

KORNUAL EKTOPIK GEBELİK TEDAVİSİNDE HİSTEROSKOPI VE VAKUM ASPIRASYON: OLGU SUNUMU

İsmail Mete İTİL, Teksin ÇIRPAN, Alper BİLER, Sait YÜCEBİLGİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Kornual gebelik, ektopik gebeliklerin %2-5'ini oluşturur ve bu da en riskli ektopik gebelik tiplerinden biridir. Tedavi seçenekleri sistemik methotrexate uygulaması, laparotomi ile kornual rezeksiyon veya histerektomidir. Jinekolojik endoskopide son iki dekadadaki önemli gelişmeler sonucu, günümüzde literatürde endoskopik tedavi uygulanan vaka takdimlerine de rastlanılmaktadır. Burada da 35 yaşında, nullipar, 4 haftalık adet gecikmesi olan, özel bir klinikte, isteğe bağlı, karman aspirasyonu ile başarısız bir gebelik terminasyonu girişimi sonucu kliniğimize başvuran, yapılan sonografik inceleme ve laparoskopi ile sağ kornual gebelik teşhisi konulan, uygulanan sistemik methotrexate tedavisine cevap vermeyen ve operatif histeroskopi + karman aspirasyon küretaj ile cerrahi tedavi uygulanan bir vaka sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: histeroskopi, kornual ektopik gebelik

SUMMARY

Combined Hysteroscopy and Vacuum Aspiration in The Treatment of Cornual Ectopic Pregnancy: Case Report

The management of cornual ectopic pregnancy involves systemic methotrexate, laparotomy with cornual resection or hysterectomy. A 35-year-old nullipar presented with an 4-weeks history of amenorrhea and a positive pregnancy test. A diagnostic laparoscopy after the transvaginal sonography revealed a right cornual ectopic pregnancy. The patient was treated with multiple methotrexate doses, but the gestational sac persisted. Through the operative hysteroscope, the gestational sac was ruptured, and the embryo was removed from the right uterine cornu and evacuated with vacuum aspiration. Three weeks postoperatively, the patient's β -human chorionic gonadotropin level was negative, and the transvaginal sonographic findings were normal. Combined hysteroscopy and vacuum aspiration in the treatment of cornual ectopic pregnancy after methotrexate treatment is a minimally invasive surgical procedure.

Key words: cornual ectopic pregnancy, hysteroscopy

Yazışma Adresi: Teksin Çırpan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bornova 35100, İzmir

Faks: (0232) 343 07 11

e-mail: teksin.cirpan@ege.edu.tr

Alındığı tarih: 18.02.2007, Revizyon Sonrası Alınma: 27. 05. 2007, Kabul Edildi: 28. 05. 2007

GİRİŞ

Ektopik gebelik maternal morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biridir^(1,2). Klinik tablo hemodinamik şok veya akut batından asemptomatik vakalara kadar değişen geniş bir spektruma sahip olduğu için, kolayca tanı koymak her zaman mümkün değildir⁽³⁾. Tanı için serum kantitatif β -hCG ve transvaginal ultrasonografi kullanılmakla birlikte, laparoskopi ektopik gebeliğin tanısı için altın standarttır⁽⁴⁾. Ektopik gebelik tedavisinde hastanın klinik durumu, gebeliğin yerleşim yeri, β -hCG değeri ve transvaginal ultrasonografi bulgularına dayanarak cerrahi veya medikal tedavi yöntemlerinden biri kullanılabilir⁽⁵⁾. Kornual ektopik gebelik tedavisinde bu yöntemler bazı problemler oluştururlar. Medikal tedavideki olası başarısızlık uterus rüptürü ve katastrofik hemorajilere neden olabilir. Cerrahi tedavi seçeneklerinden histerektomi ile doğurganlık yetisi kaybolabilir, kornual rezeksiyon sonrası ise fertilité oranları düşebilir ve sonraki gebeliklerde uterus rüptür riski artabilir⁽⁶⁾. Kornual veya interstisyel gebelik, ektopik gebeliğin en tehlikeli tiplerinden biri olup, tüm ektopik gebeliklerin 2-5 %'ni oluşturur⁽⁷⁾. Tubanın bu kısmının etrafı nispeten kalın bir myometriumla çevrili olması nedeniyle, bu hastalar tubal gebeliği olan hastalardan daha geç klinik bulgu verme eğilimindedirler⁽⁸⁾. Risk faktörleri diğer ektopik gebeliklerle benzerdir⁽⁹⁾. Angular, interstisyel veya kornual gebeliklerin tanıları birbiriyle karışabilir. Fallop tüpünün interstisyel kısmı, uterin kavitenin üst kısmından dışarı ve yukarı doğru oblik uzanan, 0,7 cm genişliğinde ve yaklaşık 1 ile 2 cm uzunluğundaki proksimal kısımdır^(10, 11). Gestasyonel sak bu alanda implante olursa interstisyel veya kornual gebelik olarak adlandırılır. İnterstisyel veya kornual gebeliğin prognozlarının farklı olması nedeniyle angular gebelikten ayırt edilmesi önemlidir. Angular gebeliği olan vakarın bir çoğunda sonuçlar olumlu iken, interstisyel veya kornual gebelikler sonunda rüptüre neden olurlar.

