

KOMBİNE İNTRAUTERİN VE EKTOPIK GEBELİK: OLGU SUNUMU

COMBINED INTRAUTERINE AND ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT

Ruşen Topallı¹, Turgut Cengiz²

Özet

Ektopik gebelik insidansı giderek artmakta birlikte ektopik gebeliğin intrauterin gebeliklerle birlikte görülmesi nadirdir. Bu yazıda hastanemiz acil servisine başvuran 40 yaşında bir kombine ektopik ve intrauterin gebelik olgusu sunularak nadir görülen bu durum tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: ektopik gebelik, kombine gebelik, konkomitant intrauterin ve ektrauterin gebelik

Summary

The incidence of ectopic pregnancy is increasing, however ectopic pregnancy combined with an intrauterine one is rare. A case of a 40-year-old woman with combined ectopic and intrauterine pregnancy has been reported and this rare entity is discussed.

Key words: ectopic pregnancy, combined pregnancy, concomitant intrauterine and extrauterine pregnancy

Giriş

Ektopik gebelik insidansı giderek artmakta ve yaklaşık 70-100 gebelikten biri ektopik gebelik olarak karşımıza çıkmaktadır.¹ Ektopik gebelik ve intrauterin gebeliğin bir arada olduğu kombine gebelik insidansı da bu artışa paralel olarak giderek artmakta birlikte oldukça nadirdir ve yaklaşık 17.000 - 30.000 olguda bir görülür.²⁻³ Bu oranı daha yüksek veren kaynaklar da vardır.⁴ Özellikle atipik seyirli hastalarda intrauterin gebeliğin saptanması konkomitant ektopik gebelik tanısını geciktirebilmekte, bu da istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Burada acil servisimize başvuran bir kombine intrauterin ve ektopik gebelik olgusunu sunarak konuyu hatırlatmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

N. G., 40 yaşında kadın hasta, sabah tuvalete gittikten sonra kasıklarında sancı ve kusma yakınmasıyla acil servise başvurdu. Yapılan muayenesinde karında her iki alt kadranda ve suprapubik bölgede periton iritasyon bulguları tespit edildi. Hastada ön tanı olarak üriner enfeksiyon düşünülerek, tanıyı desteklemek ve akut batını ekarte etmek amacıyla tam kan sayımı, tam idrar tetkiki

ve ayakta direk batın grafisi istendi. Beyaz küre sayısı 5600/mm³, hemoglobin 11.6 g/dl, hematokrit %36 olarak saptandı. İdrar mikroskopisinde 5-6 lökosit görüldü. Hastada üriner enfeksiyon düşünülmeyle devam edilerek akut batın olasılığı nedeniyle gözleme alındı. Hastada rahatlama olmaması üzerinde tanının yeniden gözden geçirilmesi amacıyla anamnez derinleştirildiğinde, adet düzensizliği olduğu öğrenildi, son adet tarihini hatırlamıyordu. Daha önce rahim içi araçla korunan hastanın, 1 yıldır etkin kontraseptif yöntem kullanmadığı öğrenildi. İki çocuğu vardı, düşük yapmamıştı, herhangi bir infertilite tedavisi, hormonal ilaç kullanımı söz konusu değildi. Olası bir gebeliği ekarte etmek ve üriner enfeksiyon tanısını kesinleştirmek için idrarda gebelik testi ve idrar kültürü istendi. Hasta idrar örneği vermek için tuvalete gittiğinde senkop geçirdi. Kan basıncı 65/40 mmHg ölçüldü. Hasta hemen yatırılarak hızlı izotonik NaCl infüzyonuna başlandı, kan basıncı 95/60 mmHg'a yükseldi.

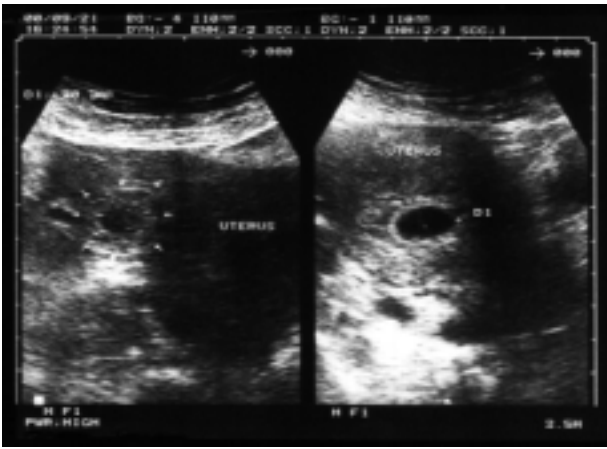
İdrarda gebelik testi sonucu pozitif gelen hastada, yeni gelişen klinik tablo da dikkate alınarak dış gebelik düşünüldü, tekrarlanan kan sayımı sonucu hemoglobin 9.6 g/dl ve hematokrit %30 geldi. Üç ünite kan hazırlanırken hastaya pelvik ultrasonografi (USG) yapıldı ve Doug-

