

Over Kanserini Taklit Eden Kronik Ektopik Gebelik Chronic Ectopic Pregnancy Mimicking Ovarian Cancer

Şenol Şentürk¹, Mehmet Kağıtçı¹

¹: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Rize/ Türkiye
Doç. Dr. Şenol Şentürk: senol.senturk@erdogan.edu.tr
Dr.Öğr. Üyesi Mehmet Kağıtçı: mehmet.kagitci@erdogan.edu.tr

Sorumlu yazar:

Şenol Şentürk, Doç. Dr.

Adres: Recep Tayyip Erdoğan
Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum
ve Hastalıkları ABD-Rize

Tel: +90 505 316 28 90

E-posta: mehmet.kagitci@erdogan.edu.tr
Chronic Ectopic Pregnancy Mimicking
Ovarian Cancer

Anahtar Kelimeler:

Ektopik gebelik, β -hCG, laparotomi

Başvuru Tarihi : 2023-05-22

Kabul Tarihi : 2023-06-18

Özet

Ektopik gebelik, zigotun uterin kavite dışına yerleşmesiyle gelişen, geniş spektrumlu klinik tablodur. Gebe kadınların acil kliniklere başvuru sebepleri arasında ektopik gebelik oldukça sıktır. Ektopik gebelik tedavisi, zigotun yerleşim yerine ve klinik presentasyonuna göre farklılık gösterir. Kronik ektopik gebeliğin, klinik presentasyonu diğer ektopik gebeliklerden farklıdır. Kronik ektopik gebelik varlığında; klinik bulguların nonspesifik olması ve laboratuvar sonuçlarının tanı koydurucu olmaması teşhiste yanılgılara neden olabilir. Biz bu vaka takdimimizde, kliniğimize ağrı ve kanama ile başvuran gebe kadında, klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile kesin tanı koyamadığımız ve cerrahi yöntemlerle tanı koyup, tedavi ettiğimiz kronik ektopik gebelik tanısı olan bir vakayı bildirdik.

Giriş

Ektopik gebelik; gebeliğin erken döneminde genellikle ilk trimesterde rastlanan ve gestasyonel sac'ın uterus dışında yerleşimiyle tanımlanan hayati tehlikesi olan acil ve önemli bir patolojik durumdur. Ektopik gebelik görülme oranının özellikle son iki dekada artış gösterdiği ve 1970 tarihinde insidans 0,5% iken; günümüzde insidansın 2,0 % oranlarına ulaştığı izlenmiştir (1).

Ektopik gebelik, maternal ölümlerin önemli nedenleri arasında sayılmış ve son 20 yıldır elde edilen veriler, her yıl gebelik ilişkili ölümlerin yaklaşık 4% 'ünden sorumlu olabileceğini göstermiştir (2). Ektopik gebeliğe, genellikle ilk trimesterde rastlanılmakla birlikte gebeliğin 6. -10. haftalarında tanı koyma olasılığı yüksektir. Irk, etnisite, daha öncesinde geçirilen tubal cerrahi, ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, tubal ligasyon, klamidya veya gonokokal servisit ve infertilite hikâyesi ektopik gebeliğin gelişme riskini arttırabilen etkenlerdir. Ektopik gebelik gelişen kadınların yaklaşık 50%' sinde bir neden saptanamamıştır (3,4).

Klinik olarak, klasik semptomların görülmediği ve tanı koymanın güç olduğu kronik ektopik gebelik, hematosalpinxin en sık tanımlandığı tubal gebelik ve tubal olmayan gebelikler (ovaryan gebelik, abdominal gebelik, interstitial, kornual, rudimenter horn, intraligamental ve servikal gebelik) olarak görülebilirler. Ektopik gebelik varlığında; her bir klinik prezantasyonun farklı tedavi edilmesi gerekir (5).

