

NADİR BİR HETEROTOPIK GEBELİK VAKASI: SPONTAN SİKLUSTA UNİLATERAL KORNUAL VE TUBAL GEBELİK

RARE HETEROTOPIC PREGNANCY: UNILATERAL CORNUAL AND TUBAL PRESENTATION IN NATURAL CONCEPTION

Meryem Kürek EKEN*, Gülşah İLHAN**, Burcu BIÇAKÇI*, Hasan YÜKSEL*

ÖZET

Amaç: Nadiren doğal gebeliklerde oluşan heterotopik gebelikte sıklıkla rüptür sonrası cerrahi tedavi gerekli olduğunda tanı konur. Bu sebeple erken tanı hasta için hayati önem taşımaktadır. Burada rüptüre tubal gebelik ve geç tanınabilen kornual gebelik ile prezente olan heterotopik gebelik vakası sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında, nullipar, son adet tarihine göre 7 haftalık spontan gebeliği olan hasta, karın ağrısı ve vaginal kanama ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde akut batın bulguları mevcuttu. Transvaginal ultrasonografisinde endometrial kavitede gestasyonel kese izlenmedi. Endometrium 15 mm ve hiperekojen izlendi. Sağ adneksial alanda ektopik odak ve douglasta serbest sıvı izlendi. Yapılan tetkiklerinde Hemoglobin: 9.2 gr/dl, β -hcg: 3028.3 m IU / ml olarak gelen hastaya laparoskopi planlandı. Laparoskopik eksplorasyonda sağ tuba rüptüre izlendi. Batında ortalama 400cc kan ve koagulum izlendi. Uterus ve her iki over normal görünüm ve cesamette izlendi. Sağ salpenjektomi yapıldı, batın yıkanmasının ardından laparoskopiye son verildi. Takiben D&C yapıldı. Sağ tubanın patolojik değerlendirme sonucu ektopik gebelik, hematosalpenks ve D&C materyalinin patolojik değerlendirmesi ise Arias Stella reaksiyonu olarak geldi. Postoperatif 2. gününde bakılan kontrol β -hcg: 4481.4 m IU / ml gelen hasta transvaginal ultrasonografi ile değerlendirildi, gebelik ve ekleri izlenmedi. Postoperatif 4.günde β -hcg: 6446.9 m IU / ml gelmesi üzerine transvaginal ultrasonografi tekrarlandı. Sağ kornual alanda gestasyonel kese ve yolk sac izlendi. Hasta sistemik metotreksat (75 mg/m²) ile tedavi edildi.

Sonuç: Heterotopik gebelik nadir görülmesi sebebi ile tanı ve tedavide gecikmeler olabilmektedir. Heterotopik gebeliği olan hastanın kornual gebelik teşhisinde eksplorasyon sonrası tubal gebeliğin alınması ile gecikme olmuştur. Biz de hasta sonuçlarını iyileştirmek adına böyle nadir bir vakayı sunarak hekimlerin bu tarz vakalara dikkatini çekmeyi ve bu hastalarda seri β -hcg takiplerinin tanıda önemine dikkat çekmek istedik.

Anahtar kelimeler: Heterotopik gebelik; kornual gebelik; tubalektopik gebelik.

ABSTRACT

Objective: Heterotopic pregnancy that rarely occurs in natural conception is often diagnosed after its rupture when surgical treatment is needed. Therefore early diagnosis is vital for the patients. We introduced a heterotopic pregnancy case presenting with a ruptured tubal pregnancy and later cornual pregnancy.

Case Presentation: A 24 year old, nulliparous, 7 weeks pregnant woman in natural conception was admitted with abdominal pain and vaginal bleeding. Physical examination revealed the signs of acute abdomen. Gestational sac was not observed in endometrial cavity by transvaginal ultrasound. Endometrium was 15 mm and hyperechoic. Ruptured ectopic focus in the right tuba and free fluid in the douglas pouch were observed. Hemoglobin level was 9.2 g / dl and β -hcg level was 3028.3 m IU / mL. After the evaluation of the patient laparoscopy was planned.

In laparoscopy; the right fallopian tube had ruptured. Right salpingectomy and then D & C were performed. Right tubal pathological evaluation was ectopic pregnancy, and hematosalpinx and pathologic assessment of the D & C material came as Arias Stella reaction.

β -hcg level was 481.4 m IU / mL on the second postoperative day and the patient was evaluated by transvaginal ultrasonography. Endometrium was 10 mm and heterogeneous. Post-operative 4th day β -hcg level was 6446.9 m IU / mL

Date received/Dergiye geldiği tarih26.08.2016 – **Date accepted/Dergiye kabul edildiği tarih:** 07.10.2016

* Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Aydın

** Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Çocuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, TÜRKİYE

(Corresponding author/İletişim kurulacak yazar: meryemkurek@yahoo.com)

İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi Cilt / Volume: 79 • Sayı / Number: 4 • Yıl/Year: 2016

and transvaginal ultrasonography was repeated. Gestational sac and yolk sac were visible at the right cornual area. Patient was treated with systemic methotrexate (75 mg / m²) subsequently.

