


DOI: 10.38136/jgon.1048545

**İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sonrası Olan İntrauterin İkiz Gebelik ve Sağ Tubal Ektopik Gebelik Olgusu**  
**Intra-uterine twin pregnancy and right tubal ectopic pregnancy following intra-uterine insemination (IUI): A case report**İSA KAPLAN<sup>1</sup> Orcid ID:0000-0002-0861-319X<sup>1</sup> T.C Sağlık Bakanlığı Iğdır Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Iğdır**ÖZ**

Nadiren doğal gebeliklerde oluşan heterotopik gebelikte sıklıkla rüptür sonrası cerrahi tedavi gerekli olduğunda tanı konur. Bu sebeple erken tanı hasta için hayati önem taşımaktadır. Burada rüptüre sağ tubal gebelik ve intrauterin canlı dikoryonik-diamniyotik ikiz gebelik ile birlikte olan heterotopik gebelik olgusu sunmayı amaçladık. Hastamız 30 yaşında olup ilk gebeliğidir. İntrauterin inseminasyon ile (IUI) 6 hafta 3 günlük dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliği mevcuttur. Hastamız karın ağrısı ile kliniğimize başvurmuştur. Hastamızın fizik muayenesinde akut batin bulguları mevcuttu. Transvaginal ultrasonografide (TV-USG) intrauterin yerleşimli 6 hafta 5 gün ve 6 hafta 6 gün ile uyumlu fetal kalp atımı (FKA) pozitif olan dikoryonik-diamniyotik ikiz gebelik tespit edildi. Batın içinde ve douglusta yaklaşık 6-7 cm serbest mayı izlendi. Ayrıca sağ adneksiyal alanda ektopik odak olabilecek oluşum izlendi. Hemogloblin (Hgb) 10.5 gr/dl, Beta-Human Chorionic Gonadotropin ( $\beta$ -HCG) 15.000 mIU/ml olarak gelen ve batin muayenesinde rebound ve defansı olan hastaya acil laparotomi planlandı. Laparotomik eksplorasyonda sağ tubal rüptüre ektopik odak izlendi. Batında ortalama 500-600 cc kan ve koagulum izlendi. Uterus ve her iki over normal görünüm ve cesamette izlendi. Sağ total salpenjektomi yapıldı. Postoperatif 2. Günde bakılan kontrol TV-USG'de dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliğin devam ettiği görüldü. Hasta postoperatif 4. Günde komplikasyonsuz taburcu edildi. Sağ tubanın patolojik değerlendirme sonucu ektopik gebelik ve hematosalpenks olarak geldi.

Heterotopik gebelik nadir görülmesi sebebi ile tanı ve tedavide gecikmeler olabilmektedir. Özellikle intrauterin gebelik ultrason bakısında görülen ek yakınması olmayan hastalarda ektopik gebelik atlanabilmektedir. Bu vakamızda buna özellikle dikkat çekmek istedik.

**Anahtar kelimeler:** Heterotopik gebelik, İkiz gebelik, Tubal ektopik gebelik.

**ABSTRACT**

Diagnosis is usually made when surgical treatment is needed following a rupture in heterotrophic pregnancy which is rare among natural pregnancies. Therefore the early diagnosis is of vital importance for the patient. Herein, we aimed to report a case of heterotrophic pregnancy that was presented with a ruptured tubal pregnancy and intra-uterine live dichorionic-diamniotic twin pregnancy. Our patient is 30 years old and it is her first pregnancy. There is a 6-week 3 day dichorionic-diamniotic twin pregnancy with intrauterine insemination (IUI). Our patient applied to our clinic with abdominal pain. On physical examination of our patient, acute abdominal findings were present. In transvaginal ultrasonography (TV-USG), dichorionic-diamniotic twin pregnancy with intrauterine location and positive fetal heart rate (FKA) consistent with 6 weeks 5 days and 6 weeks 6 days were detected. Approximately 6-7 cm of free fluid was observed in the abdomen and the Douglas. In addition, a formation that may be an ectopic focus was observed in the right adnexal area. Emergency laparotomy was planned for the patient whose hemoglobin (Hgb) was 10.5 g/dl, Beta-Human chorionic gonadotropin ( $\beta$ -HCG) was 15.000 IU/ml and who had rebound and defense in the abdominal examination. In laparotomic exploration, the right tubal ruptured ectopic focus was observed. An average of 500-600 cc of blood and coagulum were observed in the abdomen. Uterus and both ovaries were observed in normal appearance and size. Right total salpingectomy was performed. In the control TV-USG performed on the 2nd postoperative day, it was observed that dichorionic-diamniotic twin pregnancy continued. The patient was discharged on the 4th postoperative day without complications. The pathological evaluation of the right tube revealed ectopic pregnancy and hematosalpinx.

