

Bir Olgu Nedeniyle İntertisyel (Kornual) Gebelik

Dr. Figen ATEŞALP (1), Dr. Gülseren ERHAN (2), Doç. Dr. Serpil BOZKURT (3),
Dr. Murat KÖTEN (1)

ÖZET

Kliniğimize hipovolemik şok tablosu ile gelen bir rüptüre kornual gebelik olgusu sunulmuştur. İntertisyel yerleşim ektopik gebeliklerin nadir bir şeklidir. Bu olgu nedeniyle kornual ektopik gebeliklerin insidens, tanısı ve tedavisi irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, interstisyel gebelik.

SUMMARY

A Case of Ruptured Cornual Pregnancy.

A case of ruptured cornual pregnancy, who admitted our department in hypovolemic shock, is presented. Interstitial implantation is a rare type of ectopic pregnancies. Cause of this case incidence, diagnosis and management of cornual ectopic pregnancies are discussed.

Key Words: Ectopic pregnancy, interstitial pregnancy.

GİRİŞ

Ektopik gebelik, gebelik ürününün endometrial kavite dışında implante olmasıyla gerçekleşen, çoğu zaman erken gebelik aylarında embriyonun yaşamını yitirmesiyle sonlanan ve anne için de potansiyel morbidite ve mortalitesi bulunan anormal bir gebelik türüdür (1,2).

Gerçek insidensinin belirlenmesi spontan abortuslar, kimyasal gebelikler ve illegal olarak sonlandırılan gebeliklerin istatistiksel verilere katılamaması yüzünden güçlükler taşımaktadır (3). Ancak görülüş sıklığında yıllar içinde belirgin artışlar kaydedildiği açıktır. ABD'de oran 80 gebelikte 1'e kadar yükselmiştir (1). Popülasyonlara ve sosyoekonomik düzeye göre bu insidens (80-200 gebelikte bir) değişmektedir (4). Bizim kliniğimizde son iki yılda gerçekleşen 4266 doğuma karşılık, 37 ektopik gebelik tanısı konulmuştur. Bu oranın doğruluğu yukarıdaki sebeplerle tartışılabilirse de, kliniğimizde ektopik gebelik görülme sıklığının 115'de 1 olduğu söylenebilir.

Tüm ektopik gebeliklerin %2-2.5'u tubanın uterus duvarı içinde kalan, 1 cm uzunluk ve 1mm çaptaki interstisyel bölgesinde yerleşir. Bu lokalizasyon tubal ektopik gebelikler içinde en nadir olanıdır (2,5). Kornual gebelik olarak da adlandırılır (6).

Genellikle tek başına görülen kornual gebeliğin, nadiren farklı lokalizasyondaki ikinci bir ektopik gebelik veya intrauterin gebelikle birlikte bulunabileceği yayınlanmıştır (7,8). Bu durum çoğunlukla IVF-embriyo transferi sonrası ortaya çıkar.

Kornual gebelikte implantasyon bölgesi kısmen myometriumla çevrilidir. Bu doku büyümekte olan gebelik ürününü barındırmak üzere hipertrofi gösterebilir. Bu sebeple rüptür, diğer tubal gebelik türlerine göre daha geç (9-16. gebelik haftalarında) gerçekleşir (1, 6, 9). Ancak bölgenin vaskülarizasyonu hem a. uterina, hem de a. ovarica'dan gelen dallarla çok zengin olduğu için rüptürü oldukça tehlikeli seyredir (2,5). Hastaneye ulaştırılmadan ölümlü sonlanan tubal gebelik rüptürlerinin büyük kısmı interstisyel yerleşimli olanlardır (6).

OLGU

44 yaşındaki bayan GK, kliniğimize 27.10.1994 saat 02'de yakınları tarafından şok tablosunda getirildi. Hastanın bilinci bulanıktı. Cildi soğuk ve soluktu. Periferik nabızlar ve tansiyon arteriyel alınamıyordu. Solunum taşipneikti. Cut-down açılarak sıvı replasmanı ve dopamin infüzyonuna başlandı.

Yakınlarından alınan anamnezde hastanın 1.5 ay önce beklediği adet kanamasını göremediği, yapılan gebelik testinin pozitif çıktığı ve 3 hafta önce tahliye küretajı yapıldığı öğrenildi.

Ancak o zamandan beri vaginal kanamasının aralıklı olarak devam ettiği ve birkaç saat önce ani bir karın ağrısını takiben hastanın yavaş yavaş kendini kaybettiği belirtildi.

Batın muayenesinde özellikle alt kadranslarda hassasiyet, defans ve rebaund saptandı. Jinekolojik muayenede collum hareketleri ağırlı, uterus normalden az iri, sağ yanında şüpheli bir dolgunluk ve hassasiyet mevcuttu.

Ultrasonografide batında bol serbest sıvı ve uterusun sağ yanında, eksantrik bir lokalizasyonda CRL'ye göre 10 haftalık fetus imajı saptandı.

