

Spontan Siklusta Heterotopik Gebelik

Heterotopic Pregnancy in a Spontaneous Cycle: Case Report

Dr. Müjde ŞEKEROĞLU,^a
Dr. Meltem TEKELİOĞLU,^a
Dr. Mashoda BADAR,^a
Dr. Nimet GÖKER^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 06.03.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 18.06.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Müjde ŞEKEROĞLU
Şişli Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İSTANBUL
muji1@yahoo.com

ÖZET Heterotopik gebelik, doğal sikluslarda 1/30.000 den daha az sıklıkta görülmektedir ve potansiyel olarak ölümcüldür. 28 yaşında gravida 1, parite 0, doğal siklusta oluşmuş 6 hafta 6 günlük gebeliği mevcut ve akut karın bulguları olan bir olguyu inceledik. Hastaya laparotomi uygulandı ve intrauterin gebelik yanında rüptüre olmamış sağ tubal ektopik gebelik saptanarak salpenjektomi yapıldı. Heterotopik gebelik doğal sikluslarda nadir olmakla birlikte, karın ağrısı ile başvuran ve gebelik tespit edilen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, ektopik, abdominal ağrı

ABSTRACT Heterotopic pregnancy occurs with a frequency of lesser than 1/30.000 in natural cycles and is a potentially fatal condition. We examined a 28 year old patient who was gravida 1 para 0, with a 6 week and 6 days pregnancy presenting with acute abdominal symptoms. Laparotomy was performed and along with the intrauterine pregnancy, an unruptured ectopic pregnancy was observed in the right fallopian tube, and hence salpingectomy was done. Though heterotopic pregnancy is found rarely in natural cycles it is a condition that should come to mind in the differential diagnosis of patients presenting with abdominal pain.

Key Words: Pregnancy, ectopic, abdominal pain

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008, 18:65-67

Heterotopik gebelik, intrauterin gebelik ile aynı anda bir veya daha fazla ektopik gebelik odağının bulunmasıdır. İlk olarak 1708'de bir otopside rapor edilmiştir.¹ Heterotopik gebelik doğal sikluslarda çok nadirdir ve 1/30.000'den daha az sıklıkla rastlanır.² Yardımcı üreme tekniklerinin uygulanması ile birlikte bu oranın yaklaşık 100 kat arttığı bildirilmiştir.^{3,4}

Biz kesin tanısına ancak laparotomi ile varabildiğimiz spontan siklusta oluşmuş bir heterotopik gebelik olgusunu sunmak istedik.

OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında G1 Po, doğal siklusta oluşmuş 6 hafta 6 günlük gebeliği olan hasta şiddetli sağ alt kadranda ağrısı ile Şişli Etfal Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum acil polikliniğine başvurdu. Yaşamsal bulgular normaldi. Karın muayenesinde, her iki alt kadranda hassas ve rebound mevcuttu. Pel-

vik değerlendirmede uterus yaklaşık 7 hafta irilikte ve servikal hareketlerde hassasiyet mevcuttu. Spekulumda vaginal kanama görülmedi. Transvaginal ultrasonografide (TVUSG) intrauterin Baş Popo Uzunluğu 6 hafta 6 gün ile uyumlu canlı fetus izlendi. Sağda over lojunda; overe ait olup olmadığı belirlenemeyen ve kollabe olmuş folikülü andıran yaklaşık 15 mm çapında hipoekoik lezyon görüldü. Douglasta bol miktarda ekojenik sıvı mevcuttu.

Hasta sağ hemorajik korpus luteum?/ heterotopik gebelik? öntanılarıyla laparotomiye alındı. Pfannenstiel insizyon ile karın açıldı. Bol miktarda kanlı sıvı mevcuttu ve sağ tubanın ampuller bölgesinde ~2 cm'lik rüptüre olmamış ektopik gebelik odağı izlendi, diğer over normal görünümde ve uterus 7 haftalık gebelik iriliğinde idi. Sağ tuba, etrafı ile enfeksiyon sekeli olduğu düşünülen yapışıklıklar gösteriyordu. Salpenjektomiye karar verildi. Serum fizyolojik ile yıkama ve aspirasyonu takiben ameliyata son verildi.

