

# Spontan Siklusta Rüptüre Heterotopik Gebelik

## Ruptured Heterotopic Pregnancy at A Spontaneous Cycle: Case Report

Dr. Ömer Erkan YAPÇA,<sup>a</sup>  
Dr. İbrahim KARACA,<sup>a</sup>  
Dr. İlhan DELİBAŞ,<sup>a</sup>  
Dr. Bahadır ÇİFTÇİ,<sup>b</sup>  
Dr. Bünyamin BÖREKÇİ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
<sup>b</sup>Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 20.11.2010  
Kabul Tarihi/Accepted: 01.06.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Ömer Erkan YAPÇA  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Erzurum,  
TÜRKİYE/ TURKEY  
sevabina@gmail.com

**ÖZET** Hayatı tehdit eden bir durum olan heterotopik gebelik mortalite ve morbiditelerin önemli bir nedenidir. Heterotopik gebelik, doğal sikluslarda 1/30.000 civarında görülmektedir ve potansiyel olarak ölümcüldür. Akut abdominal semptomlar ile kliniğimize gelen 29 yaşında gravida 3, parite 2 olan, 6 hafta 3 günlük gebeyi değerlendirdik. Muayenesinde batın rijid ve rebound pozitif idi. Genel durumu hızla kötüye gitmekteydi. Acil laparotomi uyguladık, intrauterin gebeliğin yanı sıra sağ proksimal tüpte rüptüre aktif kanayan ektopik gebelik tespit ettik.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, ektopik; karın, akut; rüptür

**ABSTRACT** Heterotopic pregnancy is a potentially life threatening condition and an important cause of mortality and morbidities. Heterotopic pregnancy occurs with a frequency of lesser than 1/30.000 in natural cycles and is a potentially fatal condition. We report a 29-year-old patient who was gravida 3 para 2, with a 6 week and 3 days pregnancy who presented with acute abdominal symptoms. On physical examination we noted that abdomen was rigid with positive rebound signs. She underwent surgery because of worsened general situation. Laparotomy were performed and along with the intrauterine pregnancy, a ruptured ectopic pregnancy was observed in the right proximal fallopian tube.

**Key Words:** Pregnancy, ectopic; abdomen, acute; rupture

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2011;21(4):310-2

Heterotopik gebelik, intrauterin ve ektopik gestasyonun aynı zamanda oluşmasıdır. 1948'deki bir çalışmada bu oran 1/30.000 olarak bildirilmiştir.<sup>1</sup> Ektopik gebelik, sıklık sırasına göre tubal, ovaryan, servikal ve kornual bölgede gerçekleşmektedir.<sup>2</sup> Geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, tubal cerrahi, ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar ile yardımla üreme teknikleri (YÜT) yoluyla gebe kalan kadınlarda rastlanma sıklığı artmakta ve 100 kat sık görülmektedir.<sup>3,4</sup> 2005-2010 yılları arasındaki heterotopik gebelikleri içeren literatür taramasında söz konusu risk faktörlerinden biri veya birkaçı olguların %71'inde görülmüştür.<sup>5</sup> Biz bu makalede, laparotomi ile tanı konulan rüptüre olmuş proksimal sağ tubal heterotopik gebelik olgusunu sunduk.

