

Primer Abdominal Gebelik (Olgu Sunumu)

PRIMARY ABDOMINAL PREGNANCY (CASE REPORT)

Erdal YERMEZ*, İsmail TEKER**

* Uz.Dr., SSK Hastanesi - Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, MANİSA

** Dr., Başkent Üniversitesi - Zübeyde Hanım Hastanesi, İZMİR

Özet

Olgu Sunumu: Temmuz 2000'de 28 yaşındaki hasta, mons pubis üzerinde subakut ve arasıra kolik tarzında olan ağrı yakınması ile başvurdu. Anamnezinde, PID atakları tanımlıyordu. Transvaginal ultrasonografisinde, rectosigmoid yerleşimli 8 haftalık, fetal kardiyak aktivitesi olmayan abdominal gebelik tesbit edildi. Acil laparotomi uygulandı.

Sonuç: Abdominal gebelik, ektopik gebelikler içerisinde son derece nadir görülen bir formdur. Diagnostik zorluklara karşılık, sonuçların ölümcül olabilmesi nedeniyle konunun önemini vurgulamak amacıyla olguyu literatür eşliğinde değerlendirdik.

Anahtar Kelimeler: Abdominal gebelik, Tubal faktör

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:347-348

Summary

Case Report: Twenty eight years old woman has admitted to hospital with subacute and rarely colic pain on mons pubis. At the history, there was PID attacks. Eight weeks abdominal pregnancy which hasn't got fetal cardiac activity is detected by transvaginal ultrasonography on the rectosigmoid area. Laparotomy was carried out immediately.

Conclusion: Abdominal pregnancy is an extremely rare form among ectopic pregnancies. We have presented this case to determine the importance of the abdominal pregnancy and this fetal disease was discussed with literature.

Key Words: Abdominal pregnancy, Tubal factor

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:347-348

Abdominal gebelik çok nadirdir. A.B.D'de her 10000 doğumda bir görülmektedir. Ektopik gebeliklerin 1/100'ünü teşkil etmektedir (1).

Abdominal gebelikler primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer olarak peritoneal alana implantasyonu, ektopik gebelikler içerisinde en nadir görülenidir.

Sekonder abdominal gebelik ise diğerine göre daha sık görülür. Nedenleri arasında, tubal abort ya da rüptür, daha az sıklıkla da uterus rüptür sonrası gelişen implantasyondur. Abdominal gebeliklerin çoğu, tubal abort sonrası reimplante olarak gelişir (2).

Olgu Sunumu

Gravida: 2, Para: 3, Abortus: 0, Yaşayan: 2 olan 28 yaşındaki hasta, uzun süredir sağ kasıkta olan ağrı ve son 2-3 gün içinde de sol kasıkta bıçak saplanır tarzında ağrı ve yaklaşık 8 hafta süren amenore tanımlıyordu. Daha öncede aynı yakınmaları olan hasta, adneksit ve PID

Geliş Tarihi: 15.11.2000

Yazışma Adresi: Dr. Erdal YERMEZ

SSK Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, MANİSA

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11

tanısı ile iki defa hospitalize edilerek tedavi edildi. Jinekolojik muayenede, sol adneksiyel loj hassas ve ağrılı, rebound net olarak tanımlanamadı. Yapılan transvaginal ultrasonografik incelemede, sol tubada overide içine alan, 6x5cm.lik düzgün cidarlı, homojen kist tesbit edildi. Sağ tubada küçük follikül kistleri ile beraber normaldi. Ancak Douglas yerleşimli 8 haftalık fetus vardı. Fetal kardiyak aktivite tesbit edilmedi. Uterus normal, endometrium 16 mm kalınlıkta idi. İdrar gebelik testi pozitifdi. Hemodinamik testler normaldi.

Laparotomi endikasyonu konan hastada, operasyonda, sol tubanın, aynı taraftaki 6x7cm'lik kist ile ileri derecede adheziv olduğu gözlemlendi bu nedenle kistektomi ile beraber sol salpenjektomi uygulanıldı. Sağ over ve tuba normal görünümde idi. Douglasda, rektouterin peritonla adheziv 6x5cm. çaplarında hafif kanamalı, hiperemik kenarları düzensiz lezyon gözlemlendi. Künt disseksiyonla lezyon rektosigmoid peritondan ayrılmaya çalışıldı. Bir miktar rezidü doku kolonu lasere etmemek amacıyla bırakıldı. Loja iki adet spongostan konuldu. Post operatif takipleri normal olan hasta, 4.gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Literatürde, abdominal gebelik, ektopik gebeliğin en nadir görülen formlarından biridir (1).