Kornual gebelikde sistemik veya lokal metotreksat tedavisi, uterin arter embolizasyonu, ultrasonografi rehberliğinde potasyum klorür enjeksiyonu, endoskopik tedavi ve laparotomi gibi çeşitli tedavi modaliteleri tanımlanmasına rağmen, en iyi tedavi rejimi belirsizdir⁽¹¹⁻¹³⁾. Histeroskopik tedavi hemodinamik olarak stabil olan hastalarda başarıyla uygulanmıştır⁽¹⁴⁾.

Bu makalede, histeroskopik ve vakum aspirasyon

kullanılarak başarıyla tedavi edilen bir kornual gebelik vakası sunulmuştur.

OLGU

Son adet tarihi 28.10.2005 olan, 35 yaşındaki nullipar bayan hasta, özel bir klinikte servikal dilatasyon ve küretaj ile başarısız bir gebelik terminasyonu sonrası 20.12.2005 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurdu. Hasta düzenli bir menstrüel siklusa sahipti. Fizik muayenesi normal olan hastanın özgeçmişinde 2 yıl önce CIN-III nedeniyle uygulanmış konizasyon operasyonu mevcuttu. Yapılan jinekolojik muayenede, hafifçe büyümüş, mobil bir uterus ile yumuşak olmayan bir serviks mevcuttu. Transvaginal ultrasonografide, ultrason probu transvers pozisyonda tutulduğu zaman sağ kornual bölgede, CRL'ye göre 7-8 hafta ile uyumlu, kardiyak aktivitesi pozitif olan bir embriyo görüldü. Tanı diagnostik laparoskopi ile konfirme edildi (şekil I). Serum kantitatif β -hCG seviyesi 111.500 mIU/ml olup, hemoglobin seviyesi 13.6 g/dl idi.



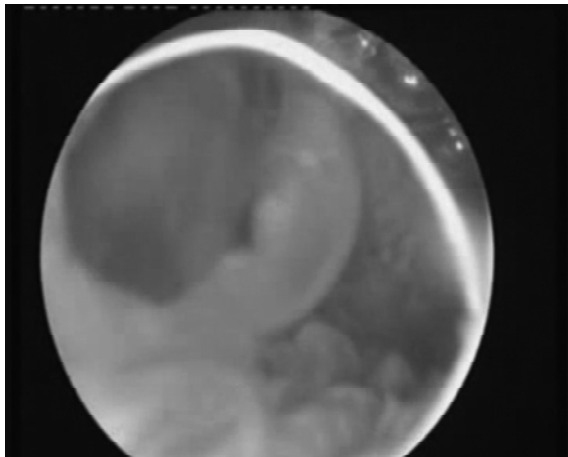
Şekil 1:

Nullipar bayanlarda kornual gebeliğin ciddi cerrahi riskleri nedeniyle hastaya ilk olarak metotreksat ile tıbbi tedavi uygulandı. Metotreksat dozu ve tedavi sonrası izlemi 1998 yılında ACOG bülteninde yayınlanan protokole göre düzenlendi⁽¹⁵⁾. Metotreksat tek doz rejimi ile 50 mg/m² intramusküler olarak uygulandı ve 4. ile 7. günlerde seri β -hCG seviyeleri ölçüldü. Serum β -hCG seviyesi 4. gün 84.643mIU/ml, 7. gün 76.239mIU/ml idi. Bunun üzerine, ilk tedaviden bir hafta sonra metotreksat tedavisi aynı dozda