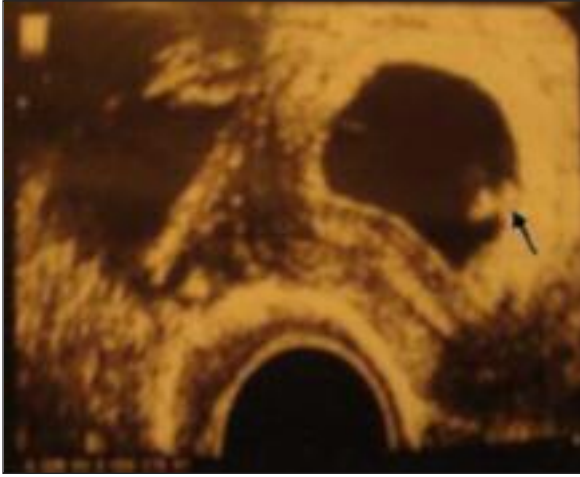
## OLGU SUNUMU

Yirmi dokuz yaşındaki olgu, G3P2Y1, kliniğimize acil servisten karın ağrısı ve  $\beta$ HCG pozitif olması nedeniyle yönlendirilmişti. Anamnezde geçirilmiş tubal ve uterin cerrahi, küretaj, pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik öyküsü ve YÜT vb. gibi bir predispozan faktör yok idi. Batın muayenesinde yaygın hassasiyeti, defansı ve rebaundu mevcuttu. Ateşi  $36.4^{\circ}\text{C}$ , tansiyonu 80/60 mm/hg, nabız 128/dk idi. Jinekolojik muayenesinde kollum pasif kanamalıydı. Transvajinal USG'de CRL: 6 hafta 3 gün fetal kalp atımı olan intrauterin gebelik görünmekteydi (Resim 1). Batında yaygın serbest mayi mevcuttu. Douglasta yaklaşık 8 cm'lik hematoma dikkati çekiyordu (Resim 2). Tanı olarak rüptüre korpus luteum kisti ve normal intrauterin gebelik düşünüldü. Hemoglobini: 7.9 gr/dL geldi. Bunun üzerine hastanın aktif kanadığı düşünülerek acil operasyona karar verildi. Laparotomi ile batına girildi. Batında yaklaşık 2000 cc fibrine ve defibrine kan mevcuttu, aspire edildi. Sol tüp ve her iki over normal görünümdeydi. Sağ tüpte isthmus bölgesinden rüptüre olmuş heterotopik gebelik ürünü mevcuttu. Rüptüre olan bölge aktif kanamaktaydı (Resim 3). Kanayan bölgeler 2.0 vicryl ile suture edilerek operasyona son verildi. Hastaya toplam 3 ünite eritrosit süpsansiyonu verildi. Operasyon sonunda bakılan USG'de intraruterin gebelikte fetal kalp atımı mevcuttu. Hasta postoperatif 3. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Dört haftalık 200 mg/gün progesteron tedavisi önerildi. Otuz yedinci haftaya kadar antenatal takipleri olan hastamızın 37. haftada sancılı, bebek hareketlerinde azalma yakınmaları olması üzerine çekilen nonstress test (NST)'te, persiste deselerasyonları olması üzerine sezaryen doğum ile 2800 g sağlıklı bebek doğurtuldu.

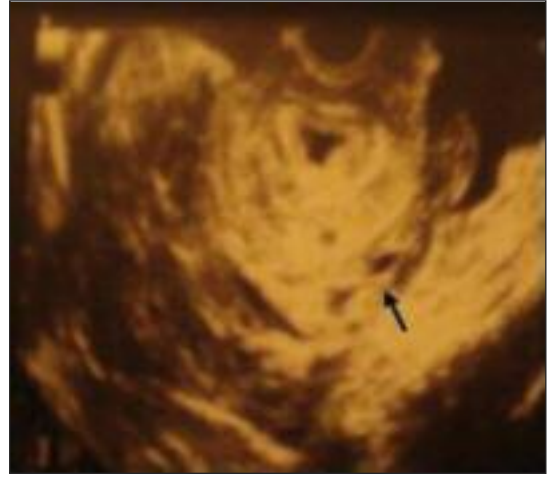
## TARTIŞMA

Klinik semptomların yetersizliğinden dolayı heterotopik gebeliklerin erken tanısı oldukça zordur. Yaygın olan dört semptom ve bulgu: abdominal ağrı, adneksiyal kitle, peritoneal irritasyon ve uterus ebatlarında büyümedir.<sup>6</sup> Heterotopik gebelik olgularının %83'ünde abdominal ağrı,

