kullanılmamalıdır, tüpün intakt olması durumunda lokal potasyum klorid veya hiperozmolar glukoz enjeksiyonu⁽¹³⁾ uygulanabilir^(6,14).

Sonuç

Olguda günümüzde spontan heterotopik gebelik görülme insidansının artması ve erken gebelik haftalarında her gebenin ultrasonografik olarak pelvik ve adneksiyel incelemesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Heterotopik gebelikte komplikasyonların önlenmesi için erken tanı hayat kurtarıcıdır.

KAYNAKLAR

1. Bright DA, Craupp FB: Heterotopic pregnancy: a re-evaluation. J Am Board Fam Pract 1990; 3: 125- 8.
2. TalJ, HaddadS, GordonN, Timor-TritschI. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. Fertil Steril 1996; 66: 112.
3. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 1264- 70.
4. 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- 71.
5. Yenen M.C, Dede M, Göktolga Ü, Küçük T, Alanbay İ, Pabuçcu R. Ektopik gebelikte risk faktörleri. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45: 244- 8.
6. Tandon R, Goel P, Kumar Saha P, Devi L. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports 2009; 3: 8153.
7. Birkhahn RH, Gaeta TJ, Van Deusen SK, et al: The ability of traditional vital signs and shock index to identify ruptured ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 1293- 6.
8. Barnhart, KT. Ectopic Pregnancy. N Engl J Med 2009; 361: 379- 87.
9. Lavanya R, Deepika K, Patil M. Successful pregnancy following medical management of heterotopic pregnancy. J Hum Reprod Sci. 2009; 2(1):35- 40.
10. Pschera H, Kandemir S. Laparoscopic treatment of heterotopic pregnancies: Benefits, complications and safety aspects. J Turkish German Gynecol Assoc. 2005; 6 (2): 90- 4.
11. Sagiv R, Debby A, Sadan O, et al: Laparoscopic surgery for extrauterine pregnancy in hemodynamically unstable patients. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001; 8: 529- 32.
12. Rulin MC: Is salpingostomy the surgical treatment of choice for unruptured tubal pregnancy? Obstet Gynecol 1995; 86: 1010- 3.
13. Gjelland K, Hordnes K, Tjugum J, et al: Treatment of ectopic pregnancy by local injection of hypertonic glucose: a randomized trial comparing administration guided by transvaginal ultrasound or laparoscopy. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 629- 34.
14. Scheiber MD, Cedars MI. Successful non-surgical management of a heterotopic abdominal pregnancy following embryo transfer with cryopreserve-thawed embryos. Hum Reprod 1999; 14: 1375- 7.