

İnterstisyel Ektopik Gebelik: Olgu Sunumu

Veli Mihmanlı, Ali Emre Tahaoglu, Nur Çetinkaya, Ahmet Kılıçkaya, Soner Pul

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Gestasyonel kesenin uterin kavite dışına yerleşmesi olarak tanımlanan ektopik gebelik, erken gebelik döneminde yaşamı tehdit eden en sık görülen acil durumdur. İnterstisyel ektopik gebelik, ektopik gelişen gebeliğin fallop tüpünün uterin bölümüne yerleşmesi olarak tanımlanır ve tüm ektopik gebeliklerin %2-4 ünü oluşturur. Diğer tubal gebeliklere göre daha ileri gebelik haftalarında rüptür olur ve rüptür olduğunda genellikle aşırı kanama meydana gelir. Rüptüre interstisyel gebeliklerde maternal mortalite riski diğer tubal gebeliklere göre 2-5 kat fazladır. İnterstisyel ektopik gebelikte erken tanı ve tedavi, rüptüre bağlı morbidite çok yüksek olduğundan dolayı çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: interstisyel ektopik gebelik

SUMMARY

Interstitial Ectopic Pregnancy: A Case Report

Ectopic pregnancy, in which the gestational sac is outside the uterine cavity, is the most common life-threatening emergency in early pregnancy. Interstitial ectopic pregnancy defined as the ectopic gestation developing in the uterine part of the fallopian tube is rare, occurring in 2-4% of all ectopic pregnancies. It tends to rupture at a more advanced stage of gestation compared to tubal ectopic pregnancy; and when ruptured, hemorrhage is usually profound. The maternal mortality rate of ruptured interstitial pregnancy is 2-5 times higher than that of tubal ectopic pregnancy. Early diagnosis and treatment of interstitial ectopic pregnancy is particularly important because of the high morbidity associated with its rupture.

Key words: interstitial ectopic pregnancy

GİRİŞ

İnterstisyel ektopik gebelik; gebeliğin tuba uterinanın intramural kısmında yerleşmesiyle karakterize ender görülen bir tubal ektopik gebelik türüdür⁽¹⁾. Bütün ektopik gebeliklerin % 2-4'ünü oluşturur ve anatomik lokalizasyonu nedeniyle tanı ve tedavide gecikmeler daha sık görülür, rüptür daha ileri gebelik haftalarında meydana gelir ve aşırı kanamaya yola açar. Bununla ilişkili olarak mortalite hızı diğer ektopik gebeliklere kıyasla 2-5 kat daha fazladır⁽²⁻⁴⁾. İnterstisyel ektopik gebelikte rüptürden önce tanı koymak güç olmakla birlikte, erken tanı morbidite ve mortalite riskini azaltmak açısından çok önemlidir.

OLGU

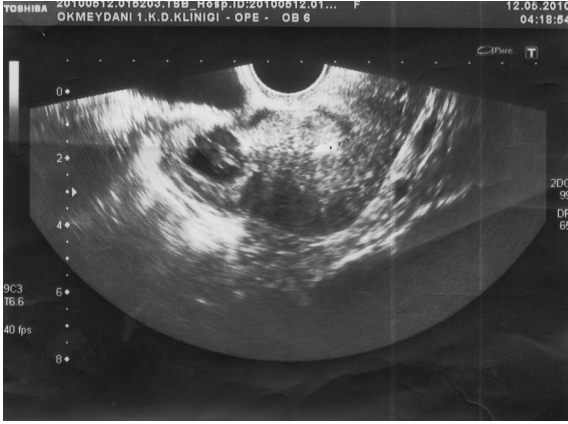
Otuz iki yaşında, 2,5 yıllık evli hasta, son 20

