



## Rüptüre Olmamış Kornual Gebeliğin İntravenöz Methotrexate İle Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu

Deniz Balsak\*, Murat İnal\*, Yusuf Yıldırım\*, R. Soner Öner\*, Şivekar Tınar\*

\* Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Ektopik gebeliğin sık karşılaşılmayan bir tipi olan kornual gebelik, tüm ektopik gebelik olgularının %2-4'ünü oluşturmaktadır. Morbidite ve mortalitesi direkt olarak tanıdan önce geçen sürenin uzunluğu ile ilişkilidir. Hastayı kötü sonuçtan korumada erken tanı ve etkili tedavi esastır. Bu makalede amaç 5. gebelik haftasında tanı alan bir kornual gebelik vakasını sunmaktır. Tedavide intravenöz çift doz Methotrexate (50 mg/m<sup>2</sup>) başarıyla kullanıldı ve izlem transvajinal ultrason ve seri B-hCG ölçümleri ile gerçekleştirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Kornual gebelik, Methotrexate

### Successful Treatment of Unruptured Cornual Pregnancy Using Intravenous Methotrexate: A Case Report

Cornual pregnancy, which is unusual type of ectopic pregnancy, comprises 2-4% of all ectopic pregnancies. Its morbidity and mortality are directly related to the length of time before diagnosis. Early diagnosis and effective treatment are essential to prevent patient from poor outcome. This paper presents a case of a cornual pregnancy diagnosed in the 5<sup>th</sup> week of gestation. Intravenous double dose Methotrexate (50 mg/m<sup>2</sup>) was used successfully in the treatment and follow-up was carried out using transvaginal ultrasound and serial B-hCG estimations.

**Key Words:** Cornual pregnancy, Methotrexate

Kornual ektopik gebelik tanımlaması tartışmalı bir konudur. Birçok yazar 'interstisyel' ve 'kornual' terimlerini sinonim olarak kabul ederken, bazıları kornual terimini bikornuat veya septat uterusun kornunda gelişmiş gebelikler için kullanmaktadırlar.<sup>1-4</sup> Bu makalede fallop tüplerinin interstisyel kısmında, diğer bir deyişle uterus ile tuba arasındaki geçiş bölgesi olan interstisyel bölge'de, yerleşmiş gebelik kornual gebelik olarak tanımlanmıştır. Ektopik gebeliğin bu şekli, tüm gebeliklerin 1/2500 ile 1/5000'ünde, ektopik gebeliklerin ise %2-4'ünde görülmektedir.<sup>2, 5, 6</sup> Geçirilmiş salpenjektomi ve in vitro fertilizasyon (IVF)'un kornual gebelik riskini artırdığı bildirilmektedir.<sup>5</sup>

Fallop tüpünün interstisyel bölümü, tüpün diğer bölümlerine oranla daha fazla vaskularizasyon ve müküller dokuya sahiptir. Bu tür bir vasküler ve konnektif doku desteği burada yerleşen embriyoların ileri gebelik haftalarına (hatta üçüncü trimester'a) ulaşabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle kornual ektopik gebeliklerde rüptüre bağlı hemoperitoneum ve şok çok sık olup, mortalite diğer ektopik gebeliklere oranla 2 kat daha fazladır.<sup>6</sup>

Bu makale ile yazarlar intravenöz Methotrexate (MTX) ile konservatif olarak başarılı bir şekilde tedavi edilen bir kornual gebelik vakası sunmaktadır.

### OLGU SUNUMU

Son menstruasyon kanamasını 5 hafta önce gören 28 yaşındaki (gravida 5, parite 1, abortus 3) olgu, alt abdominal ağrı ve vajinal kanama şikayeti ile baş vurdu. Daha önce geçirilmiş ektopik gebelik, sezeryan, IVF ve pelvik cerrahi öyküsü yoktu.

