

OLGU SUNUMU: 10 HAFTA RÜPTÜRE OLMAMIŞ TUBAL EKTOPIK GEBELİK

Case Report: A Late Diagnosis of an Unruptured, 10 Weeks Tubal Pregnancy

Dilek İNCESU¹, Ersin ÇİNTESUN²

ÖZET

Ektopik gebelik kısaca gebeliğin uterus dışına yerleşmesi durumudur. Sıklıkla tuba uterinaya yerleşir. Geç tanı konulması durumunda ciddi maternal morbidite ve mortalite nedenidir. Bu olgu sunumu ile 10 haftaya kadar rüptüre olmamış nadir bir tubal ektopik olgusu tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Ektopik gebelik; 10 hafta gebelik; Tuba Uterina*

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is known as implantation of the embryo outside the uterus. It usually occurs in fallopian tubes. Delayed diagnosis may cause severe maternal morbidity and mortality. We aimed to discuss a rare tubal pregnancy that has not been ruptured for up to 10 weeks.

Key words: *Ectopic Pregnancy; 10 weeks pregnancy; Fallopian tubes*

Novafertil Tüp Bebek Merkezi,
konya

Selçuk Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kadın Hastalıkları ve
Doğum, konya

Dilek İNCESU, Uzm. Dr.
Ersin ÇİNTESUN, Uzm. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Dilek İNCESU
Novafertil Tüp Bebek Merkezi,
Konya,
Tel: 05052341234
e-mail:
incesu_dilek@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 14.11.2016
Kabul tarihi/Accepted: 27.01.2017

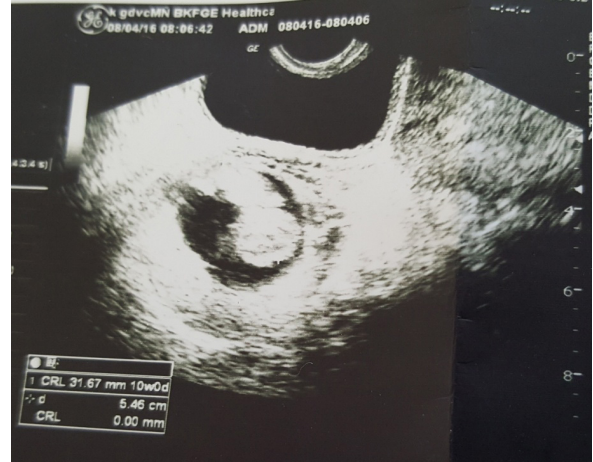
Bozok Tıp Derg 2017;7(1):108-10
Bozok Med J 2017;7(1):108-10

GİRİŞ

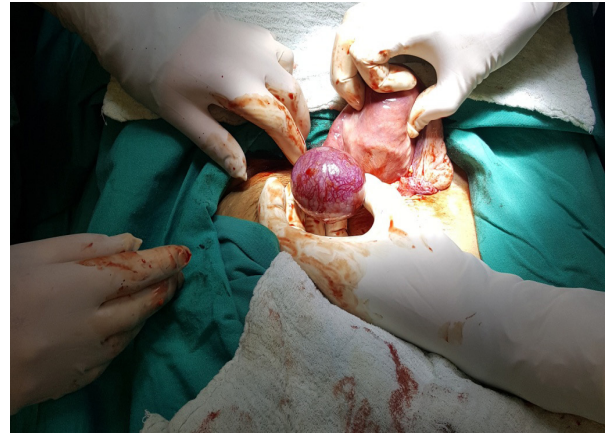
Ektopik gebelik gebelik kesesinin uterus kavitesi dışında bir yere implante olması durumudur. Yüzde 98 den fazlası tuba uterinaya implante olmaktadır. Karın ağrısı ve vajinal kanama en sık semptomlar olmakla birlikte hastaların yaklaşık yüzde 50 si tubal rüptür öncesinde asemptomatiktir. Tubal ektopik gebeler birinci trimester anne ölümlerinin günümüzde en sık sebebidir. Tubal ektopik gebelikler için risk faktörleri, ektopik gebelik öyküsü, geçirilmiş cerrahi / enfeksiyonlara bağlı tubal hasar, RIA kullanımı ,sigara ve tüp bebek gebeliklerdir. Bu olgu sunumunda 10. Haftada tanı almış, rüptüre olmamış tubal yerleşimli ektopik gebelik olgusunu tartışmayı amaçladık.

OLGU

27 yaşında, gravidası 4, paritesi 3 olan hasta pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın iki aylık adet rötarı olduğu öğrenildi. Geçirilmiş iki sezaryen operasyonu dışında ilaç,alkol,sigara ve RIA(Rahim İçi Araç) kullanım öyküsü yoktu. Hastanın pelvik muayenesinde vajinal kanama izlenmedi. Hastanın batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound pozitif olarak saptandı. Yapılan transvajinal ultrasonografide, endometrial kavite 6mm ve sağ tubada 45 mm gestasyonel kese içerisinde CRL(baş-popo mesafesi): 31,6 mm 10 hafta fetal kalp atımı pozitif olan fetus izlendi. (ŞEKİL 1). Douglas boşluğunda ve abdomende serbest sıvı veya hematoma izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde Beta hCG: 38569 mIU/ml, hemoglobin: 11,7 g/dl olarak ölçüldü. Hastaya laparotomi yapıldı ve batın gözleminde sağ tubanın ampulla bölgesinde yaklaşık 5*5 cm çapında rüptüre olmamış ektopik odak izlendi (ŞEKİL 2).Batında serbest sıvı, kan veya hematoma izlenmedi. Sağ salpenjektomi uygulandı. Endometrium ince olduğundan dilatasyon-küretaj (D/C) yapılmadı. Hasta postoperatif iki gün serviste takip edildikten sonra seri Beta hCG takipleri yaptırması önerilerek taburcu edildi. Hastanın takiplerinde beta hCG düzeyi giderek azalmakla beraber 1.ay kontrolünden sonra hasta takibe gelmeyi bırakmıştır.