Kronik ektopik gebelikte, klinik ve laboratuvar bulguların non-spesifik olması nedeniyle tanı koymanın güç olabileceği bildirilmiştir. Abdominal ağrı, vajinal kanama ve menstruel siklus gecikmesi ektopik gebeliğin klasik bulguları arasında sayılabilir. Günümüzde; serum β hCG (human chorionic gonadotropin) seviyelerinin ve ultrasonografinin daha yaygın kullanılabilir hale gelmesinin ile ektopik gebelik tanısı koyma oranını arttırdığı

düşünülmektedir. Tanı koymada; serum β hCG, progesteron seviyeleri, transvajinal ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntülemesi kullanılmakla birlikte bu yöntemlerle ektopik gebelik tanısının konulamadığı olguların azımsanamayacak oranda olduğu görülmüştür. Bu nedenle; laparotomi ve laporoskopik cerrahi kesin tanıyı koymada önemli rol oynar (6).

Biz bu yazımızda ektopik gebelik ön tanısını düşündüğümüz ancak klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile kesin tanı koyamadığımız, cerrahi yöntemlerle kesin tanı koyup tedavi uyguladığımız vakamızı bildirmeyi hedefledik.

Vaka Sunumu

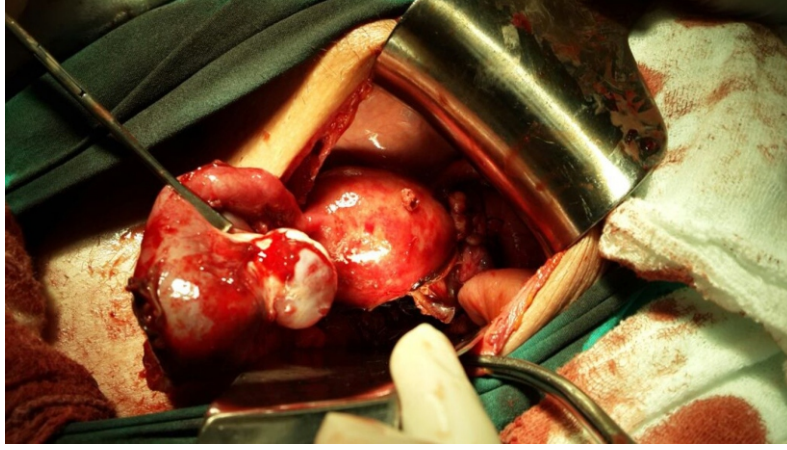
39 yaşında kadın hasta, bir aydır süren kanama şikâyeti nedeniyle gittiği klinikte yapılan transvajinal ultrasonografide şüpheli adneksiyel kitle görülmesi üzerine ileri araştırma ve tedavi yapılabilmesi amacıyla kliniğimize sevk edilmiştir. Hastanın anamnezinde, iki gebelik, iki canlı doğum ve şu anda yaşayan, sağlıklı iki çocuğu olduğu öğrenildi. Hastanın, menstruel sikluslerinin düzenli olduğu ancak bir ay önce menstruel siklus gecikmesi ve ardından bir aydır süren leke tarzında vajinal kanaması olduğu bilgisi alındı. Abdominal ağrı tariflememekle birlikte hafif şiddette kasık ağrısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; hastanın genel durumunun iyi olduğu ve vital bulguların stabil seyrettiği (TA (tansiyon arteriyel): 120/70 mmHg, nabız: 80/dakika ve ateş: 36,5 Co) gözlemlendi. Jinekolojik muayenede; serviks hareketleri ile hafif ağrılı adneksiyel dolgunluk saptandı.