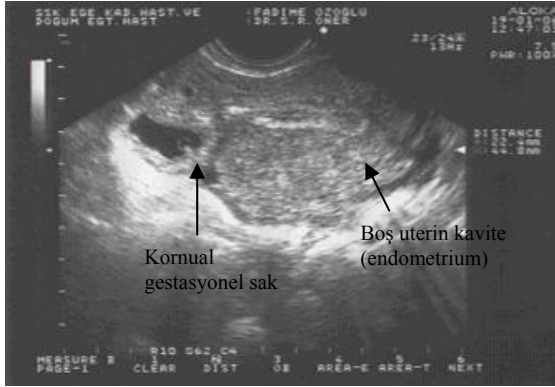
Genel fizik muayene normal olarak değerlendirildi ve hasta hemodinamik olarak stabildi (Sistemik kan basıncı 120/70 mmHg ve kardiak nabız 95 /dk). Pelvik muayenede, 'spotting' şeklinde hafif vaginal kanama ve rebound ve defans

olmaksızın hafif hassasiyet saptandı.

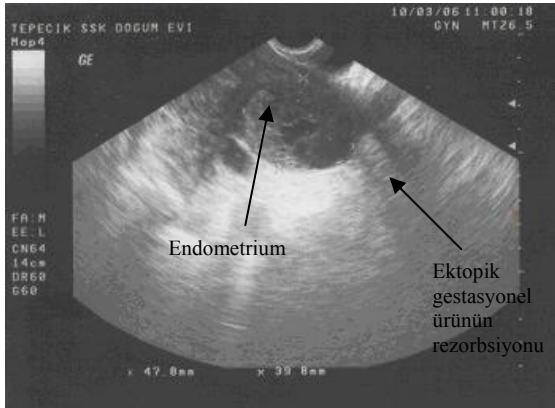
Serum human chorionic gonadotropin'in B subünitesi (B-hCG) 17714 mIU/mL olarak ölçüldü. Hematokrit %40 ve hemoglobin düzeyi 12,9 gr/dl idi. Transvaginal ultrason (TVU) incelemesinde, uterusun sol kornunda 22.4x44.8 mm boyutlarında gestasyonel kese saptandı. Endometrial kavite boş olarak izlendi (Şekil 1).

Tedavi için çift doz intravenöz MTX, 50 mg/m<sup>2</sup> iki hafta aralarla uygulandı. İzleme TVU ve seri serum B-hCG ölçümleriyle 2 ay boyunca devam edildi. Tedavinin 51.gününde TVU'da gebelik ürününün komplet rezorpsiyonu izlendi (Şekil 2). Serum B-hCG düzeyi 17714 mIU/mL'den 4.40 mIU/mL'ye hızla düştü. Tablo 1 B-hCG'nin tedaviyle birlikte kademeli düşüşünü göstermektedir.

**Şekil 1.** Kornual gebeliğin tedaviden önceki transvaginal ultrason görünümü



**Şekil 2.** Tedavinin 51.gününde rezorbe olmuş kornual gebeliğin görünümü



**Tablo 1.** Methotrexate dozları ve serum B-hCG düzeylerinin kademeli düşüşü

Gün	B-hCG düzeyi (mIU/mL)	Methotrexate uygulaması (doz)
0	17714	İlk Methotrexate enjeksiyonu (50 mg/m <sup>2</sup> )
4	15860	Yok
6	12801	Yok
7	11976	Yok
8	10721	İkinci Methotrexate enjeksiyonu (50 mg/m <sup>2</sup> )
9	9817	Yok
10	8277	Yok
14	5400	Yok
19	3547	Yok
33	67.1	Yok
44	10.3	Yok
51	4.40	Yok

