

Tanıdan 3 ay sonra sonuçlandırılabilen bir ektopik gebelik olgusu; ender görülen bir kornual gebelik öyküsü: Olgusu sunumu

Erhan KARAALP (*), Esra AYDIN (**), Neşe YÜCEL (***), Erdem BAŞKENT (**)

ÖZET

Kornual (interstisyel) dış gebelik, çoğunlukla klinisyen için tanısı ve tedavisi zor olan, ektopik gebeliğin ender görülen, morbiditesi ve mortalitesi çok daha yüksek olan bir formudur. Biz de, bu doğrultuda, yaklaşık 3 aydır düşmeyen β -hCG değerleri nedeniyle hastanemize defalarca başvuran kadın hastayı yayınladık. Hasta, muayene ve değerlendirme sonrası kornual gebelik şüphesiyle ilk başvurusundan 3 ay sonra operasyona alındı. Perioperatif tanı, preoperatif tanıyı doğruladı. Sağ kornual rezeksiyon + sağ salpingooferektomi + sol tüp bağlanması yapıldı. Böylece; görece erken, doğru ön tanı ve ardından cerrahi tedavi sonrası, hasta herhangi bir yerde ve herhangi bir zamanda beklenmedik bir şekilde gelişebilecek uterin rüptür ve belki de ölümden kurtarılmış oldu.

Anahtar kelimeler: Gebelik, ektopik, gebelik, tubal; acil tedavi

SUMMARY

A case of ectopic pregnancy terminated in 3 months after diagnosis; A rare history of cornual pregnancy: A case report

Cornual (interstitial) ectopic pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy, with a high rates of morbidity and mortality, which is frequently hard to be diagnosed and treated. So; we reported a female patient presented to our hospital with persistently higher levels of β -hCG for 3 months. The patient, with the suspicion of cornual ectopic pregnancy, was operated following examination and evaluation 3 months after her first presentation. Perioperative diagnosis verified preoperative diagnosis. A right cornual resection + right salpingo-ovariectomy + left tubal ligation was performed. Thus, relatively early, and accurate initial diagnosis and consequent surgical treatment saved the patient from uterine rupture and maybe death which might occur unexpectedly at any time, and anywhere.

Key words: Pregnancy, ectopic, pregnancy, tubal, emergency treatment

Ektopik gebelik, fertilize ovumun en sık fallop tüplerine olmakla birlikte, endometriumun dışında herhangi bir yere yerleşmesini tanımlar.

Ektopik gebelik, üreme çağındaki kadınların en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Fallop tüplerinde en sık ampüller bölge (% 80) yerleşim yeri iken, ektopik gebeliklerin yaklaşık % 2'si kornual yerleşim gösterirler ⁽¹⁾.

Kornual (interstisyel) dış gebelik, çoğunlukla klinisyen için tanısı ve tedavisi zor olan, ektopik gebeliğin ender görülen, morbiditesi ve mortalitesi

çok daha yüksek olan bir formudur. Rudimenter horn, geçirilmiş salpenjektomi ve proksimal tubal yapışıklıklar bu klinik tablo için en sık predispozan faktörlerdir. Fallop tüpün interstisyel kısmı çok kanlanan bölümdür ve embriyoya daha fazla destek ve esneklik sağlayan kas kitlesi mevcuttur. Bu anatomik özellik, burada yerleşen gebelik keselerinin gelişimine daha çok izin vermektedir ve buranın rüptürü masif kanamaya neden olabilir ^(2,3).

Gebeliğin mevcut tanı yöntemlerine, transvajinal ultrasonografi ve beta-insan koryonik gonadotropin (β -hCG) tetkiklerine rağmen, bir kornual ekto-

Geliş tarihi: 29.05.2012

Kabul tarihi: 02.07.2012

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzm. Dr.*; Araşt. Görev.**; Doç. Dr. Perinatolog***

pik gebeliğin erken tanımlanması zor bir iştir. Bu olguda da 3 ay boyunca düşmeyen β -hCG takipli bir kornual ektopik gebelik olgusu ele alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında, (Gravida 5, Parite 3; G5P3), yaklaşık 3 aydır düşmeyen β -hCG değerleri nedeniyle hastanemize defalarca başvuran kadın hastanın son gelişinde aylardır süregelen hafif bir karın ağrısından başka bir yakınması yoktu. β -hCG takibi yaptırması söylendiğinden kontrol amaçlı gelmişti. Vajinal kanama tariflemiyordu. Sistemik bir hastalığı, geçirilmiş bir ektopik gebelik öyküsü ve rahim içi araç kullanımı yoktu.

