



OLGU SUNUMU

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2010: 24 (3): 201-204
http://www.fusabil.org

Zehra Sema ÖZKAN
Mehmet ŞİMŞEK
Hasan ÇILGIN

Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

Spontan Siklusta Rahimiçi Araçla Birliktelik Gösteren Heterotopik Gebelik Vakası ve Kısa Literatür Değerlendirmesi

Heterotopik gebelik (HG) intrauterin ve ekstrauterin gebeliğin eş zamanlı oluşmasıdır. Yardımcı üreme tekniklerinin (YÜT) gelişmesinden önce nadir görülen vakalar olarak değerlendirilirdi. Bu makalede 35 yaşında spontan siklusta rahimiçi araçla gelişmiş akut batınla prezente olan ve laparotomi ile salpingostomi uygulanmış bir HG vakasını sunacağız. HG tanısı gelişmiş görüntüleme tekniklerine rağmen günümüzde hala sıkıntılıdır. Tubal hasara bağlı uygulanan YÜT nedeniyle HG insidansı artmakta ve bu klinik duruma tanı koyup yönetmek için öncelikle gerekli olan HG şüphesinin akılda tutulmasıdır. Ardından deneyimli bir ultrasonografist tarafından değerlendirilme de erken tanıda önemli rol oynamaktadır. Tedavide önemli olan intrauterin gebeliği en az strese maruz bırakarak ekstrauterin gebeliğin sonlandırılmasıdır ve seçilecek yöntem cerrahın deneyimi ile hastanın hemodinamik durumuna bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Heterotopik gebelik, rahimiçi araç, ektopik gebelik, laparotomi.

Heterotopic Pregnancy in Natural Cycle with Intrauterine Device: A Case Report with Short Literature Review

Heterotopic pregnancy (HP) is defined as the simultaneous occurrence of intrauterine and extrauterine pregnancy. It is considered as a rare entity prior to the advancement of assisted reproductive technology (ART). This paper reports a case of 35 year-old female patient who presented HP in a natural cycle with intrauterine device. A diagnosis of acute abdomen with intrauterine pregnancy was made on ground of preoperative evaluation and laparotomy was performed. Salpingostomy and hematoma drainage were performed. HP diagnosis is still troublesome despite the improved techniques. In view of the increasing incidence of HP due to tubal damage and the use of ART, a high index of clinical suspicion is required to detect and manage this clinical presentation. Ultrasound performed by experienced radiologist is important in making an early diagnosis of HP. The treatment option of HP should aim to terminate the extrauterine gestation with minimal distress to the intrauterine pregnancy. Choice of treatment for HP depends on the clinician's surgical experiment as well as the patient's hemodynamic condition.

Key Words: Heterotopic pregnancy, intrauterine device, ectopic pregnancy, laparotomy.

Giriş

Spontan heterotopik gebelik (HG), intrauterin ve ekstrauterin gebeliklerin eşzamanlı olduğu nadir görülen klinik bir durumdur (1) ve normal konsepsiyonda rapor edilen prevalansı % 0,08'dir (2). Fakat yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile tedavi edilen infertil bayanlarda bu oran 100 gebelikte 1'e kadar yükselmektedir (3). İlerlemiş görüntüleme tekniklerine rağmen HG tanısı genellikle akut batın şikayetleri ile konulmaktadır. Bu makalede rahimiçi araca (RIA) rağmen spontan siklusta gerçekleşen heterotopik gebelik vakasını güncel literatür rehberliğinde tanı ve tedavi açısından değerlendireceğiz.

Olgu sunumu

Otuzbeş yaşında (gravida 4, para 3) RIA ile kontrasepsiyon uygulayan bayan hasta sekonder amenore ve kasık ağrısı şikayetleri ile bir sağlık merkezine başvuruyor. Jinekolojik muayene ve ultrasonografik (US) değerlendirilme sonrası RIA ve 5 haftalık intrauterin gebelik tanısı konuyor. Hastanın terminasyon istemi nedeniyle RIA çıkartılıp küretaj uygulanıyor. İşlemden 2 gün sonra hasta müdahalenin yapıldığı sağlık merkezine vajinal kanamanın artması şikayetiyle tekrar başvuruyor. Rest plasenta tanısıyla revizyon küretaj uygulanıyor. İşlem sonrası kontrol US'da peritoneal kavitede serbest sıvı izleniyor ve hastanemize uterin rüptür ön tanısıyla sevk ediliyor. Hasta kliniğimize kabul edildiğinde bilinci açık, koopere, oryante idi. Arter kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 84 atım/dk idi. Son adet tarihini tam olarak hatırlayamıyordu ve özgeçmişinde pelvik inflamatuvar hastalık veya fertilitate tedavisi yoktu. Fizik muayenede yaygın batın alt kadranda hassasiyeti ve ribaund; jinekolojik muayenede de servikal kanama, kolları hassasiyeti, uterin hassasiyet mevcut idi ve sol adneksiyal dolgunluk palpe edildi. Hemoglobün 12,2 g/dL, beyaz küre 8500/mm³, beta-hcg 9235 mIU/mL idi. Dört gün önce dış merkezde bakılan beta-hcg değeri 2435 mIU/mL idi. Transvajinal US