Diagnosis and treatment may delay due to the rarity of heterotrophic pregnancy. Ectopic pregnancy may be overlooked particularly in the patients who did not have additional problems on ultra-sonography examination for intra-uterine pregnancy. We wanted to pull attention, particularly to this issue.

**Keywords:** Hetero-trophic pregnancy, Twin pregnancy, Tubal ectopic pregnancy.

**Sorumlu Yazar/ Corresponding Author:** İsa KAPLAN

**Adres:** Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

**E-mail:** isakaplan\_48@hotmail.com

**Başvuru tarihi :** 27.12.2021

**Kabul tarihi :** 01.08.2022

## GİRİŞ

Heterotopik gebelik eş zamanlı olarak iki ya da daha fazla yere implante olabilen, spontan gebeliklerde çok nadir görülen ve hasta için ölümcül seyredebilen tehlikeli bir jinekolojik acildir (1,2). Heterotopik gebelik için bilinen risk faktörleri ise yardımcı üreme teknikleri (YÜT), infertilite tedavisi ve geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık öyküsüdür (3). Risk faktörü olmayan ve spontan gebelik ile oluşan vakalar teşhiste güçlük çekilen gruptur. Spontan gebelik ile birlikte görüldüğü zaman sıklıkla gözden kaçırılabilen ve komplike bir halde karşımıza çıkmaktadır (1). Heterotopik gebeliğin tanısı ve yönetimi karmaşık olsa da uygun teşhis ve tedavi ile potansiyel riskler en aza düşürülebilmektedir. Bu sebeple heterotopik gebelikte erken tanı hasta için hayati önem taşımaktadır. Her hasta heterotopik gebelik açısından dikkatli irdelenmelidir. Bu makalemizde ise kliniğimizde gördüğümüz intrauterin inseminasyon (IUI) sonrasında fetal kalp atımı (FKA) olan dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliğin eşlik ettiği rüptüre sağ tubal ektopik gebelik olgusunu sunmayı amaçlamış bulunmaktayız.,

## OLGU SUNUMU

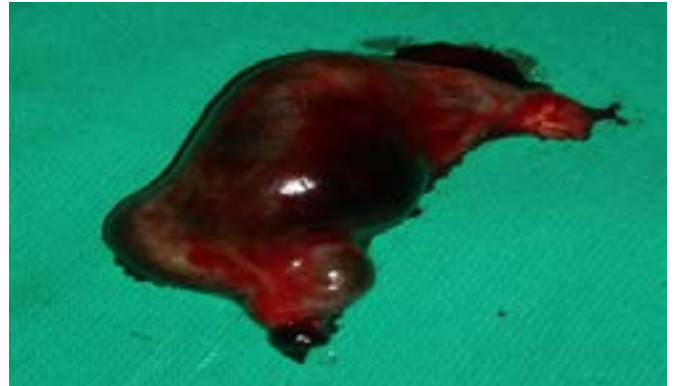
Hastamız 30 yaşında olup ilk gebeliğidir. Hastamızın belirttiği son adet tarihine (SAT) göre 6 hafta 3 günlük gebeliği mevcuttur. Hastamızda YÜT'ün bir parçası olan IUI ile gebelik elde edilmiştir. Hastamız acil servisimize ise şiddetli karın ağrısı ile başvurmuştur. Hastamız ile yapılan görüşmede ikiz gebeliği olduğu fetal kalp atımlarının görüldüğü en son bir hafta önce kontrole gittiği bugüne kadar herhangi bir şikâyeti olmadığı öğrenildi. Hastamız acile yeni başlayan kıvrandıran tarzda karın ağrısı olması üzerine başvurmuş olup özgeçmişinde irritabl barsak sendromu ve kronik kabızlık öyküleri mevcut idi. Hastamıza acil serviste bakılan radyolojik ultrason (USG) raporu ise batın içi 25 mm derinliğe ulaşan serbest mayi, intrauterin iki adet gebelik kesesi ile uyumlu görünüm ve sağ adneksiyal alanda 46 mm heterojen iç yapıda içersinde kistik alanlar bulduran lobule kontürlü hipoeoik görünüm izlendi olarak raporlanmıştır. Hastamızın fizik muayenesinde (FM) batında yaygın hassasiyet, rebound ve defansı mevcuttu. Hastamıza yaptığımız transvajinal ultrasonografide (TV-USG) ise intrauterin yerleşimli 6 hafta 5 gün ve 6 hafta 6 gün ile uyumlu FKA pozitif dikoryonik-diamniyotik ikiz gebelik izlendi (Şekil 1).