Fizik muayenesinde vital bulguları stabildi. Batını rahat, defans ve rebound yoktu. Vajinal muayenede collum hareketleri hassastı. Transvajinal ultrasonografide; uterus normal cesamette endometrial kalınlık 14 mm, uterus sağ yan duvara yakın 2,5 x 2,3 cm ektopik odak ile uyumlu olabilecek kenarları düzenli, solid ve uterusla izoekojen görünüm, artmış sağ over boyutları mevcuttu (Şekil 1). Sol adneksiyel alanda patoloji izlenmedi. Douglas poşunda mayi yoktu.



Şekil 1. Uterus komşuluğundaki 2,5x2,3 cm izoekojen düzgün sınırlı kitle.

Laboratuvar testleri ise; Hemogloblin: 9,8 gr/dl, hemotokrit: % 29,7, beyaz küre sayısı: 12,700/mm³, karaciğer enzimleri ve C-reaktif protein nor-

mal idi. İlk başvurusundan itibaren β -hCG takipleri ise; 12/12/11 358 mIU/ml; 15/12/11 326 mIU/ml; 19/12/11 219 mIU/ml; 22/12/11 174 mIU/ml; 26/12/11 143 mIU/ml; 02/01/12 95 mIU/ml; 06/01/12 78 mIU/ml; 09/01/12 64 mIU/ml; 17/01/12 35mIU/ml; 23/01/12 37 mIU/ml; 25/01/12 48 mIU/ml; 27/01/12 49 mIU/ml; 01/02/12 42 mIU/ml; 07/02/12 40 mIU/ml; 16//2012 36 mIU/ml; 23/02/12 46 mIU/ml; 27/02/12 34 mIU/ml; 07/03/12 36 mIU/ml şeklindeydi. 25/01/12'de transvajinal ultrasonografide rahim içi kalınlığının 12 mm olması ve plato çizen β -hCG değeri nedenleriyle "abortus sonucu rest materyal" ön tanısıyla revizyone küretaj yapılan hasta yine β -hCG takibine alınmak üzere hastaneden taburcu edildi. Hastanın 10 gün sonra çıkan patoloji sonucu; "*geç sekretuvar endometrium*" olarak rapor edilmişti.

Hastanın son başvurusunda değerlendirilmesinde; β -hCG değerlerinin sıfırlanmaması ve ultrasonografideki rahim içi kalınlığının 14 mm, uterus sağ yan komşuluğunda 2,5x2,3 cm kitlenin gözlenmesi üzerine hastaya medikal tedavi (Metotreksat) seçeneği sunuldu, kabul etmedi. Hastaya probe küretaj ve ardından laparotomi yapılmasına karar verildi. Probe küretajın ardından Phanelstiel insizyonla batına girildi. Eksplorasyonda uterus sağ kornual bölgede yaklaşık 2x2 cm ektopik gebelik ile uyumlu kitle, sağ fallop tüpü sağ over üzerinde katlantılar yapacak şekilde hidropik, sağ over boyutları artmış, sol over ve sol fallop tüpü doğal idi. Hastaya endometriyal kaviteye girilmeden sağ kornual rezeksiyon ve sağ salpingooferektomi uygulandı, kontrasepsiyon istemi nedeniyle de sol fallop tüpü Pomeroy yöntemiyle bağlandı. Batın içi yıkılarak operasyona son verildi. Alınan materyaller patolojiye gönderildi. Sağ salpingooferektomi materyalinin histopatoloji sonucu "ektopik gebelikle uyumlu kitle" şeklinde rapor edildi. Laparotomi sonrası postoperatif 1. gününde (08/03/2012) β -hCG: 11 mIU/ml idi. Postoperatif 2. gününde ek problemi olmayan hasta taburcu edildi. 20/03/2012 β -hCG: 0.5 mIU/ml idi.

