

TRAVMA İLE KOMPLİKE OLMUŞ RÜPTÜRE HETEROTOPIK GEBELİK VE EŞLİK EDEN OVERYAN HİPERSTİMULASYON SENDROMU

RUPTURED HETEROTOPIC PREGNANCY WITH COMPLICATED TRAUMA AND ACCOMPANYING OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME

Dr. Raziye DESDİCİOĞLU*
Dr. Melahat YILDIRIM*
Dr. Hilal AĞIŞ**
Dr. Özge GEL***
Dr. Ayşe Filiz AVŞAR*

* Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Kadın-Doğum Anabilim Dalı

** Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Doğum Kliniği

*** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Raziye DESDİCİOĞLU
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın-Doğum Anabilim Dalı
Bilkent-Ankara
E-mail: rdesdicioglu@ybu.edu.tr

ÖZET

Heterotopik gebelik, spontan konsepsiyonlarda nadir olmasına rağmen yardımcı üreme teknikleri ile sıklığı artan, mortalitesi yüksek bir klinik* durumdur. Ovaryan hiperstimülasyon sendromu da (OHSS) ovulasyon indüksiyonun morbidite artırıcı bir komplikasyondur.

Bu olgu sunumunda, 36 yaşında ovulasyon induksiyonu sonrasında heterotopik gebelik olmuş ve travma sonrası şiddetli karın ağrısı ile acile başvuran kadın hastayı anlattık. Hastanın değerlendirilmesinde de OHSS tablosu ve intraabdominal kanama varlığı tespit edilmiştir.

Heterotopik gebeliğin tanısında gecikmeler hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir. Bu vakamızda olduğu gibi kliniğe başvuru şikayeti gebelikle ilişkili olmasa da, ovulasyon indüksiyonu yapılmış her hastada heterotopik gebelik akla getirilmelidir. Bunlara ek olarak, özellikle eşlik eden OHSS gibi bir durum varlığında, tanı koymanın daha zor olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Heterotopik gebelik, overyan hiperstimülasyon sendromu, intraabdominal kanama

ABSTRACT

Heterotopic gestation, although very rare in natural conceptions, is a condition with a high mortality rate of which the incidence increases with assisted reproductive techniques. Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) is also a serious complication of ovulation induction by enhancing morbidity.

In this case report, we present a 36 year-old woman with a heterotopic pregnancy following ovulation induction and her admission to emergency department with a complaint of severe abdominal pain after trauma. Physical examination has revealed the presence of OHSS accompanying intraabdominal bleeding.

Delay in the diagnosis of heterotopic pregnancy can cause life threatening complications. Even, the reason for the admission to the hospital is not related to the pregnancy, heterotopic pregnancies should be kept in mind while evaluating the patients with an history of ovulation induction procedures. In addition, it should not be forgotten that the exact diagnosis will be more difficult especially in the presence of OHSS.

Key Words: Heterotopic pregnancy, ovarian hyperstimulation syndrome, intraabdominal bleeding

GİRİŞ

Heterotopik gebelik (HG), eş zamanlı intrauterin ve ekstrauterin gebelik varlığıdır. İlk kez 1708 yılında otopsi örneğinde tanımlanmıştır¹. Spontan sıkluslarda insidansı 1/30 000 iken yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalarda 1/100'e kadar çıkmaktadır¹. Yalnızca ovulasyon indüksiyonu yapılan hastalarda ise çoğul gebelik ile ilişkili olarak HG görülme oranı 1/900 civarındadır².

Overyan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) ovulasyon indüksiyonunun bir komplikasyonudur³. İlk kez 1943 yılında tanımlanmıştır. Overlerde genişleme ile beraber periton, plevra ve nadiren de perikardiyal alanda sıvı birikimi ile karakterizedir³. Ciddi morbidite ve kısmen mortalite artışına neden olur. Ovulasyon indüksiyonu protokollerinde görülme sıklığı %0,04 ile 0,5 arasında bildirilmektedir⁴.