Ameliyat sonrası erken dönemde hidrasyon yapıldı ve mikronize progesteron kapsül 3x100 mg oral olarak verildi. Ameliyat sonrası 1. günde TVUSG de canlı intrauterin gebelik izlendi. Hasta ameliyat sonrası 4. günde taburcu edildi ve düzenli antenatal izlemeye alındı. Gebelik sorunsuz devam etmekte olup henüz doğum gerçekleşmemiştir.

TARTIŞMA

Heterotopik gebelik seyrek görülür ve değişik biçimlerde izlenebilir: Tek ya da bilateral tubal, abdominal, kornual, servikal, ovarian ektopik gebelikler intrauterin bir gebelik ile eş zamanlı bulunarak heterotopik gebelik oluşturabilirler.^{4,5,7}

Pelvik inflamatuvar hastalık sonrası tubal hasar, endometriozis ve önceki tubal cerrahi, heterotopik gebelik için predispozan faktörler olup, ektopik gebeliğin predispozan faktörleri ile benzerdir.

Heterotopik gebelikler erken haftalarda tanı alırlar. Tal ve ark.nın³ raporuna göre heterotopik gebeliklerin %70'i 5-8. gebelik haftasında tanınmaktadır.

Heterotopik gebelik tanısında yakınmalar çok yol gösterici olmayabilir. Reece ve ark.,⁶ 66 heterotopik gebeliği retrospektif olarak incelemişler ve 4 ana yakınma ve bulgu saptamışlardır: 1) Karın ağrısı 2) Adneksial kitle 3) Peritoneal irritasyon 4) Büyük uterus. Tal ve ark.,³ heterotopik gebeliklerin %83'ünde karın ağrısı, %13'ünde karında hassasiyet ile hipovolemik şok olduğunu ve hastaların yarısında vajinal kanama olmadığını rapor etmiştir. Bizim olgumuzda da vajinal kanama mevcut değildi ancak peritoneal irritasyon bulguları vardı.

Transvajinal ultrasonografi heterotopik gebelik tanısında önemli bir araçtır.^{7,8} Fakat ektopik gebeliğin sonografik ayırımında sensitivitesi (%56) düşüktür.^{7,9} TVUSG da tubal ektopik odağı ile hemorajik korpus luteum kistinini ayırmasını yapmak zordur. Burada ultrasonografik morfolojik karakteristikler yardımcı olabilir. Gebelik kesesinin etrafını çevreleyen ve trofoblastik invazyonunun göstergesi olan halka, Korpus luteumun etrafını çevreleyen ovarian dokudan daha ekojenik bir görünüme sahiptir. Hemorajik korpus luteum ise ince septasyonlu internal ekolar gösterir.⁵

Kavum kanla dolu olduğunda intrauterin gebelik izlenmeyebilir. Ultrasonda intrauterin ve ekstrauterin gebeliğe ait kalp aktivitesinin izlenmesi tanıda çok yararlıdır fakat az rastlanan bir durumdur. Bununla birlikte fetal kalp aktivitesi başlangıcı intrauterin ve ekstrauterin gebeliklerde farklı zamanlarda olabilir.¹⁰ Hirsh ve ark.,¹¹ intrauterin kalp aktivitesi oluşumunu, ekstrauterin fetal kalp aktivitesi başlangıcından 6 gün sonra izlemiştir.

Ektopik gebelik tanısında seri βhCG ölçümleri de yararlıdır fakat heterotopik gebelikte intrauterin gebeliğin yüksek plasental üretimi nedeniyle yanıltıcı olabilir.⁷

Batın içi kanamanın saptanmasında kullanılan bir yöntem olan kuldosentezin, TVUSG'ye üstünlüğü gösterilememiştir ve ektopik gebelik ayırıcı tanısında yararı olmayan invaziv bir yöntemdir.

