

## Heterotopik Gebelik: Olağandışı Bir Akut Batın Nedeni

### *Heterotopic Pregnancy: An Unusual Cause of Acute Abdomen*

Dağıstan Tolga Arıöz<sup>1</sup>, Fatih Çelik<sup>1</sup>, Coşkun Polat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

<sup>2</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

**ÖZET:** Heterotopik gebelik, intrauterin ve ektopik gestasyonun aynı zamanda oluşmasıdır. Sekiz haftalık gebeliği olduğu bilinen hasta bulantı, kusma ve batında yaygın defans ile başvurmuştu. Yapılan acil ultrasonografide 7 haftalık intrauterin canlı gebelik ve batın içinde yaygın sıvı koleksiyonu izlenmişti. Hemodinamik parametrelerinin de hızla kötüleşmesi nedeniyle acilen operasyona alınan hastada batın içinde yaklaşık 2 litre kısmen koagüle olmuş kan ve sol tubal rüptüre ektopik kesesi izlendi. Takiben sol parsiyel salpenjektomi yapıldı ve kanama kontrolü sağlanarak operasyona son verildi. Biz bu yazımızda spontan gebelik sonrası gelişen, özellikle ilk trimesterde akut batın bulgularına yol açabilen, sık rastlanılmayan ancak akılda tutulması gereken bir heterotopik gebelik olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmak istedik.

**Anahtar sözcükler:** Heterotopik gebelik; akut batın; olağandışı

**ABSTRACT:** Heterotopic pregnancy is the same time formation of intrauterine and ectopic gestation. 8 week pregnant patient, had applied with nausea, vomiting and abdominal defense. 7 week intrauterine alive pregnancy and widespread fluid collection in abdomen had been followed by urgent ultrasonography. Due to rapidly worsened hemodynamic parameters, in the urgently operation performed patient's abdomen, partially coagulated approximately 2 liters blood and left tubal ruptured ectopic gestational sac were followed. Afterwards, left partial salpingectomy was performed and operation was terminated by supplied bleeding control. We would like to present the literature about heterotopic pregnancy case that is developed spontaneously after pregnancy, not frequently happened upon but should be kept in mind that can lead up to acute abdomen symptoms especially in the first trimester.

**Keywords:** Heterotopic pregnancy; acute abdomen; unusual

## GİRİŞ

Heterotopik gebelik, intrauterin ve ektopik gestasyonun aynı zamanda oluşmasıdır (1). 1948' de Devoe ve Pratt'ın çalışmasında bu oran 1/30000 olarak bildirilmiştir. Fakat literatürde 1/30000 olarak bilinen klasik insidansının yeni analizlerde 1/3889 olarak revize edildiği ve bu oranın yardımcı üreme teknoloji (YÜT) sikluslarında 1/100 kadar olabileceği bildirilmiştir (2, 3). Biz bu yazımızda spontan gebelik sonrası gelişen, sık rastlanılmayan bir tubal ve intrauterin heterotopik gebelik olgusunu literatürü gözden geçirerek

sunmak istedik.

## OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında (gravida: 1, parite: 0), 8 haftalık gebeliği bulunan olgu, bulantı-kusma ve karın ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurmuştu. Hastanın batın muayenesinde yaygın defans ve rebound mevcuttu. Yapılan transvaginal ultrasonografide (TV-USG) intra-abdominal koagülümle uyumlu olabilecek yaygın serbest sıvı izlenmekteydi. Ayrıca intra uterin 7 hf ile uyumlu canlı gebelik tespit edilmişti. Yapılan acil batın USG'de batın içerisinde yaygın sıvı izlendi ve bulgular ilk planda gastrointestinal sistem perforasyonu veya perfore apandisit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın Hb değeri 6,5 gr /dl saptanması ve genel durumunun kötüleşmesi

