

OLGU SUNUMU: 10 HAFTA RÜPTÜRE OLMAMIŞ TUBAL EKTOPIK GEBELİK

Case Report: A Late Diagnosis of an Unruptured, 10 Weeks Tubal Pregnancy

Dilek İNCESU¹, Ersin ÇİNTESUN²

ÖZET

Ektopik gebelik kısaca gebeliğin uterus dışına yerleşmesi durumudur. Sıklıkla tuba uterinaya yerleşir. Geç tanı konulması durumunda ciddi maternal morbidite ve mortalite nedenidir. Bu olgu sunumu ile 10 haftaya kadar rüptüre olmamış nadir bir tubal ektopik olgusu tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Ektopik gebelik; 10 hafta gebelik; Tuba Uterina*

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is known as implantation of the embryo outside the uterus. It usually occurs in fallopian tubes. Delayed diagnosis may cause severe maternal morbidity and mortality. We aimed to discuss a rare tubal pregnancy that has not been ruptured for up to 10 weeks.

Key words: *Ectopic Pregnancy; 10 weeks pregnancy; Fallopian tubes*

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Hematoloji Bilim Dalı;

²Keçiören Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği,
ANKARA

Dilek İNCESU, Uzm. Dr.
Ersin ÇİNTESUN, Uzm. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Dilek İNCESU
Novafertil Tüp Bebek Merkezi,
Konya,
Tel: 05052341234
e-mail:
incesu_dilek@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 14.11.2016
Kabul tarihi/Accepted: 27.01.2017

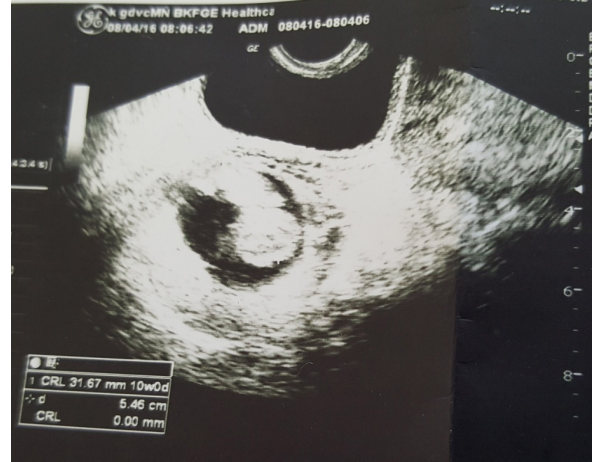
Bozok Tıp Derg 2017;7(1):108-10
Bozok Med J 2017;7(1):108-10

GİRİŞ

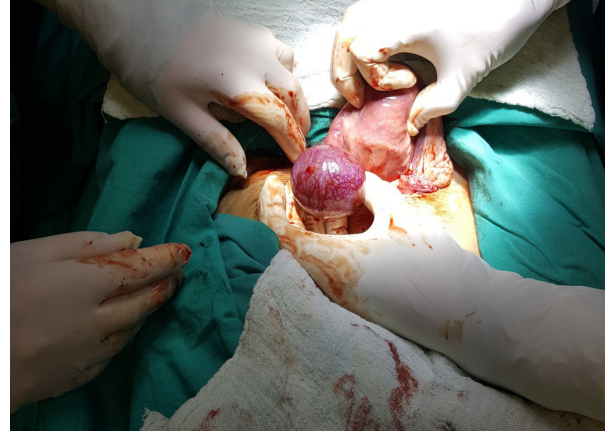
Ektopik gebelik gebelik kesesinin uterus kavitesi dışında bir yere implante olması durumudur. Yüzde 98 den fazlası tuba uterinaya implante olmaktadır. Karın ağrısı ve vajinal kanama en sık semptomlar olmakla birlikte hastaların yaklaşık yüzde 50 si tubal rüptür öncesinde asemptomatiktir. Tubal ektopik gebeler birinci trimester anne ölümlerinin günümüzde en sık sebebidir. Tubal ektopik gebelikler için risk faktörleri, ektopik gebelik öyküsü, geçirilmiş cerrahi / enfeksiyonlara bağlı tubal hasar, RIA kullanımı ,sigara ve tüp bebek gebeliklerdir. Bu olgu sunumunda 10. Haftada tanı almış, rüptüre olmamış tubal yerleşimli ektopik gebelik olgusunu tartışmayı amaçladık.