## TARTIŞMA

Kornual yerleşimli ektopik gebeliğin tanısı diğer tip ektopik gebeliklere göre daha zordur. Rüptür ve hipovolemik şok bulguları en sık prezentasyon şekli olmakla birlikte rüptüre olduğu halde herhangi bir semptom vermeyen kornual gebelik olguları da bildirilmiştir.<sup>7</sup> TVU'da 'inkomplet veya asimetrik myometrial örtü ile çevrelenmiş ekzentrik yerleşimli gestasyonel kese bulgusu'nun yüksek tanılabilirliği olduğu bildirilmiştir.<sup>6, 8, 9</sup> Son zamanlarda 4-boyutlu koronal plan kullanan yeni ultrason cihazları ile konvansiyonel 2-boyutlu cihazlara göre daha yüksek doğrulukta kornual gebelik tanısı konabildiği ve dahası kornual gebelik ile angular gebeliğin ayırımının daha hassas olarak yapılabildiği bildirilmektedir.<sup>10</sup> Renkli Doppler çalışma ile uterus kornu lokalizasyonunda saptanan ve erken plesantasyonun göstergesi olan 'yüksek velocity ve düşük impedans ile karakterize trofoblastik kan akımı paterni' rüptüre olmamış kornual ektopik gebeliği destekler.<sup>11</sup> Sunduğumuz vaka asemptomatikti ve 2-boyutlu TVU ve serum B-hCG ölçümlerine dayanarak kornual ektopik gebelik tanısı kondu.

Kornual ektopik gebeliğin tedavisi konservatif medikal yaklaşımdan, invaziv cerrahi yöntemlere kadar değişir. Ultrason rehberliğinde veya laparoskopi ve histeroskopi altında direkt vizualizasyonla başarılı lokal MTX, potasyum klorid veya prostaglandin uygulamaları bildirilmiştir.<sup>12, 13</sup> Hemodinamik olarak stabil hastada laparoskopik yaklaşım, laparotomi yoluyla kornual rezeksiyon veya histerektomiye önemli bir alternatifidir.<sup>14-16</sup> Kornual rezeksiyon, kornuostomi ve vazopressin, elektrokoter, fibrin yapıştırıcı, endoloop veya çepeçevre sütür ile lokal hemostaz sağlanması operatif laparoskopik tekniklerdir.<sup>2,17-20</sup> Laparoskopik tedaviyi takiben oluşan sonraki intrauterine gebeliklerde artmış uterin

## Rüptüre Olmamış Kornual Gebeliğin İntravenöz Methotrexate İle Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu

rüptür riski nedeniyle elektif sezeryan gerekmektedir.<sup>2</sup> Tarif edilen laparoskopik yöntemlerin uygulamasının belirli bir laparoskopik beceri ve deneyim gerektirmesi de laparoskopinin diğer bir dezavantajıdır.

Sistemik MTX ektopik gebeliğin tedavisinde uzun süredir başarıyla kullanılmaktadır; fakat kornual tip ektopik gebelikte kullanımı ile ilgili veri azdır. Dilbaz ve arkadaşları tek doz 50 mg/m<sup>2</sup> sistemik MTX ile tedavi ettikleri 3 olguyu sundukları çalışmalarında, kornual ektopik gebeliklerde sistemik MTX ile medikal tedavinin cerrahi tedaviye önemli bir alternatif olabileceğini öne sürmektedirler.<sup>21</sup> Karen ve arkadaşları da hemodinamik olarak stabil hastalarda, histerektomi ve kornual rezeksiyon gibi girişimlerin ilk tedavi seçeneği olmaması gerektiğini ve bu olgularda sistemik tek doz MTX uygulamasının çoğunlukla güvenli olduğunu bildirmiştir. Aynı yazarlar başlangıç B-hCG düzeylerinin >5000 mIU/ml olduğu durumlarda 2 hafta aralarla uygulanan çift doz MTX uygulamasının gerekliliğini vurgulamışlardır.<sup>22</sup> Bizim olgumuzun başlangıç serum B-hCG seviyesi 17714 mIU/mL idi ve çift doz MTX uygulaması ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.

Sonuç olarak; kornual ektopik gebeliğin erken tanısı sadece sistemik MTX ile konservatif olarak tedavi şansını yakalamak için değil, aynı zamanda mortalite ve morbiditeyi de önlemek için de gereklidir.

