

BİR HETEROTOPİK GEBELİK VAKASI

M. Ali YÜCE^a, Turgut YARDIM^b, Sibel PEKDEMİR^c

ÖZET

Intrauterin ve extrauterin gebeliğin birlikte görülmesi anlamına gelen heterotopik gebelik literatürde spontan olarak nadir görülen bir durumdur. Intrauterin canlı fetus ve sol tubal gebeliği olan 35 yaşındaki bir vakayı sol parsiyel salpenjektomi ile ektopik gebeliğin tedavisinden sonra halen intrauterin gebeliğinin sağlıklı olarak devam etmesi nedeniyle yayınlamayı amaçladık.

Anahtar Kelime : Heterotopik gebelik

SUMMARY

A CASE OF HETEROTOPIC PREGNANCY

In heterotopic pregnancy, intrauterine and extrauterine pregnancies are together. We wanted to describe a heterotopic pregnancy case a women 35 years old operated for ectopic pregnancy by left partial salpingectomy and continued with uterine pregnancy successfully.

Key Word: Heterotopic pregnancy

GİRİŞ

Heterotopik gebelik; intrauterin ve ekstrauterin gebeliğin birlikte görülmesi anlamına gelmektedir (1). Nedeni tam bilinmemekle birlikte ektopik gebelik yapabilen nedenler etyolojide rol oynar.

Intrauterin ve ekstrauterin gebelik ilk defa 1708'de Duverney tarafından tanımlanmıştır. 1966 yılında Felbo ve Fenger toplam 523 vaka bildirmişlerdir. 1966 ile 1979 yılları arasında 66 yeni vaka literatüre eklenmiştir (2).

Yaklaşık olarak 30.000 gebelikte bir saptanmıştır (2). Son yıllarda infertil hastalarda clomifen sitrat ile hipofizer gonadotropinlerin kullanılması ve bunlara bağlı olarak ektopik gebelik insidensindeki artma sonucu heterotopik gebelik riski de artmıştır (1). Bunun sonucunda heterotopik gebelik oranı 15.000 de 1'e yükselmiştir. Berger ve Taymore, ovulasyon indüksiyonu yapılan hastalarda 1/100 oranında heterotopik gebelik göstermişlerdir (2).

^a Yrd. Doç. Dr., T. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., EDİRNE

^b Prof. Dr., T. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., EDİRNE

^c Araş. Gör. Dr., T. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., EDİRNE

OLGU SUNUSU

35 yaşında kadın hasta 23.11.1993 tarihinde saat 19.00 da 339/6290 protokol nosu ile T.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisine kasık ağrısı, bayılma şikayetiyle yatırıldı. 20.11.1993' te başlayan kasık ağrısı şikayeti 23.11.1993 günü öğle saatlerinde birden şiddetlenmiş ve hasta iki defa bayılmıştır. Düzenli adetleri olan ve son adetini 20.9.1993' de gören hasta 3 yıllık evli ve infertildi. Bir yıl önce bir - iki ay klomifen sitrat ile düzensiz ovulasyon indüksiyonu tedavisi görmüştü.

Hastanın yapılan genel muayenesinde; TA: 60/40, Nabız: 72/dak, Ateş: 37 °C idi. Batın hassasiyeti +, defans müsküler +, Rebaund + bulundu. Bulantı ve kusma yoktu. Batın dört kadranda barsak sesleri alınıyordu. Jinekolojik muayenede vaginal kanama yoktu. Uterus 8-10 haftalık gebelik cesametinde yumuşak, adneksler bilateral hassas olarak tesbit edildi. Ultrasonografik tetkikte intrauterin intakt gebelik kesesi ve kese içinde CRL' si 11 mm, FKA' sı (+) olan canlı bir gebelik mevcuttu. Ayrıca sol adneksiyel alanda kitle ve Douglas' ta serbest sıvı ile uyumlu görünüm saptandı. Yapılan labratuar tetkiklerinde Hb: 7.2 gr, Htc: % 23.6, Lökosit: 26.200/mm³, Kan grubu: AB Rh (-) negatif bulundu.

Hasta intrauterin canlı gebelik ve rüptüre tubal gebelik düşünülerek operasyona alındı. Laparotomi esnasında batında 1000 - 1500 cc lik bir hemoraji, sol tuba istmus bölgesinde 3-4-5 cm boyutlarında rüptüre ektopik gebelik saptandı ve parsiyel salpenjektomi operasyonu uygulandı.