nedeniyle Genel Cerrahi bölümü tarafından akut batın ön tanısıyla eksploratif laparotomi yapıldı. Laparotomide batın içerisinde yaklaşık 2000 cc defibrine kan izlendi ve batın içi organlarda perforasyon bulgusu saptanmadı. Bunun üzerine Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonu istendi. Eksplorasyonda sol tubal uçtan aktif kanama ve sol ampuller bölgede ektopik gebelik kesesi ile uyumlu olabilecek oluşum saptandı. Hastaya öncelikle sol tubal milking uygulandı ancak kanama kontrolü sağlanamaması üzerine hastaya sol parsiyel salpenjektomi uygulandı. Frozen' a gönderilen materyalde koryon villüsleri izlenmesi üzerine operasyona son verildi. Ayrıca hastaya toplam 2 ünite eritrosit süspanasyonu verildi. Postoperatif Hb: 8.8 gr/dl saptandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen ve postoperatif 3. gününde yapılan USG' de fetal kardiak aktivite izlenen hasta önerilerle taburcu edildi. Hastanın halen 24 haftalık gebeliği vardır obstetri polikliniğimizde sorunsuz olarak takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) heterotopik gebelik insidansını önemli ölçüde arttırmış olsa da spontan gebelik sonrası çok nadir görülmektedir. Predispozan faktörler ektopik gebelik ile aynıdır bunlar pelvik adezyonlar, önceki tuba hasarı veya cerrahisi ve seksüel geçişli hastalıklar olarak sayılabilir (4). Bu gebeliklerin özellikle erken teşhisi hastanın mortalite ve morbiditesi, gelecekteki fertilitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Böyle olgularda maternal mortalite %1 ve intrauterin fetusun mortalite oranı %45-65' tir.

Heterotopik gebelikte hastaya yaklaşım olgudan olguya göre değişir. Teşhis ve takipte  $\beta$ -hCG, progesteron seviyeleri ve USG ile gebelik tayini önemlidir. Seri progesteron tayinleri gebeliğin kötü prognozunu belirleyebilir. Ancak seri  $\beta$ -hCG takipleri birlikte olan intrauterin gebelikten dolayı yararlı değildir. USG ile intrauterin gebeliğin teşhisi kolaydır ancak ektopik gebelik için adneksiyel bölgede gestasyonel kese veya fetal kalp atışı görülmesi nadirdir. Ayrıca intrauterin gebeliğin görülmesi, beraberindeki ektopik gebeliği saklayabilir. Bu yüzden YÜT sonrası ilk trimester ge-

beliklerde ekstrauterin gebeliğin gelişebileceği yapıların dikkatli olarak vaginal USG ile incelenmesi gerekmektedir. Ancak YÜT sonrası gelişen heterotopik gebelik olgularının incelenmesinde, olguların yarısından azı USG ile teşhis edilebilmiş; hastaların çoğu semptomatik hale geldiğinde yapılan acil laparotomide teşhis edilmiştir. Hastamıza da klinik olarak belirtiler oluştuğunda tanı konulabilmiştir. Özellikle İn-vitro fertilizasyon ve gametlerin intrafallopian transferi (IVF-GIFT) gebeliklerinde, kanama ve ağrı ile başvuran hastalarda ilk 12 haftada heterotopik gebelik akıldan çıkarılmamalıdır. Operasyon öncesi tanı oranı ancak % 50' dir (5). Genelde tanıda gecikme olduğundan hastalar akut batın ile gelirler. IVF ve ovulasyon indüksiyonu yapılan hastalarda ektopik gebelik için cerrahi öncesi TV-USG ile birlikte olan intrauterin gebeliği ayırt etmek gerekir. TV-USG ile gebelik görülme bile olası bir intrauterin gebeliğin bozulmaması için küretaj yapılmamalıdır.

Laparotomi gerektiren akut olgularda, sağlıklı intrauterin gebeliğin devamı için uterusu minimal travma, minimal anestezi ile operasyon tamamlanmalıdır. Eğer missed abortus mevcutsa, küretaj sonrası tubaların değerlendirilmesi için özellikle de pelvik ağrısı ön planda olan hastalarda aynı zamanda laparoskopi yapılmalıdır. Tanıda yanılma, mortalitenin artmasına, major kan kayıplarına, aynı zamanda konservatif tubal cerrahinin yapılamamasına yol açar. TV-USG tanıyı arttırırken, laparoskopi tanının doğrulanmasında en güvenilir metodlardan biridir Semptomatik hastalarda heterotopik gebeliklerde tanı ve tedavide laparoskopi artık günümüzde laparotominin yerini almıştır. Ancak olgumuzda akut batın bulguları ve hemodinamik parametrelerin hızla bozulması nedeni ile laparotomi tercih edilmiştir. Oluşan ektopik gebeliğin kendisi hematoma oluşturarak intrauterin gebeliğin bozulmasına neden olabilir.