Geliş Tarihi : 29.03.2010
Kabul Tarihi : 29.12.2010

Yazışma Adresi Correspondence

Zehra Sema ÖZKAN
Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı,
Elazığ-TÜRKİYE

zehrasema@yahoo.com

değerlendiriminde rektouterin cul-de-sac'da 70x30mm hematoma ve sol adneksiyal alanda 5 haftalık ektojik gebelik kesesi ile uyumlu oluşum izlendi (şekil 1 ve 2). Acil laparoskopide batin içi kanama tespit edildi ve laparotomiye geçildi. İnspeksiyonda uterus, sağ over, sağ tuba ve sol over normal izlendi. Sol tuba istmik bölge kaynaklı rüptüre ektojik gebelik kesesi izlendi. Sol lineer salpingostomi ile ektojik gebelik kesesi uzaklaştırılıp patolojiye gönderildi. Kanama kontrolünü takiben batin kapatıldı ve endometrial küretaj yapıldı. Postoperatif dönem sorunsuzdu ve 3. gün hastamızı taburcu ettik. Final patoloji sonuçları tubal koryonik villuslar ve endometriumda desidualizasyon şeklinde geldi.



şekil 1. Sol adneksiyal alanda 5 haftalık 7(D1) x 4 (D2)mm gebelik kesesi



şekil 2. Rektouterin çıkmazda 70 (D2) x 30 (D3)mm hematoma.

Tartışma

Bizim vakamızda intrauterin gebelik olması HG tanısını geciktirmiş olup spontan HG'lerin çoğunda olduğu gibi laparotomi ile tanı konulmuştur. 2009 yılının literatürünü tarayarak spontan ve YÜT sikluslarında oluşmuş 30 HG vakasını tanı ve uygulanan tedaviler açısından değerlendirdik. Bu 30 vakanın 11'i spontan sikluslarda, 19'u YÜT sikluslarında oluşmuş gebelikler imiş. Spontan HG'lerin tanı konma şekillerine bakacak olursak: 3 tubal (1, 2, 4) ve bir overyan (5) HG acil cerrahi girişim ile tanılantırılmış. Bir kornual (6), iki sezaryen skarı (7, 8), bir overyan (9), bir servikal (10) ve bir bilateral tubal (11) yerleşimli HG tanısı ise birinci ve ikinci trimestir US değerlendirimi ile konulmuş. Bir spontan abdominal gebelik tanısı ise ikiz gebelik nedeniyle elektif yapılan sezaryen sırasında konulmuş (12). Görüldüğü gibi 11 spontan HG vakasının 4'ünün tanısı acil laparotomi ile konulmuş. YÜT sikluslarında gelişen 19 HG vakasının tanı konulma sürecine baktığımızda: 9 tubal yerleşimli HG tanısı acil cerrahi girişim (3) ile konulurken, 6 tubal (3, 13-15), bir servikal (16), iki kornual (17, 18) ve bir overyan (19) yerleşimli HG tanısı birinci trimestir US ile konulmuş. Yani 19 vakanın 9'u acil şartlarda tanı almış. Spontan HG ve YÜT sonrası HG grubunda tanı konma şekli açısından oransal anlamlı bir fark görülmüyor (Tablo-1). YÜT sonrası düzenli beta-hcg ve US takibi yapılması ve de sezaryen skarı, serviks gibi atipik lokalizasyonlara yerleşimin de HG'in erken tanısına yardımcı olan unsurlar olduğunu düşünürüz (7, 8, 10, 16).

Spontan HG'lerde infertilite, pelvik inflamatuvar hastalık, ektojik gebelik öyküsü gibi herhangi bir risk faktörü yoksa ektojik gebeliğin erken safhasının asemptomatik olması ve de intrauterin gebelik gözlenmesi tanıyı geciktirmekte ve güçleştirmektedir. Bizim vakamızda RİA risk unsuru olarak bulunmakta idi, vakanın ilk değerlendiriminde yapılan US'de adneksler daha detaylı değerlendirilmiş olsa idi belki HG'ten şüphede edilebilirdi. Ama literatürde de gördüğümüz gibi tubal ve overyan lokalizasyonlu HG'ler sıklıkla batin içi kanama veya batin alt kadrana ağrısı ile prezente olmaktadır (1, 2, 4, 5). Özellikle YÜT ile uğraşan klinisyenler HG tanısını mutlaka erken gebelik kontrollerinde hatırdabulundurmalıdırlar.

