

Kornual Gebelik: İki Olgu Sunumu

Cornual Pregnancy: Report of Two Cases

**Mehmet Aytaç YÜKSEL, Serdar ÇELİK, Emre TURGUT,
Özlem ARAS, Ahmet Birtan BORAN, Ramazan ÖZYURT**

ÖZET

Kornual ektopik gebelik nadir bir durumdur. Mortalite ve morbidite doğrudan tanısının koyulma süresi ile ilgilidir. Kornual gebelik, diğer tubal gebeliklerle karşılaştırıldığında miyometriyumun tubaya göre daha fazla distensibilite olması nedeniyle daha geç rüptüre olur. İnterstisyel ektopik gebelik artmış vaskülarite nedeniyle katastrofik hemoraji ve ölüme neden olabilir. Bu yazıda, iki adet kornual gebelik olgusu sunuldu. *Olgu 1:* Yirmi beş yaşında, gravida 1, para 0, abortus 0 olan hasta, akut karın nedeniyle ameliyata alındı. Ameliyat sırasında karın içerisinde bol miktarda koagulum ve hemorajik mayi görüldü. Rüptüre sol kornual ektopik gebelik izlendi. Her iki tuba ve over normal görünümde izlendi. Kornual eksizyon yapıldı. *Olgu 2:* Otuz sekiz yaşında, gravida 8, para 2, küretaj 5, abortus 0 olan hasta, 8 haftalık adet geçikmesi nedeniyle kliniğe başvurdu. Özgeçmişinde 2 yıl önce ektopik gebelikten ameliyat olduğu not edildi. Transvajinal ultrasonografide uterus normal görünümde, endometrial kavite boş sol kornual alanda CRL: 20 mm 8 hafta 4 gün fetal kalp aktivitesi olan gebelik belirlendi. Hasta ameliyata alındı. Ameliyatta uterus sağ kornual bölgede 4 cm çapında ektopik gebelik saptandı. Sol tuba izlenmedi. Sağ tuba ve bilateral overler doğal izlendi. Hastaya total abdominal histerektomi yapıldı. Patolojik incelemeye gönderildi. Bu yazıda, kornual gebelik ve tedavi seçenekleri irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Ektopik gebelik; kornual gebelik.

SUMMARY

Cornual pregnancy is a rare condition. Mortality and morbidity are directly correlated with the duration of diagnosis. A cornual pregnancy, when compared with other tubal pregnancies, tends to rupture later due to the greater distensibility of the myometrium. Interstitial pregnancy may lead to catastrophic hemorrhage and death because of advanced vascularity. Herein, we report two cases of cornual pregnancies. Case 1: A 25-year-old, gravida 1, para 0, abortus 0 woman was operated for acute abdomen. Abundant coagula and hemorrhage were seen. A ruptured left cornual pregnancy was determined. Both tubes and ovaries had normal appearance. Cornual excision procedure was carried out. Case 2: A 38-year-old, gravida 8, para 2, curettage 5, abortus 0 woman applied to the outpatient clinic with the complaint of delayed menstruation. Her history revealed an operation for ectopic pregnancy two years before. Transvaginal sonography revealed a normally appearing uterus, an empty uterine cavity and an ectopic pregnancy on the left cornual region with 20 mm crown rump length corresponding to 8w4d gestation with cardiac activity. Surgery was performed thereafter. An ectopic 4 cm mass on the right cornual region was confirmed. The right tube was absent; the left tube and each ovary were normal. Total abdominal hysterectomy procedure was performed, and the material was sent for pathological examination. In this paper, cornual pregnancy and treatment modalities are discussed.

Key words: Ectopic pregnancy; cornual pregnancy.

GİRİŞ

Kornual gebelik ektopik gebeliğin nadir bir formudur. İnterstisyel gebelik ektopik gebeliklerin %2-4'ünü oluşturmaktadır.^[1]

Birçok cerrah, kornual gebeliği interstisyel gebelikten ayırmaya çalışmalarına rağmen, anatomik olarak ayırmak çok zordur ve birlikte sınıflandırılmalıdır.^[2] Klasik olarak kornual gebelik, gestasyonel sac tubanı ince duvarından daha kalın olan miyometriyal duvar ile çevrelendiği için belirti ve bulguları geç ortaya çıkar. Eğer rüptüre olursa, kornual bölgenin iyi vaskülarizasyonundan dolayı hemoraji yoğun olur. Geleneksel tedavi seçenekleri histerektomi ve kornual rezeksiyondur.^[3] Günümüzde tedavi olguların %80'inden fazlasında rüptür öncesinde olmaktadır.^[4] Bu da tanıda kullanılan, yüksekseksensitif ve spesifik immünassay HCG, ultrasonografi ve laparoskopideki ilerlemelere bağlıdır.^[5,6] Erken tanı kornual gebelikte maternal mortalite oranını %2-2,5'e düşürmektedir.^[2]