¹⁾ Bartın Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı

²⁾ Bartın Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

las'ta, pelvik bölgede ince barsaklar arasında ve subhepatik bölgede serbest sıvı saptandı (Resim 1). Douglas'taki sıvının heterojen görünümde olması hemorajik sıvı olduğunu düşündürmekteydi. Uterus 101 x 48 mm boyutlarında idi ve uterin kavitede 20 mm çaplı, 4 haftalık gebelikle uyumlu gestasyonel kese mevcuttu.

Sol adneksiyal bölgede 2 adet septa ile bölünen 68 x 38 mm boyutlu, düzgün kenarlı ve kapsüllü kist vardı. Normal yapıda sağ over görülemedi, sağ adneksiyal bölgede 2 cm çaplı hiperekojen nodüler oluşum izlenmekteydi. Bu hematoma (hemorajik kist) yönünden anlamlı yorumlanmıştı. Pelvik USG'de normal formasyonda ektrauterin gestasyonel kese saptanamamıştı. Hasta olası kombine ektopik ve intrauterin gebelik düşünülerek laparotomiye alındı.



Resim 1

Olgunun pelvik ultrasonografisi

Laparotomide batin içinde bol miktarda kanama olduğu, sağ tubanın proksimalinde 3-4 cm çaplı rüptüre olmuş, kanayan ektopik gebelik olduğu gözlemlendi. Sol overde 5-6 cm çapında kist vardı. Sol adneks ve sağda kanayan tuba çıkarıldı. Ayrıca 4 haftalık intrauterin gebelik kürete edildi. Çıkarılan kitlelerin patolojik incelenmesi sonucu: 1) Ektopik gebelik: kesitlerde örneğin tubadan oluştuğu, tuba lümeninin genişlediği ve bu fibrin kitleleri içerisinde korionik villus yapılarından oluşan kitle içerdiği izlendi. Villus yapılarını normal görümlü trofoblastik hücrelerin örttüğü belirtilerek olgunun sağ tubal ektopik gebelik olduğu, 2) Sol salpingooferektomi materyalinde, kesitlerde; kistik yapıların lümeninin luteinize teka hücreleri ile döşeli olduğu izlenmekte ve çevresinde rezidüel over korteksi yer almakta idi. Patolojik tanı korpus luteum kistleri idi. Hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi (24.05.1999) TA: 100/70, Nabız: 84/dk, hemoglobin 11 g/dl, hematokrit %35 idi.

Tartışma

Kombine ektopik ve intrauterin gebelik için, ektopik gebeliğin risk faktörlerinden farklı risk faktörleri belirlenmemiştir, ancak gonadotropinle ovülasyon induksiyonundan sonra istatistiksel olarak beklenenden daha fazla kombine gebelik görüldüğü bildirilmiştir.³ Invitro fertilizasyondan (IVF) sonra bildirilmiş bir olgu da vardır.³ Bizim olgumuzda ne ovülasyon induksiyonu ne de IVF öyküsü bulunmaktaydı.

Kombine gebelik tanısında önerilen yardımcı kriterler şöyledir:³ 1) Ektopik gebelik düşünülen hastada fundus yüksekliğinin beklenen gebelik yaşıyla uyumlu olması; 2) Laparotomi ya da laparoskopide 2 korpus luteum görülmesi ve büyük ve yumuşak uterus saptanması; 3) Ektopik gebeliğin çıkarılmasından sonra gebelik semptomlarının devam etmesi ve çekilme kanaması olmaması; 4) İntrauterin gebeliğin sonlandırılmasından sonra hemoperitoneum görülmesi ve 5) Karın ağrısı, ağrılı ve hassas adneksiyal kitle, periton iritasyonu ve uterus büyüklüğünün birlikte görülmesi.