Bu bulgularla ektopik gebelik rüptürü düşünüldü ve acilen laparotomiye geçildi.

Batın eksplorasyonunda hemoperitoneum mevcuttu. 2 lt kadar kan aspire edildi. Uterusun sağ kornual bölgesinde genişleme, gri-mor renk değişimi ve rüptür gözlemlendi. Embriyo ve kısmen plasenta batına atılmış, göbek kordonu ile uterusu bağlı görünümdeydi.

Rüptür alanında sızıntı şeklinde kanama devam ediyordu. Plasenta da alınarak tüm gebelik ürünü çıkarıldı (Foto 1). Kornual bölgeden tamamen nekrotik görünümde bir miktar doku eksize edildi. Aktif kanamanın fazla olmayışı yüzünden tüm kornun rezeksiyonu gerekli görülmedi. Defekt sütüre edilerek kanama durduruldu.

Peroperatuar 2 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Postoperatif saatlik idrar miktarı, TA, nabız takipleri normal seyretti.

Ertesi gün 2 ünite kan transfüzyonu daha yapıldıktan sonra kan tablosu normale döndü. Hasta postoperatif 5. gün herhangi bir komplikasyon gelişmeksizin taburcu edildi.

Foto 1



TARTIŞMA

Nadir bir ektopik gebelik türü olan kornual gebeliğin tanısının preoperatif konulması oldukça zordur (2,5).

Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken, angular gebelik ile karıştırılmamasıdır. Angular gebelik nidasyonun uterin kavitenin uterotubal bileşke bölgesinin hemen medialinde gerçekleştiği durumdur ve bir ektopik gebelik türü sayılmaz. Konservatif yaklaşım tercih edilir. %60 olguda viabl bir fetusun doğumuna kadar gebelik devam eder (5). İkisinin ayrımı laparoskopik görüntülerine bakılarak yapılabilir. İnterstisyel gebelikte round ligamenet uterusu, kornual bölgedeki gebeliğe ait şişkinliğin medialinden tutunur. Angular tipte ise gebeliğe ait şişkinlik round ligamentin tutunma yerini laterale doğru iter (5) (Şekil 1).

Şekil 1



Ultrasonografi de tanıya yardımcı olabilir. Kornual gebelikte bazen uleturs kavitesi içinde yalancı bir kese imajı görülse bile intrauterin gebeliklere özgü de-

cidua vera ve decidua capsularis'ten oluşan çift desidual işaret görülmez (9). Gebelik kesesinin eksantrik lokalizasyonu ve keseyi çevreyen myometrial örtünün ince olması (5mm'den az) önemli kriterlerdir (9,10,11). Ancak angular gebelik ile ayırımını yapmak için yeterli değildir.

İnterstisyel gebelik kesesinin doğruca merkezine yönelerek gelen ve kesenin sınırına kadar dayanan endometrial kaviteye ait çizgiye "interstitial line" denir. Bu bulgunun varlığı, tanı için sensitivite (%80) ve spesifitesi (%98) en yüksek ultrasonografik kriterdir (9) (Foto 2).

Endovaginal renkli Doppler ile yapılan incelemede ise kornual kitleyi çevreleyen geniş vasküler yataklardaki artmış akım hızı ve pulsed Doppler sonogramda uteroplasental akımın tipik düşük dirençli dalga formları izlenir (9).

Rüptüre olmadan önce, başka yakınmalarla heki-me başvuran bir interstisyel gebelik olgusuna yukarıdaki yöntemlerle tanı konabilirse, öncelikle noninva-ziv tekniklerle gebeliğin sonlandırılması denenmelidir.

Örneğin erken dönemde fertilitiyi korumak ve ge-beliğin regresyonunu sağlamak amacıyla sistemik Methotrexate tedavisi denebilir (12).

Ultrasonografi eşliğinde girilen bir kanülle amni-on sıvısını aspire edip yerine KCI eriyiği vermek de cerrahi olmayan başka bir tekniktir (8,13).

En son olarak Confino ve arkadaşları (14) 1994 Ağustos'unda yaptıkları yayında, klinik olarak tubal gebelikten şüphe ettikleri erken dönemdeki hastalarda, fluoroskopi altında, özel bir kateterle servikal kanaldan girip, tubal osiumdan radyoopak madde vermişler ve çekilen selektif salpingografi ile ektopik ge-belik tanısını doğruladıktan sonra o tubaya Methotrexate enjeksiyonu yapmışlardır. Böylelikle nisbeten ucuz ve noninva-ziv bir yöntemle hem tanı hem de tedavi gerçekleştirilmiştir.