gündür lekelenme tarzında vajinal kanama ve kasık ağrısıyla hastanemiz kadın doğum acil kliniğine başvurdu. On üç ay önce sezaryen ile doğum yapmış olan hastanın özgeçmişinde başka bir hastalık saptanmadı. Yirmi beş-26 günde bir düzenli âdet görmekteymiş. Son âdetini 2 ay önce görmüş ve idrarda kendisinin yaptığı gebelik testi pozitif çıkmış. Yapılan jinekolojik muayenede; vulva vajen doğal görünümde, ektrauterin minimal vajinal kanama mevcut, kollum hareketleri ağrılıydı ve uterus büyüklüğü hastadaki ağrı nedeniyle değerlendirilemedi. Transvajinal ultrasonografide do-uglasta sıvı yoktu. Uterin sağ kornual bölgede fetal kardiyak aktivitesi pozitif olan gebelik mevcuttu (Resim 1). Tansiyon Arteriyel: 110/70 mmHg, nabız sayısı: 78/dk., ateş: 36,5°C idi. Laboratuvar tetkiklerinde; Hemoglobin: 12,2 g/dL, Hct: % 36, WBC: 11300/mm³, beta human koryonik gonadotropin (Beta-HCG): 14057

Alındığı Tarih: 18.09.2012

Kabul Tarihi: 18.10.2012

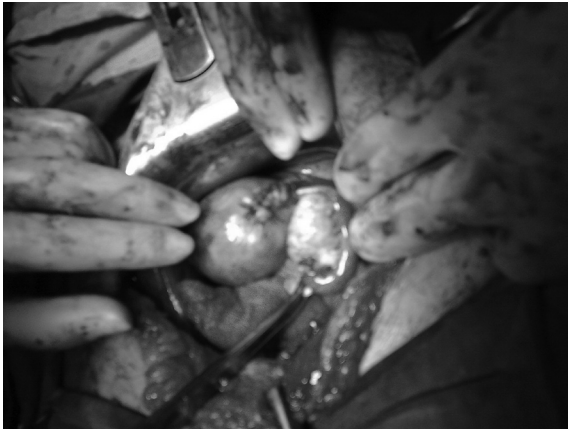
Yazışma adresi: Uzm. Dr. Veli Mihmanlı, S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, Şişli-İstanbul
e-posta: velimihmanli@yahoo.com



Resim 1. Hastaya ait transvajinal ultrasonografi görüntüsü.



Resim 2. Sağda interstisyel bölgede yerleşimli intakt ektopik gebelik.



Resim 3. Kornual rezeksiyon sonrası görünüm.

mIU/mL olan hasta ektopik gebelik ön tanısıyla yatırıldı. Fetal kardiyak aktivite pozitifliği ve beta-HCG değerinin yüksekliği nedeniyle metotreksat tedavisi planlanmadı. Ağrıları artan hastaya laparotomi yapıldı. Operasyonda sağ

kornual bölgede rüptüre olmamış ektopik gebelik saptandı (Resim 2). Kornual rezeksiyon yapıldı (Resim 3). Hasta postoperatif 3. günde iyileşmeyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ektopik gebelik; gebelik kesesinin uterin kavite dışında yerleşmesi ve gelişmesi olarak tanımlanır. Maternal ölümün 4. en sık nedenidir. Son yıllarda ektopik gebelik insidansında artış gözlenmekte olup, bunun olası nedenleri risk faktörlerinin artması (seksüel geçiş gösteren hastalıklar, yardımcı üreme teknikleri, artmış tubal cerrahi ve sterilizasyon) ve tanı yöntemlerinin gelişmesi (transvajinal ultrasonografi ve Beta-HCG ölçülmesi) dir ⁽⁵⁾. Blastokistin anormal implantasyonu sonucu gelişen ektopik gebelik en sık (% 95-98) Fallop tüpünde olur. Daha seyrek olarak over, serviks ve abdominal boşluk yerleşimli olabilir. Bu anatomik bölgeler plasenta yerleşimine ve embriyo gelişimine uygun olmadığından rüptür ve kanama potansiyeli her zaman mevcuttur ⁽⁶⁾.