Bu olguların sunumu ile ektopik gebeliğin nadir bir formu olan kornual gebeliğin tartışılması ve tanı kriterlerinin vurgulanması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

G2 P1 A0 olan, 28 yaşındaki hasta şiddetli karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastanın karın muayenesinde, karın alt kadranda hassasiyeti ve defans vardı. Vajinal muayenede; uterus ve adneksler palpasyonla hassastı. Transvajinal ultrasonografide Douglasda ve her iki adneksiyel alanda yaygın serbest mayi mevcuttu. Uterusta gebelik kesesi mevcut değildi. Hastanın β -HCG testi sonucu 3571 mIU/ml olarak gelmişti.

Hastanın cerrahi öncesi kan sayımında hemoglobin 10,8 gr/dl, hematokrit %31,1 idi. Ameliyat sonrası hemoglobin 10,3 gr/dl, hematokrit %31,7 idi. Bu bulgularla ektopik gebelik rüptürü düşünülen hasta acil ameliyata alındı.

Karın içerisinde yaklaşık 2500 cc hemorajik mayi ve koagulum vardı. Bilateral overler normal görünümdeydi. Sol kornual bölgeden aktif kanamalı rüptüre ektopik gebelik odağı izlendi. Hastaya kornual

rezeksiyon yapıldı. Hastanın patoloji sonucu kornual gebelik ile uyumlu olarak geldi.

Olgu 2

G8 P2 A0 K5 olan, 42 yaşındaki hasta 8 haftalık adet geçikmesi nedeniyle kliniğe başvurdu. İki yıl önce ektopik gebelikten ameliyat olan hastanın transvajinal ultrasonografisinde uterus normal görünümde, endometriyal kavite boş sol kornual alanda CRL: 20 mm 8 hafta 4 gün fetal kalp aktivitesi olan gebelik belirlendi.

Hastanın preoperatif kan sayımında hemoglobin 11,8 gr/dl, hematokrit %32 idi. Ameliyat sonrası hemoglobin 10,6 gr/dl, hematokrit %30,5 idi. Hasta bu bulgularla kornual gebelik düşünülerek ameliyata alındı. Ameliyat sırasında uterus sağ kornual bölgede 4 cm çapında ektopik gebelik saptandı. Sol tuba izlenmedi. Sağ tuba ve bilateral overler doğaldı. Hastaya total abdominal histerektomi yapıldı. Patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji sonucu sağ kornual gebelik ile uyumlu endometrial kaviteyle ilişkisiz kese izlendi. Fetus baş popo mesafesi 2 cm olarak geldi.

TARTIŞMA

Kornual gebelik nadir bir durumdur ve tüm ektopik gebeliklerin %2-4'ünden fazla değildir.^[2] İnsidansı yaklaşık 2500-5000 canlı doğumda birdir.^[2,7] Morbidite ve mortalitesi tanı öncesi geçen süre ile doğrudan ilişkilidir.

Kornual gebelik risk faktörleri, pelvik enflamatuvar hastalık, tümör, fazla sayıda embriyo transferinin yapılması, transferin uterin horna yakın yapılması, transfer sırasında yüksek basınçta şırınganın itilmesi sayılabilir.^[8] Bilateral salpanjektomi bir diğer risk faktörüdür.^[9] Nonsalpenjektomili hastalar için; peri ve intratubal adhezyonlar, endometriozis ek risk faktörleridir. Bazı yazarlar, embriyo kalitesi ve transfer anındaki hormonal durumun olası sebeplerden biri olabilir diye düşünmektedir.^[10]

Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi ve sensitif B HCG'deki ilerlemeler erken tanı olanağı sağlamaktadır. Kornual kitle, kornual gebeliğin kesin tanısı için en yaygın ultrasonografi görüntüsüdür. Timor-Tritsch ve ark.^[11] kornual gebelik için 3 kriter tanımlamışlar-

dır: 1) Boş uterus kavitesi, 2) koryonik sac uterin kavitenin lateral kenarından >1 cm ayrı olması, 3) gestasyonel sac etrafında ince miyometriyal tabaka olması. Bizim olgularımızda bir hastada bütün kriterler ile uyumlu idi, diğer olgu ise rüptüre idi. İlerlemiş gestasyonel yaş veya rüptür sonrası laparotominin histerektomili veya kornual rezeksiyonlu yapılması, kornual gebelik için geleneksel tedavidir. Unruptüre kornual gebelik tanısı konulduğunda, birçok konservatif yönetim seçeneği vardır.