Transvajinal ultrasonografik muayenesinde; sağ adneksiyel alanda 96x70 mm boyutlarında düzensiz kenarlı yer yer kistik alanlar içeren heterojen yapıda solid kitle izlendi (Şekil 1). Sol adneksde de 33x24 mm boyutlarında hidrosalpenks olarak yorumlanan düzensiz kistik kitle imajı mevcut idi. Uterus ve endometrium doğal görünümde olup, Douglas'ta serbest mayii izlenmedi. Laboratuvar bulgularında; Hb (hemoglobin):10,7 g/dL, Htc (hematokrit): 32,6 %, lökosit: 7.24 x10³/mm³, CRP (C- reaktif protein): 5 mg/dL (normal range < 5mg/dL) ve tümör markerları normal seviyelerde ölçüldü. Serum β human chorionic gonadotropin (β - hCG):139 IU/mL seviyesinde saptanması üzerine over tümörü ve ektopik gebelik ön tanılarıyla hasta kliniğe hospitalize edildi. Ayırıcı tanı yapabilmek amacıyla; alt abdominal magnetik rezonans görüntülemesi yapıldı; ancak kesin tanı koymamız açısından yeterli olmadı. Bu nedenle tanı ve tedavi amacıyla cerrahi girişim yapılması planlandı ve hasta onamı alındı. Hastanın bu süreçteki klinik takibinde, genel durum bozukluğu saptanmadı, vital bulgular stabil seyretti ve vajinal kanamada artış izlenmedi. Laboratuvar bulgularında ise; CRP artışı olmadı ve hemogram değerlerinde kanamayı destekler bulgu saptanmadı. Serum β hCG seviyeleri, ilk ölçümden 24 saat sonra 103 IU/mL ve 48 saat sonra 129 IU/mL olarak ölçüldü. Preoperatif dönemde; vital bulguları stabil seyreden ve hemogramda değişiklik saptanmayan hastaya antibiyoterapi başlandı.



Şekil 1. Antenatal ultrasonografide fetüste gastrik dilatasyon.

Laparotomi alınan hastanın operasyonu esnasında; tüm pelvisde barsakların da yapıştığı konglomere bir kitle görüldü. Tek tek barsaklar ve diğer yapışıklıklar açılarak uterus ve adneksler ve douglas boşluğu serbestleştirildi. Sağ adneksde düzensiz kitlenin ampuller ektopik gebelik olabileceği gözlemlendi. Sağ adnexteki kitle retroperiton kısımdan rüptüre olup aşağıya doğru ilerlediği ve eski hematoma varlığı izlendi (Şekil 2). Sol adneksde yapışıklıklardan ayrıldıktan sonra ampuller bölgede hidrosalpenks olduğu tespit edildi. Hastanın çocuk isteği olmadığı bilindiğinden sağ ve sol salpenjektomi uygulandı. Eksize edilen kitlede yapılan frozen incelemesi benign özellikler göstermesi üzerine operasyona son verildi.



Şekil 1. Sağ adnexial rüptüre ampuller kronik ektopik gebelik

Postoperatif dönemde hastanın vital bulguları stabil seyretti ve vajinal kanamasının, enfeksiyon bulgusunun olmadığı izlendi. Serum β hCG seviyelerinin aşamalı olarak azaldığı ve bir hafta sonra 0,1 IU/mL değerlerine düştüğü ölçüldü. Komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 7. gün externe edildi. Patolojik inceleme sonucu sağ tubal ektopik gebelik ve sol hidrosalpenks olarak rapor edildi. Hastadan yazılı onam alınmıştır.

Tartışma

Acil kliniklere gebeliğin ilk trimesterde başvuran hastalarda; ağrı ve/veya vajinal kanama hikâyesi olması durumunda ektopik gebelik tanısının düşünülmesi gerektiği kabul edilmiştir. Birçok çalışmalar sonucunda, ektopik gebelik vakalarında; kanama veya ağrı ya da her iki klinik bulgunun bir arada görülme ihtimalinin 6% ile 16% oranları arasında değişebileceği gösterilmiştir. Ektopik gebelik rüptürü sonucu intraperitoneal kanama hipovolemik şoka neden olabilir. İlâveten; artmış enfeksiyon gelişme riski, subfertilite vb. maternal morbidite ve mortalite nedenleri arasında sayılabilir (7).