Alınan tubal materyalin histopatolojik incelenmesinde, fibromüsküler doku ile çevrili, hematoma ve chorion villusları içeren ektopik gebelik tanısı kondu (T.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Bölümü. Prot No: 3914/93).

Hastanın post operatif vaginal kanaması olmadı. Profilaktik progesteron verildi. 10 gün sonra yapılan Ultrasonografik muayenede intrauterin gebeliğin devam ettiği saptandı. CRL: 28 mm ve FKA + olarak bulundu. Hasta post operatif 10. gün komplikasyon olmadan ve intrauterin gebeliği devam ederek taburcu edildi.

Antenatal muayenelere çağırılan hastada fetal gelişme normal olarak devam etti. Hasta bu makalenin hazırlandığı tarihte 24. gebelik haftasında bulunmaktaydı.

TARTIŞMA

Heterotopik gebelik nadir görülen ve bir cerrahi müdahale öncesi kesin tanı konmasının zor olması nedeniyle ilginç bir obstetrik patolojidir. İntrauterin gebelik tanısı konurken, ekstrauterin gebelik olasılığı elimine edilmelidir (3).

Heterotopik gebelik etyolojisinde, ektopik gebeliğin etyolojik faktörleri rol oynayacaktır. Primer sebepleri fertilize olmuş ovumun tuba uterinadan geçişini önleyen ya da engel olan durumları kapsar. Etiyolojik faktörler şunlardır:

1- Tubal faktörler: Ektopik gebelikli kadınların tubal gebelik örneklerinde % 50 oranında histolojik olarak kronik salpingitis teşhis edilecektir. Bunun yanında salpingitis istmica nodosa, tubanın gelişme anomalileri (konjenital divertikül, accessuar lumen ya da atrezi gibi), DES ' den dolayı anormal tubal anatomi, geçirilmiş tubal ya da pelvik organ mikrocerrahisi, tubal ligasyon, rüptüre olmamış ektopik gebeliğin konservatif tedavisi, peritonit, divertikülitis, pelvik tümörler, endometriozis tubal faktör olarak gerek ektopik, gerekse heterotopik gebelikte rol oynayabilir.

2- Zigot Anormallikleri: Zigot anormallikleri; kromozom anomalileri, büyük malformasyonlar ve nöral tüp defektleri taşıyan ektopik gebeliklerde yayınlanmıştır. Aynı şekilde anormal sperm sayımlı ya da yüksek anormal spermatozoa insidensli erkeklerin partnerlerinde artmış ektopik gebelik insidensi yayınlanmıştır.

3- Ovarian Faktörler: Bir ektopik gebelikle sonuçlanan ovarian faktörler; çatlamamış bir foliküldeki ovumun fertilizasyonu, ovumun ters migrasyonu, klomifen ya da gonadotropin kullanımı sonucu büyümüş ovariumlardır.

4- Eksojen Hormonlar: Oral kontraseptif kullanan kadınların % 4-6 ' sında ektopik gebelik gelişecektir. Yüksek dozda östrojen ihtiva eden " Morning - after pill " verilirse ektopik gebelik insidensinde 10 kat artış meydana gelir. Progesteron ihtiva eden IUD kullanan kadınlarda oluşan gebeliklerin % 16 ' sından fazlası ektopik gebeliklerdir.

5- Diğer faktörler: IUD, in vitro fertilizasyon, embryo transferi ektopik ve heterotopik gebeliklere neden olabilir.

Heterotopik gebelik vakalarına bu etyolojik faktörler içerisinde literatürde rastlananlar; in vitro fertilizasyon (4, 5, 6, 7), ovulasyon indüksiyonu (7, 8, 9, 14), intrauterin inseminasyon (3), IUD kullanımı (10), PID (11) ve risk faktörleri bulunmayan bir vakadan (12) ibarettir. Bunların içinde tubal gebelikle beraber daha sonra mole gelişen bir intrauterin gebelik vakasında mevcuttur (13).