**Şekil 1:** İntrauterin İkiz Gebelik Transvajinal



Ayrıca batın içinde özellikle douglusta yaklaşık 6-7 cm serbest mayi izlendi. Sağ adneksial alanda ektopik odak olabilecek oluşum izlendi. Hastamızın hemoglobin (Hgb) değeri 10.5 gr/dl ve Beta-Human Chorionic Gonadotropin ( $\beta$ -HCG) değeri ise >15.000 mIU/ml olarak gelmiştir. Hastamızın batın muayenesinde ise rebound ve defans mevcut idi. Akut batın bulguları olan hastaya acil tanısal laparotomi yapılması planlandı. Laparotomik eksplorasyonda sağ tubal rüptüre ektopik odak izlendi (Şekil 2).

**Şekil 2:** Rüptüre Sağ Tuba Uterina



Batında ortalama 500-600 cc kan ve koagulum izlendi. Uterus ve her iki over normal görünüm ve cesamette izlendi. Hastaya sağ total salpenjektomi işlemi yapıldı. Batın yıkanmasının ardından batın içine bir adet hemovac dren konularak laparotomiyeye son verildi. Postoperatif birinci günde bakılan Hgb 10.4 gr/dl olarak geldi. Postoperatif 2. Gününde bakılan kontrol USG bakımında intrauterin dikoryonik-diamniyotik fetal kalp atımı olan 6 hafta 5 gün ve 6 hafta 6 gün ile uyumlu ikiz gebeliğin devam ettiği görüldü (Şekil 3).

### Şekil 3: Operasyon Sonrası Kontrol Ultrasonografi



Postoperatif 3. Günde hastanın batın içi dreni çekildi. Hasta postoperatif 4. Günde komplikasyonsuz poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi. Sağ tubanın patolojik değerlendirme sonucu ektopik gebelik ve hematosalpenks olarak geldi. Sağ tubanın patolojik değerlendirme sonucu ektopik gebelik ve hematosalpenks olarak geldi. Hasta poliklinik kontrolüne geldiğinde 7 hafta ve 7 hafta 1 günlük FKA pozitif dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliğinin devam ettiği görüldü. Hastamız miadında her iki fetüs sağlıklı bir şekilde sezaryen (CS) ile doğurtuldu.

### TARTIŞMA

Heterotopik gebelik insidansı YÜT ile oluşan gebeliklerde %0,2-1 (4,5) normal spotan gebeliklerde ise 1:30.000 olarak bildirilmiştir (1). Heterotopik gebeliğin erken tanısı klinik semptomların yokluğu veya geç ortaya çıkmasından dolayı güçtür. Bu süreçte sıklıkla eşlik eden intrauterin gebeliğin bulguları dominanttır (6). YÜT ile gebe kalan hastalarda yapılan rutin TV-USG ile %56 oranında heterotopik gebelikler saptanabilir (7). İki ya da daha fazla yere implante olmuş, ektopik gestasyonel keselerin saptanması dışında, intrauterin ve ekstrauterin kardiyak aktivitenin görülmesi teşhisi kesinleştirir ancak nadiren görülür. Cerrahi tedavi yapılan ektopik gebelik vakalarında postoperatif dönemde bakılan seri  $\beta$ -HCG takiplerinde artış tanıda önemlidir (8). Sunulan vakamız IUI yapılan intrauterin dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliği görülen aktif şikâyeti olmayınca heterotopik gebelik düşünülmeyen bir hastadır. Literatürde heterotopik gebeliklerin %70'inin 5-8. Haftalar arasında, %20'sinin 9-10. haftalar arasında, %10'unun ise 11. Gebelik haftasından sonra tanı aldığı bildirilmiştir (5). Bu olguda 6-7. Haftalar arasında hastada aniden gelişen akut batın semptomları olması ve yapılan TV-USG'de batın içi yaygın sıvı saptanması üzerine tanı konulmuştur. Heterotopik gebeliğin tedavisinde izlenecek yollar cerrahi, medikal veya bekleme tedavisi şeklinde olabilir. Literatürde 217 vaka tanımlanmış olup bunlardan %90,78'i cerrahi