Şekil 1. Abdominal gebelik- 8hafta+5 günlük fetusun douglasda görünümü.

Bizim olgumuz abdominal gebeliğin erken tanısının güç ve çoğu kez semptomlarının nonspesifik olduğunu göstermesi açısından ilginçtir. Ayrıca primer abdominal gebelik düşünülmesi nedeniyle de olası nedenlerin üzerinde durulmasında önemli olacaktır.

Hastanın infertil olmaması, literatürde abdominal gebeliklerin genellikle infertil hastalarda görülmesi ile bir zıtlık oluşturmaktadır. Ancak bizim olgumuz, fertilitte sorunu olmayan daha doğrusu kontrasepsiyon uygulayan bir çift olduğu için, olası infertiliteyi tesbit etmek mümkün olmayacaktı. Yine sol tubanın kist ile ileri derecede adhesiv olması nedeniyle tubal bir motilite bozukluğu veya luminal yapıdaki anomali olasılığı düşünülmektedir. Yine aynı nedenle sol tubada fimbrial uçla over kisti arasındaki adhez-yonların olması ovum uptakeini engellediği yönünde düşünülebilir (3).

Bu olguda fimbrial kanama ya da tubal rüptür olması, çok daha nadir görülen primer bir abdominal gebeliği düşündürülebilir. Oluşum, sol ya da sağ overden kaynaklanan bir ovumun, tubal faktöre bağlı uptakeinin engellenmesi ve abdomene migrasyon yapmış bir spermle fertilize olması sonucu, sigmoid kolon ve rectum üzerine implante olmuştur.

Yine operasyon materyallerinin patolojik incelenmesi sonucu sol tubanın basit kistle komplike olması dışında herhangi bir özelliği yoktu. Hemorajik lezyonun ise gebelik materyali olduğu tesbit edildi. Sağ tuba operasyonda normal gözleendiği için patolojik materyal alınmamıştı.

Abdominal gebeliklerde, ölü fetus ve ekleri peritoneal kaviteden çok dikkatli bir şekilde kaldırılmalıdır. Bir çalışmada mortalite oranı %1.6 olarak gösterilmiştir. Bu nedenle aktif ve uygun cerrahi girişim maternal mortalite açısından önemlidir (4).

Maternal mortalite açısından önemli ikinci bir faktör ise fetusun gestasyonel haftasıdır. Olgumuzda 8 haftalık bir fetus ve buna ait eklerin douglasda olması cerrahinin nispeten daha kolay olmasını sağlamıştır ancak yine de morbiditeyi artırmamak için azda olsa rezidü plasenta doku kalmıştır. Daha büyük fetuslarda morbidite ve beraberinde mortaliteyi artırmamak amacıyla bırakılan plasental doku miktarı fazla olabilir (5). Böyle durumlarda, plasental rezorpsiyonu değerlendirmek amacıyla hastanın, laboratuvar ve ultrasonografik olarak daha sık ve uzun süreli takibi gerekmektedir (6).

Sonuçta, abdominal gebelik; çoğu kez kronik yakınmaların (pelvisteki iltihabi süreçlerin-PID vb.) devamında gözlenmesi ve semptomların da nonspesifik olması nedeniyle, anne için yüksek bir mortalite riski taşımaktadır. Bu nedenle, ektopik gebelikler arasında öneminin vurgulanması ve ayırıcı tanıda da daha ön sıralarda olması gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Paternoster DM, Santarossa C. Primary abdominal pregnancy. A Case Report: *Minerva Gynecol*, 1999; 51(6): 251-3.
2. Dower RW, Powell MC. Management of a primary abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172:1603-4.
3. Saraçoğlu FO, Gökşin E, Durukan T. Abdominal pregnancy following gonadotropin treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 153: 804-5.
4. Ehsan N, Mehmood A. Ectopic pregnancy: an analysis of 62 cases. *JPM J Pak Med Assoc*. 1998; 48(2): 26-9.
5. Opare- Addo HS, Deganus S. Advanced abdominal pregnancy: a study of 13 consecutive cases seen in 1993 and 1994 at Komfo Anokye Teaching Hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2000; 27(2): 83-4
6. Villarreal PC, Juarez AA, Chen FJ. Ectopic pregnancy in abdominal cavity. Report of a case and review of the literature. *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63:26-9.