Heterotopik gebeliklerin en sıklıkla görüldüğü durum in vitro fertilizasyon ve ovulasyon indüksiyonudur. Bunlarda geçirilmiş tubal hasarlar, süperovulasyon ve multipl embryo transferi rol oynamaktadır (4, 5, 6, 7, 8, 9, 14). Büyük vaka grubuyla yapılan bir çalışmada in vitro fertilizasyondan sonra 1648 klinik gebelik vakasında 17 heterotopik gebelik görüldüğü bildirilmiştir (6).

Bunların yanında risk faktörleri bulunmayan bir tek vakada heterotopik gebeliğin geliştiği bildirilmiştir (12). Bu vakada başlangıçta ultrasonografi ile intrauterin gebelik tanısı konmuş, bir hafta sonra hasta rüptüre ektopik gebelik bulguları ile gelmiş ve tedavisi yapılmıştır.

Bizim vakamızda da infertilite ve bir yıl önce iki ay klomifen sitrat kullanmasına rağmen heterotopik gebeliğin geliştiği zamanda herhangi bir risk faktörü bulunmamaktaydı. Bu nedenle intrauterin gebelik tanısı konmuş bir vakada beraberinde ektrauterin gebeliğinde bulunup bulunmadığı mutlaka dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Raphael B. Durfee, Martin L. Pernoll. : Early Pregnancy Risks. In : Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Martin L. Pernoll., U.S.A. Appleton & Lange. 7.th. ed., 1991, 300-326
2. Richard F. Mattingly, John D. Thompson : Ectopic Pregnancy. In: Te Linde' s Operative Gynecology. Philadelphia J.B. Lippincold Company, Sixth Ed. 1985 ; 444-448
3. Kalby Ambe A., Garza Rios P., Serviere Zaragoza C., Delgado Urdapilleta J.: *Heterotopic pregnancy in intrauterine insemination. Presentation of a case.* Ginecol Obstet. Mex. 60: 110-1, 1992.
4. Goldmam J.A., Dicker D., Dekel A., Feldberg D., Ashkenazi J.: *Successful management and outcome of heterotopic triplet in vitro fertilization (IVF) gestation : twin tubal and surviving intrauterine pregnancy.* J In Vitro Fert Embryo Transf. 8 (5) : 300-2, 1991.
5. Poreco R.P., Burke M.S., Parker D.W.: *Selective embryocide in the nonsurgical management of combined intrauterine - extrauterine pregnancy.* Obstet. Gynecol. 75(3 Pt 2) : 498- 501, 1990
6. Rizk B., Tan S.L., Morcos S., Riddle A., Brinsden P., Mason B.A., Edwards R.G.: *Heterotopic pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer.* Am. J. Obstet. Gynecol. 164(1 Pt 1) : 161-4, 1991.
7. Snyder T., del Castillo J., Graff J., Hoxsey R., Hesti M.: *Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and ovulation drugs.* Ann. Emerg. Med. 17(8): 846-9, 1988.
8. Dietz T.U., Haenggi W., Birkhaeser M., Gry T., Dreher E.: *Combined bilateral tubal and multiple intrauterine pregnancy after ovulation induction.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 48(1): 69-71, 1993.
9. Glassner M.J., Aron E., Eskin B.A.: *Ovulation induction with clomiphene and the rise in heterotopic pregnancies. A report of two cases.* J Reprod Med. 35(2): 175-8, 1990.
10. Çarli M., Zanini P. *Coexistence of intra and extra uterine pregnancy: a clinical case.* Medicina - Firenze. 9 (4): 396-7, 1989
11. Orakwe J.C., *Combined intrauterine and extrauterine gestation with a general surgical presentation.* Trop. Georg. Med. 44(1-2): 165-6, 1992.
12. Jerrard D., Tso E., Salik R., Barish R.A.: *Unsuspected heterotopic pregnancy in a woman without risk factors.* Am. J. Emerg. Med. 10 (1): 58-60, 1992.
13. Clausen L, Borlum K.G., Frost L. : *Heterotopic pregnancy. The first case with an IUD in situ.* Zentrabl Gynacol. 112(1): 45-7, 1990
14. Raccusia J.S., Neckles S., Butler D., Kahn M., Ibrahim I.M.: *Synchronous intrauterine and ectopic pregnancy associated with clomiphene citrate.* Surg. Gynecol. Obstet. 168(5): 417-20, 1989.