Uterus koruyuculuğu istendiğinde, metotreksat uygulaması parenteral veya doğrudan enjeksiyonla, potasyum klorür ultrasonografik guide ile gestasyonel sac içine enjekte edilebilir, laporoskopik olarak kornual rezeksiyon, uterin arter embolizasyonu yapılabilir.^[12-14] Önceki raporlarda birçok yazar kornual insizyon ve kanama için eloktrokoter kullanmışlardır. Bazı yazarlar kornual rezeksiyonu ve miyometriyal defekti kapatmamayı tercih etmişlerdir.^[15] Konservatif tedavinin en önemli avantajı fertilitiyi korumaktır, dezavantajı ise sonraki gebelikte uterin rüptürdür.^[16] Günümüzde kornual gebeliklerin tedavisinde tercih edilen yöntem laporoskopik yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Literatür incelendiğinde zaman çok az olguda laparoskopi sırasında hemostaz sağlamak amacıyla intrakorpeal dikiş uygulandığı görülecektir.

Laparoskopi sonrası gelişen gebeliklerde uterin rüptür olasılığı net olarak bilinmemekle birlikte, 20. ve 24. haftalarda uterus rüptürü anlatılan iki olgu sunumu da mevcuttur. Medikal tedavi sonrası uterus rüptürü riski ise bilinmemektedir. Yakın gebelik takibi ve elektif sezeryan yapılması önerilen yaklaşımlardır.^[17]

Biz bir olguda, rüptüre olması ve fertilitiyi koruma isteği nedeniyle laparotomik kornual rezeksiyon, diğerinde kitlenin büyük olması nedeniyle total abdominal histerektomi yaptık.

Kornual gebelik tehlikeli bir durumdur ve erken teşhis ve tedavi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999;72:207-15.

2. Rock JA, Damario MA. Ectopic pregnancy. In: Thompson JD, Rock JA, editors. *Te Linde's operative gynecology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 502-27.
3. Stewart EA, Yeh J. The fallopian tubes and ectopic pregnancy. In: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, editors. *Kistner's gynecology*. 6th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1995. p. 166-86.
4. Pansky M, Golan A, Bukovsky I, et al. Nonsurgical management of tubal pregnancy. Necessity in view of the changing clinical appearance. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:888-95.
5. Beck WW. Ectopic pregnancy. In: Battistini M, Beck WW, Fang J, Nanda K, Rhoads M, editors. *NMS obstetrics and gynecology*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 315-24.
6. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 947-64.
7. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1970;106:1004-19.
8. Chang Y, Lee JN, Yang CH, et al. An unexpected quadruplet heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and replacement of three embryos. *Fertil Steril* 2003;80:218-20.
9. Agarwal SK, Wisot AL, Garzo G, et al. Cornual pregnancies in patients with prior salpingectomy undergoing in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1996;65:659-60.
10. Pan HS, Chuang J, Chiu SF, et al. Heterotopic triplet pregnancy: report of a case with bilateral tubal pregnancy and an intrauterine pregnancy. *Hum Reprod* 2002;17:1363-6.
11. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, et al. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol* 1992;79:1044-9.
12. Valsky DV, Hamani Y, Verstandig A, et al. The use of 3D rendering, VCI-C, 3D power Doppler and B-flow in the evaluation of interstitial pregnancy with arteriovenous malformation treated by selective uterine artery embolization. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:352-5.
13. Tulandi T, Vilos G, Gomel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;85:465-7.
14. Woodland MB, Depasquale SE, Molinari JA, Sagullo CC. Laparoscopic approach to interstitial pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;3:439-41.

15. Gezer A, Mutlu H. Laparoscopic management of cornual pregnancy without sutures. Arch Gynecol Obstet 2004;270:194-6.
16. Moon HS, Choi YJ, Park YH, et al. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2000;182:114-21.
17. Ulun U, Bahçeci M. Sistemik metotreksat tedavisine yanıt vermeyen kornual gebeliğin laparoskopik eksizeyonu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006;3:4:299-302.