Bu kriterlerden sadece beşincisi, yani karın ağrısı ve periton iritasyon bulgularının yanısıra ağrılı ve hassas adneksiyal kitle ve uterus büyüklüğü ultrasonografik olarak hastamızda gözlemlenmiştir.

Ayrıca bizim hastamızda da görüldüğü gibi ektopik gebelik düşündürülen semptomları olan hastada vajinal kanama bulunmaması da kombine gebelik olasılığını düşündürülebilir.³ Ama çoğu yazar bunu güvenilir bir kriter olarak kabul etmemektedir.

USG ektopik gebelik tanısında önemli bir araçtır, ancak kombine gebelik tanısında aldatıcı olabilir.^{3,5,6} Ektopik gebelik tanısında kullanılan pozitif gebelik testi ile birlikte USG'de uterin kavitenin boş bulunması bu durumda yanıltıcı olabilir. Bizim olgumuzda da gebelik testi pozitif bulunmuş, ancak belki de USG'de intrauterin gebelik görülmüş olması nedeniyle adneksiyal kitle hemorajik kist olarak yorumlanmıştır.

Hastamızda ektopik gebeliğin acil servise klasik geliş biçimi olan, genç bayan hasta, ani karın ağrısı ve bayılma öyküsünden ise yalnız karın ağrısı mevcuttu. Hastamız 40 yaşında olup ektopik gebelik görmeye alıştırmız genç yaş grubunda değildi, senkop ise hastaneye gelişinden sonra görüldü.

Sonuç olarak ektopik gebelik olgularının her zaman görmeye alışık olduğumuz biçimden farklı seyir gösterebileceği, ileri yaşlarda da ortaya çıkabileceği ve nadir de olsa intrauterin gebelikle birlikte görülebileceğinin akılda tutulması gerekmektedir. Özellikle ektopik gebelikten kuşkulandığımız hastalarda intrauterin bir gebelik saptanmasının ektopik gebeliği ekarte ettirmeyeceğinin bilinmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. **Zeiderman AM, Wiles PJ, Espino DV.** Ectopic pregnancy. Six atypical cases. *Postgrad Med* 1988; 83 (4): 297-306.
2. **Pernoll ML, Garmel SH.** Early pregnancy risks. Current obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment'da. Ed. DeChemey AH, Pernoll ML. 8. baskı. Norwalk-Connecticut. *Appleton & Lange* 1994; 306-30.
3. **Nugent PJ.** Ruptured ectopic pregnancy in a patient with a recent intrauterine abortion. *Ann Emerg Med* 1992; 21 (1): 97-9.
4. **Hann LE, Bachman DM, Mc Ardle CR.** Coexistent intrauterine and ectopic pregnancy: a reevaluation. *Radiology* 1984; 152 (1): 151-4.
5. **Jerrard D, Tso E, Salik R, Barish RA.** Unsuspected heterotopic pregnancy in a woman without risk factors. *Am J Emerg Med* 1992; 10 (1): 58-60.
6. **Hayes HR, Haley EC.** Intrauterine and ruptured tubal ectopic pregnancy: a diagnostic challenge. *Ann Emerg Med* 1984; 13 (5): 355-8.

Geliş tarihi: 13.10.1999

Kabul tarihi: 29.01.2000

İletişim adresi:

Dr. Ruşen Topallı
9. Sokak 5/3 Bahçelievler
06500 ANKARA
Tel: (0532) 411 48 86

TIP DÜNYASINDAN HABERLER

Hazırlayanlar:
Ecz. Duygu Yazıcıoğlu
Dr. Eşref Yazıcıoğlu

İLK KEZ İKİ ELE BİRDEN ALLOGREFT

Lyon Edouard-Herriot hastanesinde Dr. Michel Dubernad tarafından yönlendirilen enternasyonal bir ekip 13 Ocak Perşembe günü ilk kez bilateral el transplantasyonunu başarı ile gerçekleştirdi. 33 yaşında bir işçinin elleri bir füze patlaması sonucunda 1996 yılında ampute edil-

mişti. Geçtiğimiz ocak ayında bir multi-organ donörü (ölü) sayesinde bu transplantasyona tabi tutuldu. Ekip 50 kişiyi kapsıyordu: anesteziistler, hemşireler, yardımcı teknik personel, 18 transplantasyon cerrahı, ortopedistler, mikrocerrahi uzmanları.

Médecine 2000; 265: 2286