Tablo1. 30 Heterotopik gebelik vakasının tanı ve tedavi özellikleri.

| Makale | (HG) oluşum türü | Tanı alma şekli ve dönemi | HG lokalizasyonları | Tedavi | Prognoz |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--|--|
| Tandon ve ark., 2009 (2) | Spontan (S) | Akut batın-I. Trimestir (trm) | Uterin- tubal | Tubal cerrahi | Term doğum |
| Umranikar ve ark., 2009 (1) | S | Akut batın-I. trm | Uterin- tubal | Tubal cerrahi | Abort |
| Poujade ve ark., 2009 (6) | S | USG – I. trm | Uterin- kornual | metotreksat | Terminasyon |
| Kigbu ve ark., 2009 (12) | S | Elektif sezaryen-term | Uterin- abdominal | Sezaryen (C/S) | Miad ikiz doğumu |
| Taskin ve ark., 2009 (7) | S | USG- II. trm | Uterin- C/S skarı | İntrakardiac KCI | 34 haftalık doğum |
| Park ve ark., 2009 (17) | Yardımcı Üreme Teknikleri (YUT) | USG- I. trm | Uterin ikiz-kornual-tubal | İntrakardiac KCI-tubal cerrahi | Term ikiz doğum |
| Leung ve ark., 2009 (5) | S | Akut batın- I. trm | Uterin molar-overyan molar | Overyan cerrahi | Evakuasyon |
| Dickes ve Hansen, 2009 (9) | S | USG- I. trm | Uterin-overyan | Overyan cerrahi | Term doğum |
| Lavanya ve ark., 2009 (13) | Ovülasyon İndüksiyonu(Oİ) | USG- I. trm | Uterin ölü ikiz-tubal ikiz | metotreksat | Terminasyon |
| Batashki ve ark., 2009 (14) | YÜT | USG- I. trm | Uterin ikiz- tubal | Tubal cerrahi | Term doğum |
| Chen ve ark., 2009 (19) | Oİ | USG- I. trm | Uterin ikiz-overyan | Overyan cerrahi | 36 haftalık doğum |
| Kim ve ark., 2009 (10) | S | USG- I. trm | Uterin- servikal | Karmen kanülle aspirasyon-3ml pediatrik foley sonda ile hemostaz | 37 haftalık doğum |
| Khan ve ark., 2009 (4) | S | Akut batın-II. trm | Uterin- tubal | Tubal cerrahi | Term doğum |
| Jeong ve ark., 2009 (11) | S | USG- I.trm | Uterin- bilateral tubal | Tubal cerrahi | Term doğum |
| Shah ve ark., 2009 (16) | YÜT | USG- I. trm | Uterin- servikal | Gebelik kesesi aspirasyonu | 37 haftalık doğum |
| Sentilhes ve ark., 2009 (18) | YÜT | USG- I.trm | Uterin- kornual(ex fetüs) | Spontan izlem | Term doğum |
| Demirel ve ark., 2009 (8) | S | USG- I. trm | Uterin- C/S skarı | Cerrahi rezeksiyon | Term doğum |
| Lautmann ve ark., 2009 (15) | YÜT | USG- I. trm | Uterin- tubal | Tubal cerrahi | Term doğum |
| Luo ve ark., 2009 (3) | YÜT(12 vaka) | 9 akut batın-3 USG – I. trm | Uterin- tubal | 9 tubal cerrahi, 2 fetal redüksiyon, 1 spontan izlem | 4 term doğum, iki 35 haftalık doğum, 1 abort |

Tedavi yöntemini özellikle hastanın hemodinamik durumu, ektopik gebeliğin lokalizasyonu, intrauterin gebelik ile ilgili ailenin beklentisi ve cerrahın deneyimi belirlemektedir. Hemodinamisi bozuk hastalarda acil laparotomi veya deneyimli anestezi ve cerrahi ekibi varlığında laparoskopik cerrahi müdahale uygulanmıştır (1-3, 5, 8). Overyan gebeliklerde kistektomi (5, 9, 19), servikal gebeliklerde karmen kanül ile servikal gebelik kesesi aspirasyonu ve ardından hemostaz amaçlı 3ml pediatrik foley sonda ve intrakardiyak KCI enjeksiyonu uygulanmıştır (10, 16). Kornual gebeliklerde intrauterin gebelik beklentisi olmayan vakalarda metotreksat/KCI