Conclusion: The rarity of heterotopic pregnancy may lead to delays in diagnosis and treatment. The diagnosis of cornual pregnancy was delayed after the removal of tubal pregnancy by exploration. We would like to draw attention of physicians with such a rare case in order to improve patients' outcomes and to introduce the importance of serial β -hcg follow-ups in these patients.

Keywords: Heterotopic pregnancy; cornual pregnancy; tubal ectopic pregnancy

GİRİŞ

Heterotopik gebelik; simultane olarak 2 ya da daha fazla yere implantasyon ile karakterize, spontan gebeliklerde çok nadir görülen ve fatal olabilecek tehlikeli bir jinekolojik acildir (1,2). Çoğunlukla bilinen risk faktörleri yardımcı üreme teknikleri, infertilite tedavisi ve geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık öyküsüdür (3). Risk faktörü olmayan ve spontan gebelik ile oluşan vakalar teşhiste güçlük çekilen gruptur ve sıklıkla gözden kaçmış ve komplike heterotopik gebelik ile presente olurlar (1). Heterotopik gebeliğin tanısı ve yönetimi karmaşık olsa da, uygun teşhis ve tedavi ile potansiyel riskler en aza düşürülür. Bu sebeple erken tanı hasta için hayati önem taşımaktadır.

Kliniğimizde bilinen bir risk faktörü olmayan ve spontan siklusta gebe kalan rüptüre tubal gebelik ve geç tanı konulabilen kornual gebelik ile presente olan heterotopik gebelik vakasını sunduk.

OLGU SUNUMU

24 yaşında, nullipar, son adet tarihine göre 7 haftalık spontan gebelik, karın ağrısı ve vaginal kanama ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde batın alt kadrantlarında sağda daha belirgin olmak üzere yaygın hassasiyet ve akut batın bulguları mevcuttu. Hastanın vital bulguları; nabız 112/dak, Tansiyon arterial 90/60 mm Hg ölçüldü. Transvaginal ultrasonografisinde (Samsung H60™) (TVUSG) endometrial kavitede gestasyonel kese izlenmedi. Endometrium 15 mm ve hiperekojen izlendi. Sağ adneksial alanda rüptüre ektopik odak ve douglasta serbest mayii izlendi. Yapılan tetkiklerinde Hemogloblin: 9.2gr/dl, β -hcg: 3028.3 m IU / ml olan hastaya laparoskopi planlandı.

Laparoskopik eksplorasyonda batında yaklaşık 400 cc serbest kan aspire edildi. Uterus, sol tuba ve overler normal görünümde idi. Sağ tuba rüptüre izlendi. Kanama kontrolü sağlanamaması üzerine sağ salpenjektomi yapıldı. Batın içi yıkamanın ardından işleme son verildi. Daha sonra endometrium kalın izlenmesi sebebi ile dilatasyon ve küretaj (D&C) yapıldı ve materyaller patolojiye gönderildi. Sağ tuba patolojik değerlendirme sonucu ektopik gebelik, hematosalpenks ve D&C patolojik değerlendirmesi ise Arias Stella reaksiyonu olarak geldi.

Postoperatif 2. gününde bakılan kontrol β -hcg:4481.4 m IU / ml saptanan hasta TVUSG ile değerlendirildi. Gebelik ve ekleri izlenmedi. Postoperatif 4.gününde β -hcg: 6446.9 m IU / ml gelmesi üzerine TVUSG tekrarlandı. Sağ kornual alanda gestasyonel kese izlendi

(Resim 1). Hasta 2 doz sistemik metotreksat (75 mg/m²) ile tedavi edildi.



Resim 1: Kornual Gebelik Kesesi

TARTIŞMA

Heterotopik gebeliğin insidansı yardımcı üreme yöntemleri ile oluşan gebeliklerde %0.2-1 (4,5) doğal gebeliklerde ise 1:30.000 olarak bildirilmiştir (1).

Heterotopik gebeliğin erken tanısı klinik semptomların yokluğundan ötürü güçtür. Bu dönemde sıklıkla eşlik eden ektrauterin gebeliğin bulguları dominanttır (6).

Yardımcı Üreme tedavileri ile gebe kalan hastalarda yapılan rutin TVUSG ile %56 oranında heterotopik gebelikler tanınabilir (7). İki ya da daha fazla yere implante olmuş, ektopik gestasyonel keselerin saptanması dışında, intrauterin ve ektrauterin kardiyak aktivitenin görülmesi teşhisi kesinleştirir ancak nadiren görülür. Cerrahi tedavi yapılan ektopik gebelik vakalarında postoperatif dönemde bakılan seri β -hcg takiplerinde artış tanıda önemlidir (8).

Sunulan vakada bilinen bir risk faktörü olmayıp spontan gebelikte meydana gelen ve daha önce klinik takibi olmayan ilk defa acil servise başvuran bir hastadır.