OLGU

27 yaşında, gravidası 4, paritesi 3 olan hasta pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın iki aylık adet rötarı olduğu öğrenildi. Geçirilmiş iki sezaryen operasyonu dışında ilaç,alkol,sigara ve RIA(Rahim İçi Araç) kullanım öyküsü yoktu. Hastanın pelvik muayenesinde vajinal kanama izlenmedi. Hastanın batin muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound pozitif olarak saptandı. Yapılan transvajinal ultrasonografide, endometrial kavite 6mm ve sağ tubada 45 mm gestasyonel kese içerisinde CRL(baş-popo mesafesi): 31,6 mm 10 hafta fetal kalp atımı pozitif olan fetus izlendi. (ŞEKİL 1). Douglas boşluğunda ve abdomende serbest sıvı veya hematoma izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde Beta hCG: 38569 mIU/ml, hemoglobin: 11,7 g/dl olarak ölçüldü. Hastaya laparotomi yapıldı ve batin gözleminde sağ tubanın ampulla bölgesinde yaklaşık 5*5 cm çapında rüptüre olmamış ektopik odak izlendi (ŞEKİL 2).Batında serbest sıvı, kan veya hematoma izlenmedi. Sağ salpenjektomi uygulandı. Endometrium ince olduğundan dilatasyon-küretaj (D/C) yapılmadı. Hasta postoperatif iki gün serviste takip edildikten sonra seri Beta hCG takipleri yaptırması önerilerek taburcu edildi. Hastanın takiplerinde beta hCG düzeyi giderek azalmakla beraber 1.ay kontrolünden sonra hasta takibe gelmeyi bırakmıştır.



Şekil 1. Ultrasonografik Görüntü



Şekil 2. Operasyon Görüntüsü

TARTIŞMA

Ektopik gebelik insidansı yaklaşık %2 olup en sık 35-44 yaş arası görülür(1).Birinci trimester anne morbiditesi ve mortalitesinin en sık nedenidir(2). Ektopik gebelik ekstruterin gebeliklerin genel adıdır. Ektopik gebeliklerin çok büyük bir kısmı tubal lokalizasyonlu olmakla birlikte interstisyel, ovaryan, abdominal, intraligament, servikal, sezaryan skar, posthisterektomik ve heterotopik olabilir. Ektopik gebelik tanısı normal gebeliklere göre düşük serum Beta hCG düzeyi ve transvajinal ultrasonografide intrauterin gebelik kesesi görülmesi ile konmaktadır. Transvajinal ultrasonografi ektopik gebelik tanısında oldukça efektiftir(3). Ancak sağlık hizmetlerine ulaşmada aksaklık olabilecek kırsal alan-

larda tanı gecikmesi sonucu hastalar rüptür ile de baş-
vurabilmektedir. Tuba uterinada submukozal tabakanın
olmaması, trofoblastların musküler tabakayı erozyona
uğratması ve tubanın genişleme kapasitesinin olma-
ması tubal rüptür sebebidir. Yapılan bir çalışmada tubal
rüptürün çoğunlukla 7,2±2,2 haftada meydana geldiği
bildirilmiştir(4). Literatür değerlendirildiğinde ise tubal
gebeliklerin ikinci trimestere kadar devam ettiğini gös-
teren ender vaka bildirimleri mevcuttur(5-7). Tarafımı-
za başvuran hastanın da rüptür olmadığı gözlenmiştir.
Ektopik gebelik tedavi modaliteleri cerrahi, metotrek-
sat ve bekleme tedavisi olarak özetlenebilir. Hastaların
yaklaşık üçte biri metotreksat için uygunken, üçte
ikisine cerrahi tedavi uygulanır geri kalan çok az has-
ta grubu bekleme tedavisine alınır(8). Metotreksat
tedavisi için uygun adaylar; hemodinamik açıdan sta-
bil, tercihen ektopik odak boyutu 3-4 cm'den küçük
, fetal kalp atımı olmayan ,beta hCG değeri 5000 mIU/
ml'den küçük ve metotreksat tedavisine kontrendikas-
yonu olmayan hastalardır(9-11).Bekleme tedavisi ise,
beta hCG değeri 200'den küçük olup düşme eğiliminde
olan ve ultrasonografide lokalizasyonu belli olmayan
veya ektopik gebelik şüphesi taşıyan gebeliklerde ter-
cih edilmelidir(12).Geri kalan hastalarda cerrahi teda-
vi uygulanır. Cerrahi tedavi olarak salpingostomi veya
salpenjektomi yapılabilir. Salpenjektomi fertilitisini
tamamlamış hastalarda, rüptür veya ciddi hasarlı tuba-
da, salpingostomi ile eksiz edilemeyecek büyüklükte
ektopik gebelik odak(3cm'den büyük) varlığında tercih
edilir. Çocuk isteği olan, hemodinamik olarak stabil,
rüptüre olmayan tubal gebeliklerde salpingostomi uy-
gulanır. Ayrıca karşı tuba hasarlı ise salpingostomi dü-
şünülmelidir(13-15). Bu olguda hastamızın yaşayan üç
çocuğu olması ve ektopik gebelik odağın büyük olması
nedeniyle salpenjektomiyi tercih ettik.