Labarotuar testleri ve görüntüleme yöntemleri bazen ektopik gebelik kesin tanısını koymada yetersiz kalmaktadır. Özellikle; fallop tüp kanserleri, endometriyozis ve over maligniteleri ile ayırıcı tanı yapılamayabilir ve tanı - tedavi amacıyla hastanın klinik durumu göz önüne alınarak laparotomi ya da laparoskopik cerrahi müdahale yapmak gerekebilir (8).

Bizim vakamızda, hastanın yaşı ve klinik bulguları (kasık ağrısı, kanama) değerlendirildiğinde ektopik gebelik ön tanısı düşünüldü. Ayrıca; labarotuar bulgularında, serum β -hCG seviyeleri ektopik gebelik tanısını destekliyordu. Normal gebelikte; ilk trimesterde; serum β -hCG seviyelerinin her iki günde bir katlanarak

yükseldiği ve 48 saatte cut-off değerinin 66%'sı kadar artabileceği bilinir. Ektopik gebelik vakalarında ise serum β -hCG seviyelerinin yükselişi ve ardından düşüşü izlenir (9). Bizim vakamızda da, hastanın gelişi ve gelişinden sonraki ilk 48 saat içinde bakılan serum β -hCG seviyelerinin yükselme ve düşme eğiliminde olması ektopik gebelik laboratuvar bulguları ile uyumlu olmaktadır. Ancak; hastanın daha önce ektopik gebelik öyküsü ve servisit, pelvik inflamatuvar hastalık gibi ektopik gebelik riskini arttıracı patolojik bir durum saptanmaması ve görüntüleme yöntemlerinin ayırıcı tanı yapmamıza yardımcı olmaması nedeniyle cerrahi müdahale ile tanı ve tedavinin daha uygun olabileceğini düşündük. Cerrahi müdahalede, ampuller ektopik gebelik varlığının intraabdominal yapışıklıklara neden olduğunu ve pelvik bölgede kanama varlığını saptadık. Hastamıza; klinik ve laboratuvar bulguların nonspesifik olması ve özellikle pelvik bölgeye kanama varlığı nedeniyle kronik ektopik gebelik tanısı koyduk. Gestasyonel kesenin büyüklüğü, hastanın çocuk istememesi ve komplike bir vaka olması nedeniyle tedavide salpenjektomi yapmayı tercih ettik.

Ektopik gebelik tanısı konulduğunda tedavi kararı; hastanın yaşı, çocuk isteği, klinik ve laboratuvar bulguları ile gebeliğin klinik prezantasyonu göz önünde bulundurularak verilmesi önerilmiştir. 10 Cerrahi tedavi, günümüzde de önemini sürdürmekte ve konservatif tedavinin altın standardı olarak kabul edilmektedir. Cerrahi tedavide uygulanan salpenjektomi ile salpingostomi arasında tedavi başarısı açısından fark olmadığını ancak salpingostomi uygulanan vakalarda fertilitenin korunduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra; ektopik gebelik tanısında cerrahi tedavi gerekliliğinde salpenjektomi ile başarı oranının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (10,11). Kontrolsüz kanama varlığında, aynı tüpte ektopik gebelik oluşması halinde veya ciddi tüp hasarında, tubal gestasyonel sacın 5 cm'den büyük olması durumunda cerrahi tedavinin gerekli olduğu kabul edilmiştir. Serum β hCG düzeylerinin 15 IU/L altında olması ve hastanın klinik bulgularının stabil seyretmesi koşuluyla ektopik gebeliğin spontan gerilemesi olasılığı nedeniyle takip önerilmiştir. Son yıllarda cerrahi tedaviye alternatif olarak folik asit antagonisti olan metotreksatın kullanımı gündeme gelmiştir. Ancak metotreksat tedavisi verilecek hastaların yakın takip edilmesi ve serum β hCG seviyelerinin 5000 IU/L altında olması ve obstetrik ultrasonografide fetal kardiyak aktivitenin olmaması gibi spesifik özelliklere sahip hastalara metotreksat verilmesinin uygun olacağı desteklenmiştir (12).