enjeksiyonu uygulanmış (6, 17). Hemodinamisi düzgün hastalarda gebelik kesesinin karmen kanül ile aspire edilmesi ve KCI enjeksiyonu gibi konzervatif tedavilerin uygulanması hem hasta hem de klinisyen açısından riskler içermektedir. Bu riskler hasta ve eşyle mutlaka paylaşılmalı ve tedavi intrauterin gebeliği en az strese maruz bırakacak şekilde belirlenmelidir. İntrauterin gebeliğin akıbeti düşük (1, 3), istemli gebelik sonlandırımı (6, 13), erken doğum (3, 7, 10, 16, 19) veya miadında doğum (2-4, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18) olabilir (Tablo-1). Hatta hem intrauterin hem de ekstrauterin

molar gebelik gelişebileceği ve tedavinin buna göre planlanacağı akıldan çıkarılmamalıdır (5).

Sonuç olarak erken dönemde yakalanmış HG'lerde konservatif tedavilerin daha etkili olduğu görülmüş. Bu

yüzden anahtar nokta bütün gebeliklerde HG tanısını hatırdta tutup erken dönem gebelik kontrollerinde US değerlendiriminin daha detaylı yapılması ve rutin düzenli kontrollerin uygulanmasıdır.

Kaynaklar

1. Umranikar S, Umranikar A, Rafi J, *et al.* Acute presentation of a heterotopic pregnancy following spontaneous conception: a case report. *Cases J* 2009; 21: 9369.
2. Tandon R, Goel P, Saha PK, Devi L. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports* 2009; 10: 8153.
3. Luo X, Lim CE, Huang C, *et al.* Heterotopic pregnancy following in vitro fertilization and embryo transfer: 12 cases report. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280: 325-329.
4. Khan MN, Rafique S, Ranaboldo CJ. Laparoscopic management of heterotopic pregnancy--a rare cause of acute abdomen in women. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19: 29-31.
5. Leung F, Terzibachian JJ, Chung Fat B *et al.* Heterotopic ovarian hydatidiform mole. A case report. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37: 749-751.
6. Poujade O, Ducarme G, Luton D. Cornual heterotopic pregnancy: a case report. *J Med Case Reports* 2009; 23: 7233.
7. Taşkin S, Taşkin EA, Ciftçi TT. Heterotopic cesarean scar pregnancy: how should it be managed? *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64: 690-695.
8. Demirel LC, Bodur H, Selam B, Lembet A, Ergin T. Laparoscopic management of heterotopic cesarean scar pregnancy with preservation of intrauterine gestation and delivery at term: case report. *Fertil Steril* 2009; 91: 5-7.
9. Dickes JM, Hansen KA. Laparoscopic treatment of a spontaneous ovarian heterotopic pregnancy. *S D Med* 2009; 62: 47-49.
10. Kim MG, Shim JY, Won HS, Lee PR, Kim A. Conservative management of spontaneous heterotopic cervical pregnancy using an aspiration cannula and pediatric Foley catheter. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 33: 733-734.
11. Jeong HC, Park IH, Yoon YS, *et al.* Heterotopic triplet pregnancy with bilateral tubal and intrauterine pregnancy after spontaneous conception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 142: 161-162.
12. Kigbu JH, Sagay AS, Chingle PM. Heterotopic pregnancy at term masquerading as intrauterine twin gestation, a case report. *Niger J Clin Pract* 2009; 12: 324-326.
13. Lavanya R, Deepika K, Patil M. Successful pregnancy following medical management of heterotopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci* 2009; 2: 35-40.
14. Batashki I, Milchev N, Uchikov A, Korsevov K, Markova D. A case of heterotopic pregnancy. *Akush Ginekol (Sofia)* 2009; 48: 46-47.
15. Lautmann K, Staboulidou I, Wüstemann M, *et al.* Heterotopic pregnancy: simultaneous intrauterine and ectopic pregnancy following IVF treatment with the birth of a healthy child. *Ultraschall Med* 2009; 30: 71-73.
16. Shah AA, Grotegut CA, Likes CE, Miller MJ, Walmer DK. Heterotopic cervical pregnancy treated with transvaginal ultrasound-guided aspiration resulting in cervical site varices within the myometrium. *Fertil Steril* 2009; 91: 19-22.
17. Park HR, Moon MJ, Ahn EH, Baek MJ, Choi DH. Heterotopic quadruplet pregnancy: conservative management with ultrasonographically-guided KCl injection of cornual pregnancy and laparoscopic operation of tubal pregnancy. *Fetal Diagn Ther* 2009; 26: 227-230.
18. Sentilhes L, Bouet PE, Gromez A, *et al.* Successful expectant management for a cornual heterotopic pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 91: 11-13.
19. Chen JS, Ke TY, Hsieh PC. Heterotopic ovarian pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2009; 48: 193-195.