Ektopik gebeliğin standart tedavisi cerrahidir. Laparotomi ya da laparoskopik olgunun durumuna göre tercih edilebilir.

Rüptüre olmamış tubal ektopik gebeliklerde, linear salpingotomi ile gebelik beklentisi olan hastalarda %80 civarında spontan gebelik oluşabilmektedir. Bizim olgumuzda ektopik gebelik izlenen tubada pelvik enfeksiyon sekeli olabilecek yapışıklıklar bulunduğundan, sonraki gebeliklerinde oluşabilecek ektopik gebelik riski nedeniyle salpenjektomi uygulandı.

Rüptüre olmamış tubal ektopik gebeliklerde, cerrahiye alternatif bir diğer tedavi yöntemi ektopik odağa potasyum klorür injeksiyonudur.^{7,12} Metotreksat, RU486 ya da prostaglandinler intrauterin gebeliğe etkilerinden dolayı tercih edilmez.^{7,13} Literatürde potasyum klorür uygulanan ve sağlıklı doğumlarla sonuçlanan birçok olgu bildirilmiştir. 1970'lerde Smith ve Siddique¹⁴ heterotopik gebeliklerde intrauterin fetus için canlı doğum oranını %35-54 olarak bildirmiştir. 1996 da 139 olgunun incelenmesinde canlı doğum oranı %66 olarak bil-

dirilmiştir.³ Bu iyileşme, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve infertilite tedavisi alanların düzenli izlenmesine bağlanmaktadır.

Hidrasyon ve progesteron, abortusu önlediğine dair kesin kanıt olmamakla birlikte, ameliyat sırasındaki manipulasyonların etkilerini en aza indirmek ve uterus kontraksiyonlarını azaltmak amacıyla uygulanmıştır.

Heterotopik gebelik tanısını netleştirmek acil koşullarda zor olabilir. Biz bu olgu nedeniyle; tubal ve intrauterin odaklarda kendini gösteren heterotopik gebeliğin özellikle hemorajik korpus luteum ile karışabileceği sonucuna vardık.

Sonuç olarak; karın ağrısı ile başvuran ve gebelik tespit edilen hastalarda, herhangi bir acil girişimden önce heterotopik gebelik olasılığının akılda bulundurulması, özellikle tedavi seçenekleri düşünüldüğünde önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

- Bright DA, Gaupp FB. Heterotopic pregnancy: a reevaluation. *J Am Board Fam Pract* 1990;3:125-8.
- Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K.. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle: do not forget about it! *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;87:91-3.
- 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.
- Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: Contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:1264-70.
- Wang PH, Chao HT, Tseng JY, Yang TS, Chang SP, Yuan CC, et al. Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies: A case report and a brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;80:267-71.
- Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-30.
- Varras M, Akrivis C, Hadjopoulos G, Antoniou N. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting with tubal rupture: a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;106:79-82.
- Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Hum Reprod* 1997;12:1100-2.
- Ankum WM, Van der Veen F, Hamerlynck JV, Lammes FB. Transvaginal sonography and human chorionic gonadotrophin measurements in suspected ectopic pregnancy: A detailed analysis of a diagnostic approach. *Hum Reprod* 1993;8:1307-11.
- Botta G, Fortunato N, Merlino G. Heterotopic pregnancy following administration of human menopausal gonadotropin and following in vitro fertilization and embryo transfer: two case reports and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;59:211-5.
- Hirsch E, Cohen L, Hecht BR. Heterotopic pregnancy with discordant ultrasonic appearance of fetal cardiac activity. *Obstet Gynecol* 1992;79(5 (Pt 2)):824-5.
- Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivennes F, Frydman R. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: A report of six cases. *Fertil Steril* 1993;6:428-32.
- Scheiber MD, Cedars MI. Successful non-surgical management of a heterotopic abdominal pregnancy following embryo transfer with cryopreserved-thawed embryos. *Hum Reprod* 1999;14:1375-7.
- Smith DJ, Siddique FH. A case of heterotopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1970;108(8):1289-90.