Literatürde heterotopik gebeliklerin %70' inin 5-8. haftalar arasında, %20' sinin 9-10. haftalar arasında, %10'unun ise 11. gebelik haftasından sonra tanı aldığı bildirilmiştir (5). Bu olguda; 7-8. haftalar arasında salpenjektomi sonrasında β -hcg seviyelerinin düşmemesi üzerine yapılan seri TVUSG görüntülemeleri ile tanı konmuştur.

Heterotopik gebeliğin tedavisi cerrahi, medikal veya bekleme şeklinde olabilir. Literatürde 217 vaka tanımlanmış olup bunlardan %90.78 i cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Cerrahi tedavi hastanın tanı anındaki hemodinamisine bağlı olarak laparoskopi veya laparotomi olarak belirlenir (9).

Diğer tedavi yöntemleri lokal KCL enjeksiyonu, Metotreksat, RU486 veya Prostaglandin

uygulamalarıdır. Ancak intrauterin sağlıklı gebelik şüphesi varlığında metotreksat, RU486 veya prostoglandin uygulamalarından kaçınılmalıdır (10). Vakamızda; tubal gebelik laparoskopi ile tedavi edilmiş olup daha sonra tanısı konan kornual gebelik ise sistemik metotreksat ile tedavi edilmiştir.

Metotreksat ektopik gebeliğin tedavisinde en sık kullanılan medikal tedavidir. Etkisini DNA sentezinde dihidrofolat enzimini inhibe ederek gösterir. Özellikle hızlı çoğalan hücrelere toksik etkileri mevcuttur. En sık yan etkisi mukozit olmakla birlikte doz bağımlı olarak karaciğer, gastrointestinal sistem yan etkileri daire, kanama, ülser ve kemik iliği supresyonu olabilir (11).

Hayatı tehdit eden bir durum olan heterotopik gebelik mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Bu hastalığın tanısının ancak klinik bulgu ve semptomlar yerleştikten sonra konulabilmesi yüksek morbidite ve mortalitenin sebebidir. Heterotopik gebeliğin tanısı ve yönetimi karmaşık olsa da, uygun teşhis ve tedavi ile potansiyel riskler en aza düşürülür. Heterotopik gebelik, intrauterin gebeliği olmasına rağmen akut batın bulguları olan olgularda yada ektopik gebelik cerrahisi sonrasında yükselen β -hcg değerleri olan vakalarda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Heterotopik gebelik vakalarının nadir görülmesi sebebi ile hekimlerin farkındalıklarının yetersiz olduğunu düşünmekteyiz. Özellikle de risk faktörü olmayan ve de spontan gebelikler de meydana gelen bu vakalarda tanı güçleşmekte ve buna bağlı komplike bir hal alabilmektedir. Sunulan vakada da hasta öncelikle rüptüre ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilmiş daha sonra kornual gebeliği görülerek heterotopik gebelik tanısı konmuştur.

Biz de bu tarz hastaların tanısız sonuçlarını iyileştirmek ve spontan sıklularda, risk faktörü olmadan da heterotopik gebelik olabileceğinin, bu nedenle seri β -hcg ve ultrason takiplerinin tanıdaki önemini vurgulayarak hekimlerin dikkatini çekmeyi amaçladık.

KAYNAKLAR

1. Fatema N, Al Badi MM, Rahman M, Elawdy MM. Heterotopic pregnancy with natural conception; a rare event that is still being misdiagnosed: a case report. Clin Case Rep 2016(2);4:272-5
2. Lee JS, Cha HH, Han AR, Lee SG, Seong WJ. Heterotopic pregnancy after a single embryo transfer. Obstet Gynecol Sci 2016;59:316-8
3. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, Lopez de Larruzea A, Agirregoikoa J. A, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. Fertil. Steril. 2007;87:417-419-5
4. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. Am J Obstet Gynecol 2000;182:1264-70.
5. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. Fertil Steril 1996;66:1-12.
6. Maruotti GM, Sarno L, Morlando M, Sirico A, Martinelli P, Russo T. Heterotopic pregnancy: it is

really a rare event? The importance to exclude it not only after in vitro fertilization but also in case of spontaneous conception. Fertil Steril 2010;94:49.

7. Yu Y., Xu W., Xie Z., Huang Q., and Li S. Management and outcome of 25 heterotopic pregnancies in Zhejiang, China. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol 2014;180:157-61
8. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle: do not forget about it. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology 1999;87:91-103
1. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propos de cinq cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reproduction 2000;29:131-14
9. OuYang Z, Yin Q, Xu Y, Ma Y, Zhang Q, Yu Y. Heterotopic cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. J Ultrasound Med 2014;33:1533-7
10. Şendur N, Karaman G, Şavk E, Şahin Karakaş E. Akut Metotreksat Toksikitesinin Erken Belirtisi; Deri Ülserleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2002;22:593-6
11. Bright D A, Gaupp FB. Heterotopic pregnancy: a re evaluation. J Am Board Fam Pract 3 1990;3:125-8
12. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle: do not forget about it. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology 1999;87:91-103