olarak tedavi edilmiştir. Cerrahi tedavi hastanın tanı sırasındaki hemodinami durumuna bağlı olarak laparoskopi veya laparotomi olarak belirlenir (9). Diğer tedavi yöntemleri ise lokal olarak KCL enjeksiyonu, sistemik ya da lokal metotreksat, RU486 veya Prostaglandin Heterotopic pregnancy in natural conception uygulamalarıdır. Ancak intrauterin sağlıklı gebelik şüphesi varlığında metotreksat, RU486 veya prostoglandin uygulamalarından kaçınılmalıdır (10). Vakamızda akut batın bulguları batın içi yaygın kanaması olan hastaya laparotomi yapılmış olup sağ total salpenjektomi işlemi yapılmıştır. Hastamızda görülen intrauterin gebelik olması hatta ikiz gebelik ve kalp atımları görülmesi ve kontrollerinde aktif bir yakınması olmaması olası heterotopik gebelik tanısının atlanmasına sebep olmuştur. Heterotopik gebeliğin tanısı ve yönetimi karmaşık olsa da uygun teşhis ve tedavi ile potansiyel riskler en aza düşürülür. Heterotopik gebelik intrauterin gebeliği olmasına rağmen akut batın bulguları olan olgularda ya da ektopik gebelik cerrahisi sonrasında yükselen  $\beta$ -HCG değerleri olan vakalarda mutlaka akılda tutulmalıdır. Heterotopik gebelik vakalarının nadir görülmesi sebebi ile hekimlerin farkındalıklarının yetersiz olduğunu düşünmekteyiz. Özellikle de risk faktörü olmayan ve de spontan gebelikler de meydana gelen bu vakalarda tanı güçleşmekte ve buna bağlı komplike bir hal alabilmektedir. Bu olgumuzda nadir görülen heterotopik gebeliğin akılda tutulması ve erken tanı alması için farkındalık oluşturmayı amaçlamış bulunmaktayız.

### KAYNAKLAR

1. Fatema, N., Al Badi, M. M., Rahman, M., & Elawdy, M. M. (2016). Heterotopic pregnancy with natural conception; a rare event that is still being misdiagnosed: a case report. *Clinical case reports*, 4(3), 272–275. <https://doi.org/10.1002/ccr3.502>
2. Lee JS, Cha HH, Han AR, Lee SG, Seong WJ. Heterotopic pregnancy after a single embryo transfer. *Obstet Gynecol Sci*. 2016;59(4):316-318. doi:10.5468/ogs.2016.59.4.316
3. Fatema N, Al Badi MM, Rahman M, Elawdy MM. Heterotopic pregnancy with natural conception; a rare event that is still being misdiagnosed: a case report. *Clin Case Rep*. 2016;4(3):272-275. Published 2016 Feb 2. doi:10.1002/ccr3.502
4. Habana, A., Dokras, A., Giraldo, J. L., & Jones, E. E. (2000). Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(5), 1264–1270. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.103620>
5. Tal, J., Haddad, S., Gordon, N., & Timor-Tritsch, I. (1996). Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted

reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertility and sterility*, 66(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)58378-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)58378-2)

6. Maruotti, GM, Sarno, L., Morlando, M., Sirico, A., Martinel-  
li, P., & Russo, T. (2010). Heterotopik gebelik: Bu gerçekten  
nadir bir olay mı? Sadece tüp bebekten sonra değil, spontan  
gebe kalma durumunda da dışlanması önemlidir. *Doğurganlık  
ve kısırlık*, 94 (3), e49–e50. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.5.001>

7. Yu, Y., Xu, W., Xie, Z., Huang, Q., & Li, S. (2014). Mana-  
gement and outcome of 25 heterotopic pregnancies in Zheji-  
ang, China. *European journal of obstetrics, gynecology, and  
reproductive biology*, 180, 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.046>

8. Ludwig, M., Kaisi, M., Bauer, O., & Diedrich, K. (1999). Hete-  
rotopic pregnancy in a spontaneous cycle: do not forget about  
it!. *European journal of obstetrics, gynecology, and reprodu-  
ctive biology*, 87(1), 91–93. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(99\)00079-2](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(99)00079-2)

9. OuYang, Z., Yin, Q., Xu, Y., Ma, Y., Zhang, Q., & Yu, Y. (2014).  
Heterotopic cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment,  
and prognosis. *Journal of ultrasound in medicine : official jour-  
nal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*, 33(9),  
1533–1537. <https://doi.org/10.7863/ultra.33.9.1533>

10. Şendur N, Karaman G, Şavk E, Şahin karakaş E. Akut Me-  
totreksat Toksikitesinin Erken Belirtisi; Deri Ülserleri. *Türkiye  
Klinikleri J Med Sci* 2002; 22: 593- 6