Bu vaka sunumunda travma kliniği ile acile başvuran, ovulasyon indüksiyonu ile gebe kalmış ve OHSS gelişmiş bir hastanın takibi sırasında tesadüfen tespit edilen heterotopik gebelik durumunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Otuz altı yaşında düşme ile acile başvuran hastanın acil serviste ilk değerlendirmesinde sol humerus proksimalinde kırık tespit edilip sol kol stabilize edildikten sonra, hastanın gebe olması nedeniyle tarafımızdan da değerlendirilmesi talep edilmiştir. Hastanın son adet tarihinin üzerinden 35 gün geçmişti. Adetinin 34. gününde bakılan β HCG değeri 3300 IU/L olarak elinde mevcuttu. Hasta 6 gün rekombinant folikül stimulan hormone (rec FSH) 75 IU sc yapıldığını ve yeterli yumurta büyüklüğü sağlanınca 10 000 IU rekombinant hCG yapıldığını, sonrasında zamanlamalı ilişki olduğunu ifade etti. Hastanın vajinal muayenesinde vajinal kanaması izlendi. Her iki over büyümüş olarak palpe edildi. Karın muayenesinde minimal hassasiyet tespit edildi. Ultrasonografik (USG) değerlendirmede ise intrauterin düzensiz sınırlı 16X7 mm gestasyonel kese olabilecek yapı görüldü. Sağ over 60x48 mm, sol over 76x54 mm çapında ve her iki overde multipl kistler var idi. Douglas boşluğunda minimal mayii izlendi. Hastanın acile başvurusundaki β HCG değeri 2413 IU/L İdi. Beyaz küre sayısı 15100, hemoglobin değeri 12,4 gr/dl ve Hematokrit % 36,7 idi. Muayene sırasında hastanın hipotansiyonu (Tansiyon arteryel –Ta 100/60 mmHg) ve kusması olması üzerine travmaya yaklaşım prensipleri çerçevesinde kafa içi ve batin içi travma bulguları açısından değerlendirmeleri yapıldı, over torsiyonu ekarte etmek açısından doppler incelemesi yapıldı. Travmanın 6. Saatinde acil serviste bakılan kontrol hemoglobin değeri 11,2 gr/dl, beyaz küre sayısı 8300 olduğu görüldü. Sonrasında hasta OHSS takibi ve amacıyla yatırıldı. Vital bulgu, vajinal kanama ve hemogram takibi planlandı. Aldığı çıkardığı takibi yapıldı. Takipleri sırasında bir özellik izlenmedi. Kliniğe yatışının 6.saatinde kontrol amaçlı gönderilen he-

mogram değerinin 7,5 gr/dl gelmesi üzerine akut hemoraji düşünüldü. Vital bulgularında belirgin değişiklik olmayan hastanın Ta değeri 100/60mm Hg, nabız sayısı 102/dk olarak ölçüldü. Ultrasonografide batin içinde yaygın serbest sıvı izlendi. Kontrol hemogram değeri 6,8 gr/dl olan hastaya douglas ponksiyonu yapıldı ve hemorajik içerik geldi. Hastada solid organ yaralanması, over kistlerinden hemoraji veya ektopik gebelik rüptürü ihtimalleri düşünüldü. Acil olarak laparotomiye alındı. Batin gözleminde batin içinde yaklaşık 2 lt serbest ve koagüle olmuş kan izlendi. Her iki over ileri derecede (7-8 cm) büyümüş ve multikistik olarak izlendi. Sağ tuba distalinden sızıntı tarzında kanamalı ektopik gebelik odağı olabilecek alan izlendi. Kanama kontrolü sağlanamaması üzerine parsiyel distal salpenjektomi yapıldı. Sol tuba normal izlendi. Batin içinde kanamanın devam etmesi üzerine genel cerrah katılımı ile batin eksplorasyonu yapıldı. Solda splenik flexura hizasında omentum içinde seyreden venöz damarlardan aktif kanama izlendi. Kanama alanları sütür ile kontrol altına alındı. Hastada operasyon öncesi intrauterin gebelik kesesi de izlendiği için, kavite boşaltılmadı. Hastanın postoperatif 24.saatinde gönderilen β HCG değerinin yeniden yükselerek 3390 IU/L olduğu görüldü. Ultrasonografi ile düzenli, 8x6 mm boyutunda gebelik kesesi izlendi. Hastanın β HCG değerinin 48 saat aralarla düzenli artış gösterdiği kaydedildi. Postoperatif 10.gününde hasta taburcu edildi. Tubal alandaki odağın ektopik gebelik olduğu histopatolojik tanı ile konfirme edildi.

