

İnterstisyel ektopik gebelikte acil cerrahi yaklaşım: İki olgu nedeniyle

Immediate surgical treatment of interstitial ectopic pregnancy: Report of two successful cases

Meltem TEKELİOĞLU, Alparslan BAKSU, Emine ÖZEL, Nimet GÖKER

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

İnterstisyel ektopik gebelik nadir görülmekle birlikte, mortalitesinin yüksek olması nedeniyle önem taşır. İnterstisyel gebeliğe acil yaklaşımda, radikal ya da konservatif, açık ve laparoskopik cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Kliniğimize başvuran iki interstisyel gebelik olgusunda acil cerrahi girişim gerekli görülmüş ve laparotomi ile kornual rezeksiyon başarıyla uygulanmıştır. İnterstisyel gebeliğe acil cerrahi yaklaşımda konservatif açık cerrahi güvenle uygulanabilecek bir tedavi yöntemi değildir.

SUMMARY

Interstitial ectopic pregnancy is a rare but disasterous entity because of its high mortality rate. Immediate management of interstitial pregnancy includes radical or conservative open and laparoscopic surgical options. For two patients with interstitial pregnancy who administered to our clinic, surgical treatment was indicated and cornual resection with laparotomy was performed successfully. Conservative open surgical treatment is a safe procedure for immediate treatment of interstitial pregnancy.

GİRİŞ

İnterstisyel gebelik, Fallop tüpünün uterus adalesi içinde kalan proksimal kısmında gelişen gebeliktir. Tüm tubal gebeliklerin %2-4'ünü oluşturur. Bu bölgedeki kanlanmanın zenginliği nedeniyle, rüptür oluşması halinde, mortalitesi %2-2.5 olan ağır kanamalar görülebilir (1).

Kornual rezeksiyon ve histerektomi, interstisyel gebeliğin cerrahi tedavi yöntemleridir. Histeroskopik ya da laparoskopik rezeksiyon ile laparoskopik kornuostomi cerrahide yeni yaklaşımlar olarak bildirilmiştir. Medikal tedavi düşünüldüğünde ise, sistemik ya da lokal metotreksat (MTX) uygulamaları her zaman başarılı olmamakla birlikte, bir diğer seçenektir. Hastanın genel durumu, geleceğe yönelik fertilité isteği ve hekimin tecrübesi tercih edilecek yaklaşımı belirler (1, 2).

İntraluminal tubal gebeliklerdeki gibi, beklenmeyen yaklaşımı ancak düşük ya da düşüş eğilimi

minde -hCG değerleri olan hastalarda uygulanabilir (3). Ancak düşük -hCG değerleri ile dahi ektopik gebeliğin rüptüre olabileceği, özellikle interstisyel gebeliklerde tablonun daha fatal seyredebileceği akıldan tutulmalıdır.

Olgu Sunumları

Olgu I

Onüç yaşında, on haftalık amenoresi olan, nullipar hastanın gebelik şüphesi üzerine yapılan plano test (+) bulunmuş, hastanın kendi isteği üzerine özel bir klinikte tahliye-küretaj uygulanmış fakat şüpheli ultrasonografi bulguları ve genel durumunun bozulması nedeniyle kliniğimize sevk edilmişti.

Hastanın yapılan ilk değerlendirmesinde; karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmalarına eşlik eden, hipotansiyon, taşikardi ile karnın her iki alt kadranında hassasiyet ve rebound bulguları mevcuttu. Jinekolojik muayenede; exutero kanama mevcut olup, uterusun sağında yaklaşık 6 cm çapında, solid kıvamda, semimobil bir kitle ele gelmekteydi. Sağ alt kadranda ve kolum hareketlerinde ileri derecede hassasiyet mevcuttu. Transvaginal sonografide (TVS);

Yazışma Adresi:

Meltem TEKELİOĞLU

Ataköy 8. Kısım C5-K No 95 Bakırköy, İstanbul.

Tel : 212 559 36 52

e-posta: mtekelioglu13@hotmail.com

uterus normalden biraz iri ve endometrium ince-düzenli olarak görüldü. Sağ adneksiya alan-da 4x4 cm'lik hipoekojen lezyon içinde 3.1 cm'lik hiperekojen alan (gebelik kesesi) saptandı. Gebelik kesesi içinde kalp hareketleri bulunan fetal imaj vardı. CRL= 2.6 cm (9w-0d) olarak ölçüldü. Uterusun önünde ve arkasında bol miktarda sıvı ve koagülüm olduğu düşünülen solid görünümlü imajlar mevcuttu. Serum -hCG değeri 42.185 mIU/mL, hemoglobin: 9.6 gr/dl olarak saptandı.