### KAYNAKLAR

1. Kerr LM, Anderson DF. Angular pregnancy: A clinical entity. Br Med J 1934; 1: 1113-4
2. Moon HS, Choi IJ, Park YH, Vim SG. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 114-21

3. Bond AL, Grifo JA, Chervenak FA. Term interstitial pregnancy with uterine torsion: sonographic, pathologic, and clinical findings. Obstet Gynecol 1989; 73: 857-9
4. Mattingly RF, Thompson JD. Te Lindes operative gynecology, 6th edition, Philadelphia: JP Lippincott, 1985; 439.
5. Robin M. F. van der Weiden Veronique H. M. Karsdorp. Recurrent cornual pregnancy after heterotopic cornual pregnancy successfully treated with systemic methotrexate. Arch Gynecol Obstet 2005; 273: 180-1
6. Maliha WE, Gonella P, Degnan EJ. Ruptured interstitial pregnancy presenting as an intrauterine pregnancy by ultrasound. Ann Emerg Med 1991; 20: 910-2
7. Brewer H, Gefroh S, Munkarah A, Hawkins R, Redman ME. Asymptomatic uterine rupture of a cornual pregnancy in the third trimester: a case report. J Reprod Med 2005; 50: 715-8
8. Coady DJ, Synder JR, Golstein SR. Ultrasound diagnosis of interstitial pregnancy. NY State J Med 1985; 85: 655-6
9. Jafri SZ, Loginsky SJ, Bouffard JA. Sonographic detection of interstitial pregnancy. JCU 1987; 15: 253-7
10. Chou MM, Tseng JJ, Yi YC, Chen WC, Ho ES. Diagnosis of an interstitial pregnancy with 4-dimensional volume contrast imaging. Am J Obstet Gynecol. 2005; 193: 1551-3
11. Taylor KJW, Ramos IM, Feyock AL. Ectopic pregnancy: Duplex Doppler demonstration. Radiology 1989; 173: 93-7
12. Fernandez H, De Ziegler D, Bouquet P, Feltain P, Frydman R. The place of methotrexate in the management of interstitial pregnancy. Hum Reprod 1991; 6: 302-6
13. Karsdorp VHM, Van der Veen F, Boer-Meisel ME, Kenemans P. Successful treatment with methotrexate of five interstitial pregnancies. Hum Reprod 1992; 7: 1164-9
14. Voight RR, van der Veen F, Karsdorp VHM, Hogerzeil HV, Ketting BW. Treatment of interstitial pregnancy with methotrexate: report of an unsuccessful case. Hum Reprod 1994; 9: 1576-9
15. Donnez J, Nisolle M. Endoscopic management of ectopic pregnancy. Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology 1994; 8: 707-22
16. Gezer A, Mutlu H. Laparoscopic management of cornual pregnancy without sutures: Arch Gynecol Obstet 2004; 270: 194-6
17. Y Morita, O Tsutsumi, M Momoda, Y Taketani. Cornual pregnancy successfully treated laparoscopically with fibrin glue hemostasis. The American College of Obstetricians and Gynecologists 1997; 90: 685-7
18. Reich H, Johns DA, DeCaprio J, McGlynn F, Reich E. Laparoscopic treatment of 109 consecutive ectopic pregnancies. J Reprod Med 1988; 33: 885-90
19. Tulandi T, Vilos G, Gornel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy: Obstet Gynecol 1995; 85: 465-7
20. Katz S and Lurie S. Laparoscopic cornuostomy in the treatment of interstitial pregnancy with subsequent hysterosalpingography. Br J Gynaecol Obstet 1997; 104: 955-6
21. Dilbaz S, Karas B, Demir B, Dilbaz B. Treating cornual pregnancy with a single methotrexate injection: a report of 3 cases. J Reprod Med 2005; 50: 141-4
22. Karen Jermy, James Thomas, Alex Doo, Tom Bourne. The conservative management of interstitial pregnancy. BJOG 2004; 111: 1283-8

### Yazışma Adresi :

Dr. Yusuf YILDIRIM  
Çalkışu Mah, 3208 sok, Aksa Apt, No 2, D:6  
35380 Bozyaka, İzmir