TARTIŞMA

Heterotopik gebelik aynı anda intrauterin ve ekstrauterin gebelik varlığıdır. En sık tubal bölgedeki ektopik gebelik eşlik eder¹. Naturel siklularda %0,08 olarak bildirilen insidansı invitro fertilizasyon (IVF) siklulalarında %5'e kadar çıkmaktadır⁵. Ektopik gebelik riskini artıran faktörlerin hepsi heterotopik gebelik riskini de artırır. Yardımcı üreme teknikleri ve ovulasyon indüksiyon protokolleri de multifoliküler gelişim nedeniyle riski artırmaktadır⁶.

Hayati tehdit eden bir komplikasyon olabilen HG, erken tanının zor olduğu bir durumdur. Genelde rüptür olana kadar intrauterin gebelik bulguları ektopik gebeliği maskeler. Tanıların çoğu acil olarak konulmaktadır⁷. Hastaların %70 'inde tanı 5-8. haftalar arası konulmaktadır. Bizim vakamızda tanı 5. haftada aksidental olarak konulmuştur.

HG semptomları ektopik gebelik semptomlarından

farklı değildir. Karın ağrısı, adneksiyal kitle, batında hassasiyet görülebilir. Vaginal kanama vakaların yarısından fazlasında görülmemektedir⁷. Vakamızda bu bulguların hemen hepsi görülmesine rağmen OHSS kliniğinde de benzer bulgular görülmesi nedeniyle ilk tanı olarak HG düşünülmemiştir. Vakaların %13 kadarına ise hipovolemik şok ile tanı konmaktadır.⁷ Bizim vakamızda tanı akut hemoraji geliştikten sonra laparotomi sırasında konulmuştur.

Ultrasonografi ektopik gebelik tanısında önemli bir araçtır. Özellikle intrauterin ve ekstrauterin fetal kalp atımları olan iki ayrı fetüs izlenmesi önemlidir fakat bu nadiren sağlanabilir⁵. İntrauterin gebelik kesesi görüldükten sonra adnekslerdeki şüpheli yapılar korpus lüteum lehine yorumlanmakta ve tanıda gecikmelere neden olmaktadır⁸. Bizim vakamızda her iki overin ileri derecede büyük olması nedeniyle ektopik gebelik odağı operasyon öncesi görülemedi.

Seri β HCG takipleri ektopik gebelikteki gibi HG tanısında kullanılamamaktadır. Ektopik gebelikteki subnormal üretilen β HCG, HG'te intrauterin gebeliğin salgıladığı yüksek hCG tarafından maskelenmektedir⁵. Bizim vakamızda hastanın 24 saat ara ile β HCG değerinde düşme izlenmiş olup (3300IU/L-2413IU/L) vajinal kanama ile birlikte değerlendirilince gebeliğin gerilediği düşünülmüştür.

Kuldosentez de bu hastalarda periton sıvısı ile kan ayırımını yapmada önemlidir⁵. Eğer ultrasonografi ile açıklanamayan özellikte sıvı ile abdominal ağrı beraber ise kuldosentez yapılmalıdır. Bizim hastamızda hemogram azalması kanamayı düşündürse de travma sonrası retroperitoneal kanama olabileceği düşünüldüğü için kuldosentez yapıldı. Hemorajik mayii izlendi.

Literatürde OHSS ile heterotopik gebelik varlığına ait vaka sunumlarında erken tanının zorluğundan bahsedilmektedir^{6,9}. Yalnızca adnekslerin görüntülenmemesi değil, klinik ve laboratuvar bulgularının çakışması da önemlidir. Batında hassasiyet, bulantı, hipotansiyon, batin içi sıvı ve yüksek hemoglobin değerleri OHSS kliniğinde olağan bulgulardır³. Bu bulguların çoğunun ektopik gebelikte de olması tanıyı geciktirmekte ve hayatı tehdit edici boyuta varabilmektedir. Hastamızda da hemoglobin değerinin ilk etapta hafif düşmesi (12,4 gr/dl-11,2 gr/dl), azalan β HCG değeri ile beraber OHSS kliniğinin çözüldüğünü düşündürmüştür. Bulantı kusma şikâyetleri, over torsiyonu veya kafa travmasını aklımıza getirmiş olup bu

tanılar ekarte edilmiştir. Fizik muayene bulgularında değişiklik olmayan hastada hemoraji öncelikli olarak düşünülmemiştir. Rutin takipte hemoglobin değerindeki hızlı azalma ise akut hemorajiyi düşündürmüştür. Akut hemoraji nedenleri olarak ise bu hastada over kistlerinden kanama ya da travmaya sekonder solid organ yaralanması düşünülmüş olup son ana kadar HG aklımıza gelmemiştir.