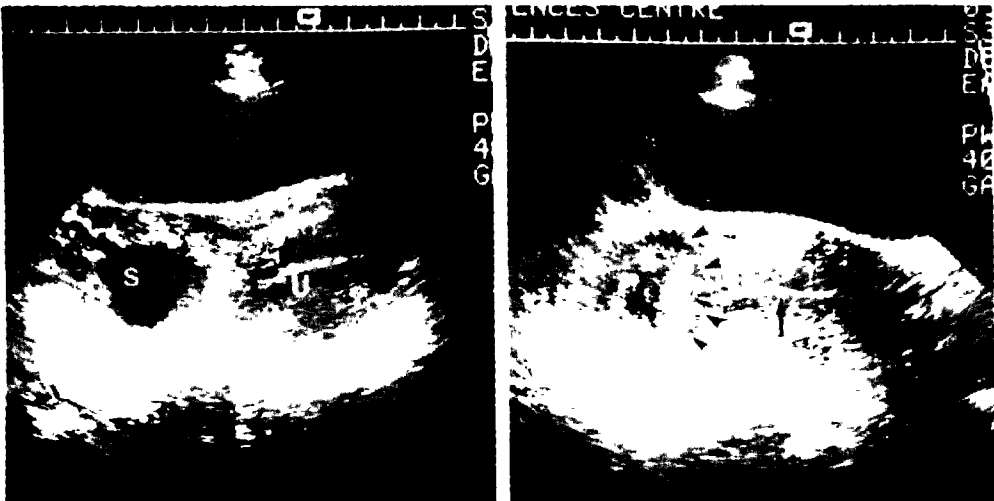
Ancak olguların çok büyük bir kısmında, kendi ol-gumuzda olduğu gibi, tanı ancak rüptürle başvuran

hastanın laparatomisi sırasında konabilmektedir. Böyle durumlarda kanama miktarına ve rüptürün yarattığı defektin büyüklüğüne göre cerrahi girişim yönlendirilmelidir. Genellikle kornual rezeksiyon gerekir (5). Eğer defekt büyük ve kanama fazlaysa histerektomiye dahi başvurulabilir (6).

Olgumuzdaki defektin büyük olmayışı ve operas-yon anındaki hafif aktif kanamanın primer onarımla durdurulabilmesi kornual rezeksiyonu gereksiz kılmıştır.

Hipovolemik şok tablosuna kadar varan ektopik gebelik rüptürlerinde, gerekli hazırlıklardan sonra acilen laparotomiye geçilmesinin en doğru yol olduğun-u ve hastayı şoktan kurtarmak için uğraşarak lapa-ratominin geciktirilmemesi gerektiğini, bu olgu bir kez daha kanıtlamıştır. Ayrıca kornual gebeliğin geç tanınip daha gürültülü tablolara yol açtığını göstere-rek öğretici olmuştur.

Foto 2



KAYNAKLAR

- 1- **Scott JR.**: Ectopic Pregnancy. In: Danforth's Obstetrics and Gynecology. DiSaia PJ, Hammond CB, Scott JR, Spellacy WN, editors. Philadelphia: JB Lippincott Company 1990: 221-236.
 - 2- **Arisan K.**: Dış Gebelik. In: Arisan K. Doğum Bilgisi. İstanbul 1989; 857-875.
 - 3- **Doyle MB, DeCherney AB, Diamond MP.**: Epidemiology and Etiology of Ectopic Pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1991; 18: 1-18.
 - 4- **Pernoll ML, Durfee RB.**: Early Pregnancy Risks. In; Pernoll ML. (editor). Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Connecticut; Appleton and Lange 1991; 300-325.
 - 5- **Cartwright PS.**: Ectopic Pregnancy. In: Jones II PW, Wentz AC, Burnett LS (editors). Novak's Textbook of Gynecology. Baltimore: Williams and Wilkins 1988; 4789-506.
 - 6- **MacDonald P, Cunningham FG, Gant NF.**: Ectopic Pregnancy. In: Williams Obstetrics. Connecticut: Appleton and Lange 1989; 511-532.
 - 7- **Olsen ME.**: Bilateral Twin Ectopic Gestation With Intraligamentous and Interstitial Components. A case report. J Reprod Med 1994; 39(2): 118-20.
 - 8- **Leach RE, Ney JA, Ory SJ.**: Selective Embryo Reduction of Interstitial Heterotopic Gestation. Fetal Diagn Ther 1992; 7(1): 41-5.
 - 9- **Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ.**: Interstitial line: Sonographic finding in Interstitial (Cornual) ectopic pregnancy. Radiology 1993; 189: 83-87.
 - 10- **Graham M, Cooperberg PL.**: Ultrasound Diagnosis of Interstitial Pregnancy: findings and pitfalls. JCU 1979; 174: 375-8.
 - 12- **Tanaka T, Hayashi H, Kutsuzawa T, Fujimoto S, Ichinoe K.**: Treatment of Interstitial Ectopic Pregnancy With Methotrexate: report of a successful case. Fertil Steril 1982; 37: 851-5.
 - 13- **Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivennes F, Frydman R.**: Nonsurgical Treatment of Heterotopic Pregnancy: a report of six cases. Fertil Steril 1993; 60(3): 428-32.
 - 14- **Confino E, Biner Z, Molo MW, Radwanska E.**: Selective Salpingography For the Diagnosis and Treatment of Early Tubal Pregnancy. Fertil Steril 1994; 62(2): 286-8.
-