Missed abortus mevcut ise, küretaj sonrası özellikle pelvik ağrısı ön planda olan hastalarda fallop tüpleri ve ektopik gebeliğin değerlendirilmesi için TV-USG ve  $\beta$ -hCG sonuçları da göz önüne alınarak aynı zamanda laparoskopi düşünülmelidir. Tanıda gecikme, mortalite riski oluşturur, major kan kayıplarına aynı zamanda konservatif tubal cerrahinin yapılamamasına yol açabilir.

Heterotopik gebeliklerde ektrauterin gebelik için laparotomi yapıldığında %9 oranında abort ya da ölü doğum, %16 erken doğum ve %75 zamanında doğum bildirilmiştir (6). Operasyon sırasında özellikle corpus luteum içeren overin kan akımının korunmasına özen gösterilmesi üzerinde durulmuştur (7). Devam eden ve sağlıklı doğum yapan gebe oranlarını Recce ve ark. %75, Molloy ve ark. %60 olarak bildirilmişlerdir (8, 9).

Tedavisinde daha çok cerrahi (laparotomi, laparoskopi) yöntemleri kullanılmasına rağmen ultrason eşliğinde lokal ektopik gebelik kesesine metotreksat veya potasyum klorür tedavisi sonrası transvajinal embrio aspirasyonu da yapılabilir (10, 11). Bununla birlikte metotreksat, RU486 veya prostaglandinlerin intrauterin gebeliğe olabilecek zararlı etkilerinden dolayı kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir (12). Laparotomi gerektiren akut olgularda intra uterin gebeliğin devamı için uterusu minimal travma ,minimal anestezi ile operasyon tamamlanmalıdır. Günümüzde semptomatik heterotopik gebeliklerin tanı ve tedavisinde laparoskopi laparotominin yerini almıştır (13, 14).

Sonuç olarak tüm gebeliklerde kanama ve ağrı ile başvuran ve özellikle akut batın bulguları da varsa bu hastalarda ilk 12 haftada heterotopik gebelik akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Thakur R, El-Menabawey M. Combined intra-uterine and extrauterine pregnancy associated with mild hyperstimulation syndrome after clomiphene ovulation induction. *Hum Reprod*, 1996;11 (7):1583-1584.
2. Schroepfel TJ, Kothari SN. Heterotopic pregnancy: a rare cause of hemoperitoneum and the acute abdomen. *Arch Gynecol Obstet*, 2006;274(3):138-140.
3. Hassiakos D, Bakas P, Pistofidis G, Creatsas G. Heterotopic pregnancy at 16 weeks of gestation after in-vitro fertilization and embryo transfer. *Arch Gynecol Obstet*, 2002, 266:124-125
4. Brunham RC, Binns B, McDowell R, Paraskevas M. Chlamydia trochomatis infection in women with ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1987;67:722-726
5. Seidman DS, Levran D, Ben-Rafael Z, Ben-Schlomo I, Mashiach S. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*, 1991;55:833-834.
6. Recce ED, Petrie RH, Sirmons MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestation: a review. *Am J Obstet Gynecol*, 1983;146:323-330.
7. Glassner MJ, Aron E, Eskin BA. Ovulation induction with clomiphene and rise in heterotopic pregnancies: a report of two cases. *J Reprod Med*, 1990;35:175-178.
8. Molloy D, Deambrosio W, Keeping D et al. Multiple-site (heterotopic) pregnancy after in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril*, 1990;53:1068-1071.
- 9.
10. Recce EA, Petrie RH, Sirmans MF et al. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-330.
11. Oyawoye S, Chander B, Pavlovic B, et al. Heterotopic pregnancy: successful management with aspiration of corneal/interstitial gestational sac and instillation of small dose of methotrexate. *Fetal Diagn Ther*, 2003;18:1-4.
12. Porreco R, Burke MS, Parker DW. Selective embryocide in the nonsurgical management of combined intrauterine-extrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1990;75:498-501
13. Scheiber M, Dand C, Cedars MI. Successful non-surgical management of a heterotopic abdominal pregnancy following embryo transfer with cryopreserve-thawed embryos. *Hum Reprod*, 1999;14: 1375-1377
14. 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: 218-220.
15. Soriano D, Shrim A, Seidman DS, et al. Diagnosis and treatment of heterotopic pregnancy compared with ectopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9:353-358.