HG durumunda tedavi yöntemi hastanın hemodinamik durumu, ektopik gebeliğin lokalizasyonu ve intrauterin gebelik ile ilgili beklentilere göre değişmektedir. Laparotomi, laparotomi veya lokal potasyum enjeksiyonu yapılmış vakalar vardır⁵. Biz olgumuzda hemodinamik durumu elverişli olmadığı ve solid organ yaralanması şüphemiz olduğu için acil laparotomi tercih ettik.

HG tedavisi sonrası intrauterin gebeliğin normal devam etme oranı %75'e kadar çıkmaktadır⁶. Devam eden gebeliklerde, gebelik komplikasyonlarının abortus dışında artmadığı bildirilmiştir¹⁰.

Yardımcı üreme tekniklerinde yeni protokoller ve ilaçlar ile OHSS riskini azaltmaya yönelik çalışmalar vardır. OHSS gelişeceği düşünülen hastalarda siklus iptali, hCG yapılmaması, ovulasyon indüksiyon protokollerinde antagonist kullanımı gibi pek çok yöntem uygulanmakta ama her zaman olumlu sonuç alınamamaktadır³. Bizim hastamızda yalnızca rekombinant FSH ile ovulasyon indüksiyonu yapılmış olup rekombinat hCG de uygulanmıştır. Bu siklusta zamanlamalı ilişki planlanması sık kullanılan bir yöntem olmayıp hastada hayati risk oluşturan bir tabloya yol açmıştır. Özellikle genç ve aday folikül sayısı fazla olan hastalar OHSS açısından riskli olup bu hastalarda OHSS önleyici protokoller kullanılmalıdır.

Sonuç olarak; birkaç klinik durumun süperpoze olduğu bir hastada hayati risk oluşturan heterotopik gebelik olgusu acil laparotomide fark edilmiştir. Hastayı karşımıza getiren klinik ne olursa olsun, ovulasyon indüksiyonu öyküsü olan hastalarda heterotopik gebelik akla getirilmesi gereken acil ve hayati bir durumdur. Ayrıca travmaya sekonder batin içi kanama düşünülen hastalarda da ektopik gebelik rüptürü ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tandon R, Goel P, Saha PK, Devi L. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2009;10:8153.
2. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, Jeng DY, Berkowitz RL. Combined pregnancy: the Mount Sinai experience. *Obstet Gynecol Surv* 1986;41:603-13.
3. Boothroyd C, Karia S, Andreadis N, Rombauts L, Johnson N, Chapman M. Australasian CREI Consensus Expert Panel on Trial evidence (ACCEPT) group. Consensus statement on prevention and detection of ovarian hyperstimulation syndrome. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2015;55: 23-34.
4. Klemetti R, Sevón T, Gissler M, Hemminki E. Complications of IVF and ovulation induction. *Hum Reprod* 2005;20: 3293-300.
5. Varras M, Akrivis C, Hadjopoulos G, Antoniou N. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting with tubal rupture: a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;106:79-82.
6. Thakur R, El-Menabawey M. Combined intra-uterine and extra-uterine pregnancy associated with mild hyperstimulation syndrome after clomiphene ovulation induction. *Hum Reprod.* 1996; 11:1583-4.
7. Ghandi S, Ahmadi R, Fazel M. Heterotopic pregnancy following induction of ovulation with clomiphene citrate. *Iran J Reprod Med.* 2011;9:319-21.
8. Somers MP, Spears M, Maynard AS, Syverud SA. Ruptured heterotopic pregnancy presenting with relative bradycardia in a woman not receiving reproductive assistance. *Ann Emerg Med* 2004;43:382-5.
9. Moosburger D, Tews G. Severe ovarian hyperstimulation syndrome and combined intrauterine and tubal pregnancy after in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod.* 1996; 11:68-9
10. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril* 2007; 87:303-9.