Sonuç olarak ektopik gebelik adet rötarı, karın ağrısı ve
vajinal kanama ile başvuran hastalarda akla getirilmesi
gerekir. Tanının gecikmesi ciddi morbidite
ve mortalite sebebi olabilir.

KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic
pregnancy--United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal
Wkly Rep 1995; 44:46.

2. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: Still
risky business. American Journal of Obstetrics and Gyneco-
logy. 1994;170(5):1489-94.
3. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmer-
man D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography
for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. Hu-
man reproduction. 2005;20(5):1404-9.
4. Saxon D, Falcone T, Mascha EJ, Marino T, Yao M, Tulandi T.
A study of ruptured tubal ectopic pregnancy. Obstetrics and
gynecology. 1997;90(1):46-9.
5. Khalil MM, Badran EY, Ramadan MF, Shazly SA-EM, Ali MK,
Abdel Badee AY. An advanced second trimester tubal preg-
nancy: Case report. Middle East Fertility Society Journal.
2012;17(2):136-8.
6. Radaelli T, Bulfamante G, Cetin I, Marconi AM, Pardi G. Ad-
vanced tubal pregnancy associated with severe fetal growth
restriction: a case report. The journal of maternal-fetal & ne-
onatal medicine : the official journal of the European Associ-
ation of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oce-
ania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal
Obstet. 2003;13(6):422-5.
7. Guèye MDN, Guèye M, Thiam I, Mbaye M, Gaye AM, Diouf
AA, et al. Unruptured tubal pregnancy in the second trimes-
ter. South Sudan Medical Journal. 2013;6(4):95-6.
8. Van Den Eeden, Stephen K., et al. "Ectopic pregnancy rate
and treatment utilization in a large managed care organiza-
tion." Obstetrics & Gynecology 105.5, Part 1 (2005): 1052-
1057.
9. Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human cho-
rionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment
of ectopic pregnancy: a systematic review. Fertil Steril 2007;
87:481.
10. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, et al. Predictors of
success of methotrexate treatment in women with tubal ec-
topic pregnancies. N Engl J Med 1999; 341:1974.
11. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, et al. Analysis of three
hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose
methotrexate. Am J Obstet Gynecol 1998; 178:1354.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists.
ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical management of ecto-
pic pregnancy. Obstet Gynecol 2008; 111:1479.
13. Fernandez H, Capmas P, Lucot JP, et al. Fertility after ecto-
pic pregnancy: the DEMETER randomized trial. Hum Reprod
2013; 28:1247.
14. Mol F, van Mello NM, Strandell A, et al. Salpingotomy
versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP
study): an open-label, multicentre, randomised controlled
trial. Lancet 2014; 383:1483.
15. Cheng X, Tian X, Yan Z, et al. Comparison of the Ferti-
lity Outcome of Salpingotomy and Salpingectomy in Women
with Tubal Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analy-
sis. PLoS One 2016; 11:e0152343.