

Olgu Sunumu: 18 Haftalık Tubal Gebelik

CASE REPORT: REPORT OF EIGHTEEN WEEKS OF GESTATIONAL AGE OF TUBAL PREGNANCY

Dr.Faik KOYUNCU, Dr.isa ÖZELMAS, Dr.Cemal KARANFİL, Dr.Hüseyin GÜNEŞ, Dr.Erdinç BALIK

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, İZMİR

ÖZET

Ektopik gebelik, anne mortalitesinin varlığı ve insidan-sındaki artış ile halen tıbbın ilgi alanında olmaya devam etmektedir.

Olgumuz 18 haftalık gebelik yaşına kadar büyümüş, radikal cerrahi yöntem ile tedavi edilebilmiş tubal bir gebelik idi. Günümüzde erken dönemde saptanabilmesi halinde tıbbi veya konservatif cerrahi yöntemlerin uygulanabilmesi ise ektopik gebeliğin önemini bir kat daha arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, Konservatif cerrahi, Radikal cerrahi

T Klin Jinekoloj Obst 1993, 3:239-241

SUMMARY

Ectopic pregnancy, which is still important for maternal mortality is gaining higher incidence in medicine on a day by day basis.

The tubal pregnancy case, which was 18 gestational weeks in duration was treated by radical surgery. If the tubal pregnancy can be diagnosed at the beginning of gestation, medical treatment or conservative surgery can be performed as a noninvasive approach.

Key Words: Tubal pregnancy, Conservative surgery, Radikal surgery

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3:239-241

Ektopik gebelik fertilize ovumun endometrial kavite dışında implante olmasıdır (1). Erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere karşın, anne ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (1,2). Jinekolojik bir yakınma nedeniyle başvuran her 12 hastadan 1'i dış gebeliktir ve ilk trimestirde en sık görülen komplikasyonlardan birisidir (2,3).

Dış gebeliğin primer nedeni henüz kesin bilinmemesine karşın, en önemli olanları, geçirilmiş pelvik enfeksiyonlar ve bunların yetersiz sağlımlarıdır (1,4). Bunun dışında; geçirilmiş tubal cerrahi girişimler ve önceki dış gebelik öyküsü, hatta geçirilmiş appendektomi intrauterin araç kullanımı, tubal sterilizasyon sonrası ve invitro fertilizasyon-embrio transferi olgularında da dış gebelik insidansı belirgin olarak artmaktadır (1,2).

Olguların %95'inde implantasyon tubadadır (1). Tubal gebelikler sıklık derecelerine göre, %55 ampullar, %25 istmik, %17 fimbrial, %2 interstisyel yerleşimlidir.

Tubal dışında ovarian, abdominal, intraligamenter, servikal ve kornual yerleşimli olabilir (1).

Karın ağrısı, adet gecikmesi ve vajinal kanama en sık rastlanan belirtilerdir, intraabdominal hemoraji sonucu akut batın ve şok tablosu gelişebilir (1,4).

Günümüzde dramatik semptomların ortaya çıkmasından önce, dış gebeliğin tanısında; gebelik testi, seri beta hCG ölçümü, abdominal ve endovajinal ultrasonogram, kuldosentez, probe küretaj ve laparoskopiden yararlanılır (1,4,5).

Sağılımda ise; laparoskopik salpingotomi gibi konservatif cerrahi, laparoskopik veya laparotomik salpingektomi gibi radikal cerrahi ve sistemik veya lokal metotreksat uygulaması gibi cerrahi olmayan yöntemlerden vakaya uygun olanı seçilir (1,4,5,6). Lokal medikal tedavide transabdominal, transvajinal ve transuterin yolla metotreksat, prostaglandinler ve hiperosmolar glukoz kullanılabilir (2).

OLGU SUNUMU

27 yaşında, 7 yıllık evli, 2 vajinal spontan doğumu olan Ü.A. 15.8.1992 tarihinde 04:30'da acil olarak yakınları tarafından polikliniğimize getirildi. Son adet tarihi

Geliş Tarihi: 17.10.1992

Kabul Tarihi: 14.5.1993

Yazışma Adresi: Dr.Faik M.KOYUNCU
SSK Tepecik Doğumevi

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3

239



Şekil 1, Tubal gebelik materyali



Şekil 2, Tubal gebelik materyali

17.3.1992 olan hasta, 4 saattir devam eden yaygın karın ağrısı, halsizlik ve baygınlık geçirme yakınmaları vardı.

Fizik muayenede; TA:60/40 mmHg, nabız 108/dakika ritmik filiform, aksiller ısı 36.7C, batında yaygın hassasiyet olup rebound (+) bulundu.

Jinekolojik muayenede; vulva-vajen normal, kollum kapalı multipar görünümde, eksutero kanama yoktu. Uterus ve bilateral adneksler muskuler defans nedeniyle tam olarak değerlendirilemedi.

Laboratuvar tetkiklerinde; idrarda pregnestikon (+), beyaz küre 28.100/ml, Hemogloblin 8.3gr/dl, hematokrit %27, trombosit 396.000/ml bulundu.