Ektopik gebelik tanısı konularak yapılan laparotomide, uterusun sağ kornundan kaynaklanan 5-6 cm'lik solid, ektopik gebelik kitlesi gözlemlendi. Karın içine yaklaşık 1500 cc kanama mevcuttu. İrrigasyon-aspirasyonu takiben sağ kornual rezeksiyon yapıldı.

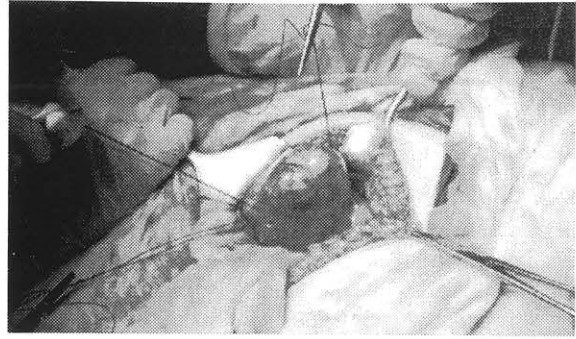
Postoperatuar komplikasyonsuz seyreden hasta 6. günde şifa ile taburcu edildi.

Olgu II

Yirmidokuz yaşında, yedi haftalık amenore tanımlayan, multipar hastanın, 2-3 gün önce başlayan bulantı-kusma ve bir gün önce başlayan sol kasık ağrısı şikayetleri mevcuttu. Evde yaptığı gebelik testinin (+) olduğunu ifade etti.

İlk değerlendirmede; hafif taşikardi dışında yaşamsal bulguları normaldi. Karın muayenesinde istemli defans ve rebound belirtisi mevcuttu. Jinekolojik muayenede, kolum hareketleri ileri derecede hassastı. Korpus ve adneksler defans nedeniyle değerlendirilemedi. TVS'de, uterus normalden iri ve endometrium ince-düzensiz olarak görüldü. Douglas boşluğunda bol sıvı mevcuttu. Overler normal olarak görüldü. Serum -hCG değeri 11.000 mIU/mL, hemoglobin: 10.2 gr/dl olarak saptandı.

Ektopik gebelik ön tanısı ile yapılan laparotomide, karın içinde yaklaşık 1000 cc taze kanama mevcuttu. Uterus sol kornual bölgede 1.5 cm çapında kanamalı ektopik gebelik kitlesi gözlemlendi. Her iki over ve tubalar normal görünümde idi. İrrigasyon ve aspirasyonu takiben sol kornual rezeksiyon yapıldı.



Resim 1: Olgu II de uygulanan sol kornual rezeksiyon

Hastanın postoperatuar takibinde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hasta altıncı günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnterstisyel gebelik için 35 yaş üstünde ve hemodinamik olarak stabil hastalarda total abdominal histerektomi geleneksel olarak önerilen tedavidir. Daha genç ve fertilitate arzusu olanlarda kornual rezeksiyon ile interstisyel gebeliğin eksizyonu önerilmektedir (1).

Son yıllarda literatürde laparoskopik yöntemlerle tedavi edilmiş 22 olgu yayınlanmıştır. Bu laparoskopik yöntemler; kornual rezeksiyon, kornuostomi ve salpingotomidir. Gebeliğin ilk haftalarında tanısı konmuş ve rüptüre olmamış olgularda Shapiro ve Adler'in tanımladığı laparoskopi teknikleri, bipolar forseps ve makas ile kornual rezeksiyon ya da vasopresin enjeksiyonunu takiben unipolar kesici ile kornual rezeksiyon ve kolpotomi insizyonu ile materyalin çıkarılmasını içermektedir (4). Yazarların çoğu, adneksler korunarak yapılan laparoskopik girişimleri interstisyel gebelik için yeterli ve güvenilir bulmuştur (5,6).

Katz ve Lurie, kornuostominin uygulama kolaylığı açısından kornual rezeksiyondan daha üstün olduğunu belirtmiştir (7). Ancak, kornual diseksiyonla gebelik ürününün çıkarılmasını takiben, ilave edilen nazik küretaj her zaman trofoblastların tam olarak temizlenmesini sağlamamaktadır (1).