Şekil 1. Ultrasonografik Görüntü



Şekil 2. Operasyon Görüntüsü

TARTIŞMA

Ektopik gebelik insidansı yaklaşık %2 olup en sık 35-44 yaş arası görülür(1).Birinci trimester anne morbiditesi ve mortalitesinin en sık nedenidir(2). Ektopik gebelik ekstrauterin gebeliklerin genel adıdır. Ektopik gebeliklerin çok büyük bir kısmı tubal lokalizasyonlu olmakla birlikte interstisyel, ovaryan, abdominal, intraligament, servikal, sezaryen skar, posthisterektomik ve heterotopik olabilir. Ektopik gebelik tanısı normal gebeliklere göre düşük serum Beta hCG düzeyi ve transvajinal ultrasonografide intrauterin gebelik kesesi görülmesi ile konmaktadır. Transvajinal ultrasonografi ektopik gebelik tanısında oldukça efektiftir(3). Ancak sağlık hizmetlerine ulaşmada aksaklık olabilecek kırsal alan-

larda tanı gecikmesi sonucu hastalar rüptür ile de baş vurabilmektedir. Tuba uterinada submukozal tabakanın olmaması, trofoblastların musküler tabakayı erozyona uğratması ve tubanın genişleme kapasitesinin olmaması tubal rüptür sebebidir. Yapılan bir çalışmada tubal rüptürün çoğunlukla 7,2±2,2 haftada meydana geldiği bildirilmiştir(4). Literatür değerlendirildiğinde ise tubal gebeliklerin ikinci trimestere kadar devam ettiğini gösteren ender vaka bildirimleri mevcuttur(5-7). Tarafımıza başvuran hastanın da rüptür olmadığı gözlenmiştir. Ektopik gebelik tedavi modaliteleri cerrahi, metotrekstat ve bekleme tedavisi olarak özetlenebilir. Hastaların yaklaşık üçte biri metotrekstat için uygunken, üçte ikisine cerrahi tedavi uygulanır geri kalan çok az hasta grubu bekleme tedavisine alınır(8). Metotrekstat tedavisi için uygun adaylar; hemodinamik açıdan stabil, tercihen ektopik odak boyutu 3-4 cm'den küçük, fetal kalp atımı olmayan, beta hCG değeri 5000 mIU/ml'den küçük ve metotrekstat tedavisine kontrendikasyonu olmayan hastalardır(9-11). Bekleme tedavisi ise, beta hCG değeri 200'den küçük olup düşme eğiliminde olan ve ultrasonografide lokalizasyonu belli olmayan veya ektopik gebelik şüphesi taşıyan gebeliklerde tercih edilmelidir(12). Geri kalan hastalarda cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi tedavi olarak salpingostomi veya salpenjektomi yapılabilir. Salpenjektomi fertilitasını tamamlamış hastalarda, rüptür veya ciddi hasarlı tubada, salpingostomi ile eksiz edilemeyecek büyüklükte ektopik gebelik odak(3cm'den büyük) varlığında tercih edilir. Çocuk isteği olan, hemodinamik olarak stabil, rüptüre olmayan tubal gebeliklerde salpingostomi uygulanır. Ayrıca karşı tuba hasarlı ise salpingostomi düşünülmelidir(13-15). Bu olguda hastamızın yaşayan üç çocuğu olması ve ektopik gebelik odağın büyük olması nedeniyle salpenjektomiyi tercih ettik.

Sonuç olarak ektopik gebelik adet rötarı, karın ağrısı ve vajinal kanama ile başvuran hastalarda akla getirilmesi gereken bir hastalıktır. Tanının gecikmesi ciddi morbidite ve mortalite sebebi olabilir.

KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy--United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44:46.

2. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994;170(5):1489-94.
3. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. Human reproduction. 2005;20(5):1404-9.
4. Saxon D, Falcone T, Mascha EJ, Marino T, Yao M, Tulandi T. A study of ruptured tubal ectopic pregnancy. Obstetrics and gynecology. 1997;90(1):46-9.
5. Khalil MM, Badran EY, Ramadan MF, Shazly SA-EM, Ali MK, Abdel Badee AY. An advanced second trimester tubal pregnancy: Case report. Middle East Fertility Society Journal. 2012;17(2):136-8.
6. Radaelli T, Bulfamante G, Cetin I, Marconi AM, Pardi G. Advanced tubal pregnancy associated with severe fetal growth restriction: a case report. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2003;13(6):422-5.
7. Guèye MDN, Guèye M, Thiam I, Mbaye M, Gaye AM, Diouf AA, et al. Unruptured tubal pregnancy in the second trimester. South Sudan Medical Journal. 2013;6(4):95-6.
8. Van Den Eeden, Stephen K., et al. "Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization." Obstetrics & Gynecology 105.5, Part 1 (2005): 1052-1057.
9. Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. Fertil Steril 2007; 87:481.
10. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, et al. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. N Engl J Med 1999; 341:1974.
11. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, et al. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. Am J Obstet Gynecol 1998; 178:1354.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical management of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2008; 111:1479.
13. Fernandez H, Capmas P, Lucot JP, et al. Fertility after ectopic pregnancy: the DEMETER randomized trial. Hum Reprod 2013; 28:1247.
14. Mol F, van Mello NM, Strandell A, et al. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2014; 383:1483.
15. Cheng X, Tian X, Yan Z, et al. Comparison of the Fertility Outcome of Salpingotomy and Salpingectomy in Women with Tubal Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2016; 11:e0152343.