Hastanın şok tablosundaki klinik görünümü nedeniyle diğer invazif ve non-invazif tetkikleri yapılmaksızın acil genel cerrahi konsültasyonu sonrasında laparotomiye karar verildi. Laparotomide, batında yaklaşık 1-1.5 litre serbest kan vardı. Batındaki serbest kan temizlendikten sonra eksplorasyonda, uterus yaklaşık 8 haftalık gebelik cesametinde, sol adneks normal, sağ tubanın ampullasındaki rüptür alanından batın boşluğuna düşmüş, 21 cm boyunda, 540 gram ağırlığında 18 haftalık gebelik yaşına uyan canlı bir erkek fetus gözlemlendi (Şekil 1,2). Plasentanın ampulla ve round ligamentli içine aldığı görüldü. Hastaya sağ salpenjektomi yapıldı. Kanama kontrolünü takiben douglasa bir adet lastik dren konularak batın katları anatomiye uygun kapatıldı. Fetus 10 dakika sonra eksitus oldu. Hastaya toplam 2 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Postoperatif 5. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ektopik gebelik insidansı toplumlara göre farklılık göstermekte olup, düşük sosyoekonomik seviyeli toplumlarda daha fazladır. En sık rastlanan ülkelerden bir tanesi Jamaica'dır. Buradaki oran 28 canlı doğumda 1'dir. Ektopik gebeliğin dünyadaki sıklığı son 10 yılda düzenli artış göstermiştir. ABD'de oran 80 gebelikte

1'e tırmanmıştır ve 1987'de "The Centers for Disease Control" (Hastalık Kontrol Merkezleri), ektopik gebeliğin 2. maternel mortalite nedeni olduğunu bildirmiştir (1).

Ektopik gebelik, diğer birçok abdominal ve pelvik problemleri taklit eder. Bu nedenle abdominal ağrısı olan doğurganlık çağındaki her kadında ektopik gebeliğin düşünülmesi gerekir (1). Norman SG adlı bir araştırmacı çalışmasında dış gebelik olgularının %13'ünün tanı konulamadığı ve evine gönderildiğini göstermesi düşündürücüdür (3). Ancak hastanemizde doğurganlık çağındaki her amenore olgusuna ultrasonografik inceleme yapıldığı için ektopik gebeliği kaçırma olasılığı minimale indirilmiştir. Ektopik gebelik şüphesi olan olgularda takip protokolüne göre hareket edilmelidir (1). Ancak hastamıza acil koşullarda yaklaşmak zorunda kaldığımız için bu takip protokolünden yararlanılamadı ve akut batın nedeniyle laparotomiye karar verildi. Hastaya, klinik durumun aciliyeti, anestezi alma süresinin kısaltılabilmesi açısından ve rüptüre olan bölgedeki hasarın büyüklüğü de dikkate alınarak salpenjektomi uygulandı. Hasta ilk trimesterde hekime başvurmuş olsaydı ektopik gebelik erken dönemde tespit edilebilirdi ve konservatif cerrahi veya tıbbi tedavi ile gebelik sonlandırılabilirdi. Hastanemizdeki ektopik gebelik olguları genellikle hastaneye geç başvurdıkları için, büyümüş ve rüptüre olmuş acil koşullarda girilen operasyonlarda konservatif cerrahi uygulamak çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Hastanemizde dış gebelik oranı yılda yaklaşık 10.000 gebelikte 350 olup literatüre göre bu yükseklik sosyoekonomik ve kültürel düzeyin düşük olmasına bağlanabilir.

Garcia ve arkadaşları, rüptüre olmamış, 4 cm'den küçük, gestasyonel kese saptanan 13 ektopik gebelik olgusundan 4'üne laparoskopik iğne aspirasyonu, 8 tanesine konservatif tedavi, 1 tanesine de laparotomi uygulamışlardır. Daha sonra histerosalpingografi kontrollerinde hiçbir olguda tubalarda anlamlı bir hasar saptamamışlardır (6).

Ektopik gebeliklerin ömrü, yerleşim yerlerine göre değişebilmektedir. Literatürde interstisyel tubal gebelik-

lerin 12-14 gebelik haftasına kadar gelişebilmesine karşın abdominal gebeliğin miadına kadar ilerleyebildiği gösterilmiştir (1). Olgumuzun 18 haftalığa kadar ulaşan ampuller tubal gebelik olması literatür ışığı altında oldukça ilgi çekici olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ

Başlangıçta yapılabilecek bir ultrasonografik inceleme ve serum beta hCG düzeyi ölçümü ile hekimin daha huzurlu bir gebelik takibi yapacağı inancındayız.

Varolan bir ektopik gebeliğin erken dönemde tanı ve tedavisinin sekelsiz bir iyileşme ile gelecekte olabilecek fatal durumları önleme ve fertilitenin korunması açısından çok büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Scott JR, Disaia JP, Hammond BC, Spellacy NW. Ectopic pregnancy. *Danforth's Obstetrics and Gynecology* 1990; 12:221.
2. Nordenskjöld F, Ahlgren M. Risk factors in ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70(7-8):575-9.
3. Norman SG. An audit of the management of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1991 Dec; 98(12):1267-72.
4. Ory SJ. New options for diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *JAMA* 1992 Jan 22-29; 267(4):534-7.
5. Lindholm B. Ectopic pregnancy. Laparoscopic and medical treatment *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992 Jun 4(3): 400-5.
6. Carcia AJ, Aubert JM, Sama J, Josimovich JB. Expectant management of presumed ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 1987; 48:395.