Histeroskopi bir diğer cerrahi yaklaşım yolu olabilir. Laparoskopinin retroperitoneal damar yaralanması ve barsak perforasyonu gibi komplikasyonlarına yol açmasa da, etkinliği ve güvenilirliği netleşmemiştir (8).

İlk histeroskopik interstisyel gebelik çıkarımı, Meyer ve Mitchell tarafından bildirilmiştir. Altı haftalık bir interstisyel gebelik için, laparoskopik kontrol altında önce tübün interstisyel kısmı dilate edilmiş, sonra histeroskopi kılavuzluğunda küretaj uygulanmıştır. Ancak 8 ay sonra, aynı yerde bir başka interstisyel gebelik gelişmiş ve seroza altına rüptüre olması üzerine, hastaya laparotomi ile kornual rezeksiyon uygulanmıştır (1).

Medikal tedavide; sistemik, lokal ya da kombine metotreksat uygulaması önerilmiştir. Lokal uygulamada laparoskopi ya da histeroskopi kullanılabilir. Bugün literatürde yer alan 40'tan fazla olguda başarı oranı yaklaşık % 83 olarak bildirilmiş olup, en iyi sonuçlar düşük -hCG düzeylerinde elde edilmiştir (1).

Bizim tespit ettiğimiz ve burada sunulan iki interstisyel gebelik olgusunda da serum -hCG değerleri oldukça yüksekti. Ayrıca karın içi kanama ve hemodinamik instabilite tıbbi tedaviyi olanak dışı bırakmıştır.

İnterstisyel gebeliğin preoperatuar kesin olarak tanılandırılması acil koşullarda genellikle mümkün olmamaktadır. Biz ektopik gebelik tanısı netleştirilen olgularda tedaviyi hızla sonuçlandırma eğilimini taşıyoruz. Bu eğilimle cerrahi tedavi yönünde alınan hızlı karar, özellikle mortalitesi diğer tubal gebeliklere göre oldukça yüksek olan interstisyel gebelik için önem kazanmaktadır. Buradaki iki olguda da konservatif cerrahi başarı ile uygulanmış, herhangi bir postoperatuar komplikasyon göstermeyen hastalarda serum -hCG değerleri hızla azalarak kaybolmuştur. Hastaların daha sonraki fertilitesi hakkında bilgi sahibi değiliz. Fertilité arzusunun ön planda olduğu olgularda medikal tedavinin tercih edilebileceğini kabul etmekle birlikte, medikal yaklaşımın tanısı kesin olarak konmuş ve elektif koşullara taşınabilecek şekilde seçilmiş olgularda mümkün olduğunu da biliyoruz.

Son yıllarda konservatif cerrahinin laparoskopik tekniklerle uygulamasında başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Ancak acil yaklaşımda bazı sınırlamalar vardır. Hastanın hemodinamik durumu, hekimin tecrübesi, tıbbi ve laparoskopik donanım olanakları gibi sınırlamalarda konservatif açık cerrahi, interstisyel ektopik gebeliğe acil yaklaşımda güvenle uygulanabilecek tedavi seçimidir.

KAYNAKLAR

1. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril*, 72:207-215, 1999.
2. Karsdorp VH, Van Der Veen F, Schats R, Boer-Meisel ME, Kenemans P: Successful treatment with methotrexate of five vital interstitial pregnancies. *Hum Reprod*, 7:1164-1169, 1992.
3. Lurie S, Katz Z: Where the pendulum of expectant management of ectopic pregnancy should rest? *Gynecol Obstet Invest*, 42:145, 1996.
4. Shapiro HL, Adler DH: Excision of an ectopic pregnancy through the laparoscope. *Am J Obstet Gynecol*, 117:290-1, 1973.
5. Ostrzenski A: A new laparoscopic technique for interstitial pregnancy resection. *J Reprod Med*, 42:363-366, 1997.
6. Matsuzaki S, Fukaya T, Murakami T, Yajima A: Laparoscopic cornuostomy for interstitial pregnancy. *J Reprod Med*, 44:981-982, 1999.
7. Katz Z, Lurie S: Laparoscopic cornuostomy in the treatment of interstitial pregnancy with subsequent hysterosalpingography. *Br J Obstet Gynecol*, 104:955-956, 1997.
8. Groutz A, Wolf Y, Caspi B, Wolman I, Gordon D, David P: Successful treatment of advanced interstitial pregnancy with methotrexate and hysteroscopy. *J Reprod Med*, 43:719-722, 1998.