TARTIŞMA

Ektopik gebeliklerin içinde yaklaşık % 2 oranında görülen kornual ektopik gebeliklerin tanınması oldukça zordur. Bu olguda uzun süre düşmeyen β -hCG yüksekliği ve transvajinal ultrasonografide görülen uterus sağ yan duvara yakın ektopik odak ile uyumlu olabilecek görünüm birlikteliği bize tanı koymamızda yardımcı oldu.

Kornual gebelikler çoğunlukla uterin rüptür ile birliktedir, ektopik gebeliklere bağlı ölümlerin geniş bir yüzdesini oluştururlar. Bu nedenle; erken, doğru tanı ve tedavileri çok önemlidir, fertilite ve yaşam kurtarıcıdır.

Kornual ektopik gebeliklerde birçok tedavi yöntemi vardır ⁽⁴⁾. Son zamanlarda konservatif yaklaşım uygulanmaktadır; ya metotreksat ya da laparoskopi. Laparoskopik teknikler kornual rezeksiyon, kornuostomi, salpingostomi ya da salpenjektomidir ⁽⁵⁾. Histeroskopik kornual ektopik gebelik rezeksiyonu yapıldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur ⁽⁶⁾. Ultrasonografi eşliğinde kornual ektopik odağa lokal potasyum ya da metotreksat enjeksiyonu da tanımlanan diğer tedavi modaliteleridir. Bütün bu farklı yöntemlere rağmen kornual gebeliklerde, geleneksel yaklaşım laparotomi sırasında kornual rezeksiyon ya da histerektomi şeklindedir ⁽⁷⁾.

Bizim olguda, öncelikle revizyone küretaj materyalinin "geç sekretuvar endometrium" raporu koryonik villus izlenmemesi açısından uyarıcı olmalı hasta ektopik gebelik açısından daha dikkatli takip olmalıydı. Hastanın çok uzun süredir takipte olması, β -hCG düzeylerinin bir türlü düşmemesi ve ultrasonografik olarak kitlenin bize uterus komşuluğunda görülmesi nedeniyle kornual ektopik gebeliği akla getirmesi ve böylesine ender görülen bir ektopik gebelik tipinde hiç laparoskopi deneyimimiz olmaması üzerine hastaya laparotomi uygulanmış; kornual gebeliklerde rüptür ihtimalinin daha fazla olması nedeniyle metotreksat hiç düşünülme-

miş; hastanın fertilite isteğinin olmaması, sağ fallop tüpünün sağ over üzerinde katlantılı hidropik hali nedeniyle sağ kornual rezeksiyona sağ salpingooferektomi eklenmiştir. Böylece; görece erken, doğru ön tanı ve ardından cerrahi tedavi sonrası, hasta herhangi bir yerde ve herhangi bir zamanda beklenmedik bir şekilde ektopik gebelikten kaynaklı gelişebilecek uterin rüptür ve belki de ölümden kurtarılmıştır.

SONUÇ

Morbidite ve mortalitesi yüksek olan kornual ektopik gebelikler bu olguda olduğu gibi rupture olmadığı sürece aylarca sessizce herhangi bir bulgu vermeden seyredebilir. Rüptürü oldukça mortal olan kornual gebeliklerin erken tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. **Peterson HB.** Extratubal ectopic pregnancies. Diagnosis and treatment. *J Reprod Med* 1986;31(2):108-15. PMID:3959015
2. **Quinlan D, Newcombe M.** Cornual ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(7):537-8. PMID:17623563
3. **Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM.** Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertility and Sterility* 1996;65(6):1093-9. PMID:8641479
4. **Lau S, Tulandi T.** Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999;72(2):207-15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00242-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00242-3)
5. **Api M, Api O.** Laparoscopic cornuotomy in the management of an advanced interstitial ectopic pregnancy: a case report. *Gynecol Endocrinol* 2010;26(3):208-212. <http://dx.doi.org/10.3109/09513590903215524> PMID:19718563
6. **Goldenberg M, Bider D, Oelsner G, Admon D, Mashiach S.** Treatment of interstitial pregnancy with methotrexate via hysteroscopy. *Fertil Steril* 1992;58(6):1234-6. PMID:1281118
7. **Alper Ozyapı AG, Buyukbayrak EE, Bayramoglu BM, Karsıdag YK, Kars B, Pirimoglu ZM et al.** Treatment Approaches in Ectopic Pregnancy: A Four Year Retrospective Analysis of a Tertiary Referral Center. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(6):362-6.