İnterstisyel ektopik gebelik, ektopik gebeliklerin % 2-4'ünün oluşturur. Diğer ektopik gebeliklere göre daha ileri gebelik haftalarında rüptüre eğilimlidir. Rüptüre olduğu zaman hemoraji çok fazladır ve mortalite riski diğer tubal ektopik gebeliklerden 2-5 kat daha fazladır ^(2,3).

İnterstisyel ektopik gebeliğin rüptüre olmadan tanı konulması güçtür, ancak morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından tanının, rüptüre olmadan konulabilmesi çok önemlidir. Geçmişte tanı yalnızca laparotomi ile kesinleştiğinden, % 50'ye varan oranlarda interstisyel ektopik gebelik histerektomi ile sonuçlanırdı. Günümüzde transvajinal sonografi ve Beta-HCG varlığında daha erken gebelik haftalarında tanı konabilmektedir, yine de yanlış tanı ve tedavide gecikmeler hâlâ olabilmektedir. İnteruterin gebeliklerle karıştırılması tanı koymada gecikmelere neden olur, bazen uterin korpus yanlışlıkla servikal bir myom olarak değerlendirilmekte, interstisyel gebelik de normal bir interuterin gebelik olarak tanı alabilmektedir ⁽⁷⁾.

Timor-Tritsch ve ark. ⁽⁸⁾, ultrasonografik olarak; boş uterin kavite, uterin kavitenin en lateral kenarından 1 cm'den fazla ve ayrı olarak koryonik sac görülmesi ve bunu çevreleyen ince myometriyal tabakayı diyagnostik kriterler olarak tanımlamışlardır.

İnterstisyel ektopik gebelikte tedavi seçenekleri lokal veya sistemik metotreksat tedavisi, lokal potasyum klorid enjeksiyonu, konservatif laparoskopik cerrahi, uterin arter embolisi, kornual rezeksiyon veya gereğinde histerektomidir ⁽⁹⁾. Seçilecek tedavi yöntemi gestasyonel kesenin büyüklüğüne, hastanın fertilitisini koruma isteğine ve cerrahın deneyimine bağlıdır ⁽¹⁰⁾.

Sonuç olarak, interstisyel ektopik gebelikte rüptürden önce tanı koymak güç olmakla birlikte erken tanı, morbidite ve mortalite riskini azaltmak açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Wood C, Hurley V. Ultrasound Diagnosis and Laparoscopic Excision of an interstitial Ectopic Pregnancy. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1992; 32: 371-372. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.1992.tb02855.x> PMID:1290440
2. Lau S, Julandi T. Conservative Medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 72: 207-215. [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00242-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00242-3)
3. Dorfman SF, Grimes DA, Cates W. Ectopic Pregnancy mortality, United States 1979 to 1980. Clinical aspects. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 386-390. PMID:6462568
4. Tang A, Baartz D. A medical management of interstitial ectopic pregnancy A 5 year Clinical Study. *Avustrian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 46: 107-111. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00537.x> PMID:16638031
5. Cabar FR, Fetback PB, pereira PP. Serum markers in the Diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics* 2008; 63: 701-708. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322008000500021> PMID:18925333 PMID:2664731
6. Gomel V. Gomelin, jinekolojisi, Çeviri Editörü: Attar E, Ata B, Nobel Tıp Kitabevi İstanbul, 2007, Ektopik Gebelik 417-424.
7. LY-S Chan et al. Pitfalls in diagnosis of interstitial pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 867-870. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00214.x> PMID:12911450
8. Timor-Tritsch IE, Monteafudo A, Matere C. Sonographic evolution of Cornual Pregnancies treated without. *Surgery Obstet Gynecol* 1992; 79: 1044-1049.
9. Rostegi R, Micro GL, Rostegi N. Interstitial ectopic pregnancy: A rare and difficult clinicosonographic diagnosis. *J Hum Reprod Sci* 2008; 1: 81-82. <http://dx.doi.org/10.4103/0974-1208.44116>
10. Coric M, Barisic D, Strelec M. Laparoscopic approach to interstitial pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270: 287-289. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-003-0499-4> PMID:15602688