%13'ünde abdominal hassasiyet ile birlikte hipovolemik şok ve hastaların yarısında vajinal kanama bildirilmiştir.<sup>3</sup> Ektopik gebeliklerde rastlanılabilen vajinal kanama bulgusu, intrauterin gebeliğin intact endometriumundan dolayı heterotopik gebeliklerde nadir izlenmektedir.<sup>7</sup> Bizim olgumuzda da, tubal heterotopik gebeliğe bağlı olarak tubal rüptür gelişinceye kadar herhangi bir klinik bulgu görülmemiş, ancak rüptür sonrası batın içerisine kanamaya bağlı ortaya çıkan peritoneal irritasyon bulguları ile hasta kliniğimize başvurmuştur. Eş zamanlı intrauterin gebelik mevcudiyeti heterotopik gebelik olgularının tanısında human koryonik gonadotropin (HCG) ve progesteron tetkiklerini anlamsızlaştırmaktadır.<sup>8</sup> Hastamız herhangi bir YÜT ile gebe kalmadığından, uterin kavitede fetus izlendiğinden ve diğer predispozan faktörleri taşımadığından heterotopik gebelik ilk aşamada tanı almamıştır. Bu tip rüptüre olmuş olgular çoğunlukla acil laparotomi ile tespit edilmektedirler. Teşhiste yanılma veya cerrahide gecikme, mortalitenin artmasına, majör kan kayıplarına, aynı zamanda tubal heterotopik gebeliklerde konservatif tubal cerrahinin yapılamamasına yol açar. Olgumuzda heterotopik gebelik tanısını preop düşünemeyişimiz, aktif intraabdominal kanama ve hızla bozulan genel durum için çok acil laparotomiye geçmemizdendir. Cerrahiden sonra intrauterin vital gebeliklerin %40'ından fazlasının kayıpla sonuçlandığını bildiren çalışmalar vardır.<sup>9</sup> Laparotomi sonrası intrauterin gebeliğin bozulmayıp, sağlıklı olarak devam ettiğini ve sağlıklı doğumlarla sonuçlandığını rapor eden yayınlar da mevcuttur. Bir çalışmada heterotopik gebeliklerde intrauterin fetus için canlı doğum oranı %66 olarak bildirilmiştir.<sup>3</sup> Bizim olgumuzda batın içerisine kanama olduğu saptanmış ve bu nedenle acil şartlarda yapılan laparotomi ile hasta tedavi edilmiş, tubal rüptüre bağlı tubal hasarın ileri derecede olmaması nedeni ile de konservatif tubal cerrahi yapılmıştır. Postoperatif progesteron uygulamasının abortusu önlediğini gösteren kanıta dayalı verilerin yetersizliğine karşın hastamıza postoperatif 4 hafta boyunca 200 mg/gün oral progesteron preparatı verildi.<sup>10</sup> Gebeliği boyunca takipleri kliniğimizde sorunsuz devam eden hastaya 37. gebelik haftasında uygulanan NST



RESİM 1: CRL: 6 hafta 3 gün intrauterin gebelik (ok).



RESİM 2: Douglasta 8 cm'ik hematoma (ok).

esnasında düzelmeyen geç deselerasyonlar nedeniyle fetal distres endikasyonu konularak sezaryen doğum ile 2800 g sağlıklı bebek doğurtuldu.

## SONUÇ

Heterotopik gebelik spontan siklularda çok nadir görülen bir durum olmasına rağmen akut abdominal ağrı ile gelen, hemoperitonium bulunan hastalarda uterin kavitede gebelik görülse bile ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Rüptüre olmamış olgularda erken tanı ve gerekli tedavi, rüptüre ve aktif kanamalı olgularda özellikle erken cerrahi mortaliteyi büyük ölçüde önler.



RESİM 3: Sağ tubal rüptüre bölge (ok).

## KAYNAKLAR

1. Devoe RW, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56(6):1119-26.
2. Singhal M, Ahuja CK, Saxena AK, Dhaliwal L, Khandelwal N. Sonographic appearance of heterotopic pregnancy with ruptured ectopic tubal pregnancy. *J Clin Ultrasound* 2010; 38(9):509-11.
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):1-12.
4. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1264-70.
5. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2011;31(1):7-12.
6. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146(3):323-30.
7. Jacobson A, Galen D. Heterotopic pregnancies and IVF. *Fertil Steril* 1990;54(1):179-80.
8. Yenieli Ö, Ergenoğlu M, Zeybek B, Ulukus M. [Heterotopic pregnancy after ovulation induction with clomiphene citrate: case report]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(1): 60-3.
9. Oehninger S, Kreiner D, Bass MJ, Rosenwaks Z. Abdominal pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Obstet Gynecol* 1988;72(3 Pt 2):499-502.
10. Şekeroğlu M, Tekelioğlu M, Badar M, Göker N. [Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle: case report]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18(1):65-7.