Kronik ektopik gebelik tanısı koymak, ektopik gebeliklerin diğer klinik prezantasyonları göz önüne alındığında daha zordur ve genellikle over ve fallop tüp maligniteleri ile ayırıcı tanısı yapılamayabilir. Bu vakalarda tanı ve tedavi amacıyla cerrahi müdahalenin daha uygun olabileceği ve cerrahi yöntemin hastanın klinik özelliklerine göre seçilmesi gerektiği fikri desteklenmiştir. Biz de; bu yazımızda kesin tanı koyamadığımız cerrahi müdahale ile tanı koyup tedavi ettiğimiz kronik ektopik gebelik tanılı bir vakayı sunduk.

Sonuç

Günümüzde; ektopik gebelik tedavilerinin subfertilite, morbidite ve mortalitedeki başarı oranlarını karşılaştıran randomize çalışmalar mevcut değildir. Tüm dünyada; görülme sıklığı giderek artan ektopik gebeliğin, gelecekte önemli bir sorun olabileceğini ve bu nedenle hastaların klinik, ırk, etnik özelliklerinin göz önüne alındığı ve tedavi başarılarının karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanısındayız.

Çıkar Beyannamesi

Herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığını yazarlar beyan etmektedirler

Kaynaklar

1. Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M. Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy: natural history. *Fertil Steril*. 1995;63(1):15-19.
2. Elson J, Tailor A, Banerjee S, Salim R, Hillaby K, Jurkovic D. Expectant management of tubal ectopic pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23(6):552-556.
3. Dart RG, Kaplan B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med*. 1999;33(3):283-290.
4. Xiao GH, Chen DJ, Sun XF, She RQ, Mai YM. Abdominal pregnancy: full-term viable baby. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;118(1):117-118.
5. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2013;68(8):571-581.
6. Harada M, Hiroi H, Fujiwara T, et al. Case of chronic ectopic pregnancy diagnosed in which the complete shape of the fetus was visible by ultrasonography. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;36(2):462-465.
7. Spandorfer SD, Barnhart KT. Role of previous ectopic pregnancy in altering the presentation of suspected ectopic pregnancy. *J Reprod Med*. 2003;48(3):133-136.
8. Anderson MC, Robboy SJ, Russell P. Robboy SJ, Anderson MC, Russell P. Pathology of the female reproductive tract. London, England: Churchill Livingstone, 2002:415-444.
9. Dart RG, Mitterando J, Dart LM. Rate of change of serial beta-human chorionic gonadotropin values as a predictor of ectopic pregnancy in patients with indeterminate transvaginal ultrasound findings. *Ann Emerg Med*. 1999;34(6):703-710.
10. Fernandez H, Capmas P, Lucot JP, et al. Fertility after ectopic pregnancy: the DEMETER randomized trial. *Hum Reprod*. 2013;28(5):1247-1253.
11. Jourdain O, Hopirtean V, Saint-Amand H, Dallay D. Fertilité après traitement chirurgical d'une grossesse extra-utérine [Fertility after laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 138 patients]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001;30(3):265-271.
12. Cecchino GN, Araujo Júnior E, Elito Júnior J. Methotrexate for ectopic pregnancy: when and how. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(3):417-423.



Abstract

Short bowel syndrome is a rare cause of malabsorption resulting from loss of intestinal volume secondary to surgical resection of the small intestine.

In order to alleviate this state, appropriate nutritional, fluid and compression support should be provided. The cause of the disease should be determined and a nutrition plan should be made taking into account the type of surgical procedure, if any. The main goal of treatment in short bowel syndrome is to ensure bowel adaptation and to protect the patient from malnutrition during this period.

In this study, a case of recurrent acute renal failure due to short bowel syndrome caused by ischemic colitis surgery is presented.

Keywords: Acute Kidney Injury, Short Bowel Syndrome



Address