tekrarlandı. İkinci doz sonrası serum β -hCG seviyesi, 4. gün 78.643mIU/ml, 7. gün 76.239mIU/ml olarak ölçüldü. Serum β -hCG seviyesinin plato çizmesi ve pozitif fetal kardiak aktivite nedeniyle (şekil II), sağ kornual gebeliğin terminasyonu için operatif histeroskopi ve vakum aspirasyonu uygulandı. Histeroskopik gözlemede, sağ kornual bölgede tubal ostiumdan görülen intakt koryoamniyon membranı ile bir embriyo tespit edildi (şekil 3). Sağ tubal ostiumu çevreleyen kalın myometrium halkası, tubal ostiumu dilate etmek için rezeke edildi. Koryoamniyon membran perfore edildi ve embriyo, L-Hook tipi operatif histeroskop tarafından sağ kornual bölgeden uterin kavitenin içerisine çekildi; sonra operatif histeroskopi işlemine son verilerek gebeliği termine etmek için vakum aspirasyonu uygulandı. Peroperatif transvaginal ultrasonografi ile gebeliğin tamamen termine edildiği konfirme edildi. Serum β -hCG seviyesi post-operatif 1. gün 19.632 mIU/ml, 10. gün , 403 mIU/ml ve 21. gün 5 mIU/ml olarak tespit edildi.

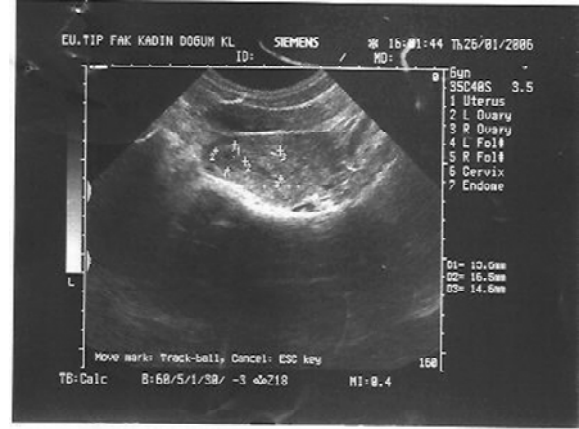


Şekil 2:



Şekil 3:

Operasyondan 1 ay sonra transvaginal ultrasonografide uterus normal olarak izlendi (şekil 4). Postoperatif 2. ayda yapılan kontrol laparoskopi ve histeroskopide uterus, tuba uterinalar ve uterin kavite normal olarak tespit edildi.



Şekil 4:

TARTIŞMA

Çok fazla uterin hasarın olduğu kornual gebeliklerde geleneksel tedaviler kornual rezeksiyon veya histerektomidir. Günümüzde artık gelişen hassas beta-hCG ölçümleri ve görüntüleme yöntemleri sayesinde ektopik gebeliğin erken tanısı olasıdır. Bu, hem daha az invaziv cerrahi tedavilerin, hem de medikal tedavilerin ektopik gebelik için uygulanmasını getirmiştir. Fizik muayene ve ultrasonografiyle kornual bir gebeliğin kesin tanısı konulamayabilir; bu da tanı koymak için laparoskopiyi gerektirir. Kornual gebeliklerin laparoskopi veya metotreksat ile başarılı tedavisi mümkündür fakat tanı ve tedavide histeroskopi nadiren kullanılmaktadır^(16, 17).

Cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, insidansı gittikçe artan ektopik gebelikler için minimal invaziv girişimlerin önünü açmıştır. Hemodinamik olarak stabil olan olgulara, histeroskopi ile dilate bir proksimal tubal ostium saptanması sonucu kornual gebelik tanısı konulabilir ve bunlar histeroskopi ile tedavi edilebilirler. Fallop tüpünün interstisyel segmentinin distal parçasında yerleşen bir ektopik gebelik histeroskopik tedavi için kolay olmayabilir. Yalnızca histeroskopi ile doğrulanmış bir dilate proksimal tubal ostium varlığında, transservikal konservatif cerrahi yönetimi düşünmek için gerekir⁽¹⁸⁾.

Histeroskopi ile vakum aspirasyonunun kombinasyonu, kornual ektopik gebeliğin tedavisi için minimal invaziv bir yaklaşımdır ve hastanın gelecekteki fertilitasını korur. Bu yaklaşım kornual gebelikten şüphelenilen vakalarda uygun bir tedavi alternatifidir.

KAYNAKLAR

1. Anon, Ectopic pregnancies: United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995;44:46-48.
2. Coste J, Bouyer J, Job-Spira N. Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence and risk factors. Fertilite Contraception Sexualite 1996; 24:135-39.
3. Weckstein LN, Boucher AR, Tucker H, Gibson D, Rettenmaier MA. Accurate diagnosis of early ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1985; 65: 393-97.
4. Ofili-Yebovi D, Cassik P, Lee C, Elson J, Hillaby K, Jurkovic D. The efficacy of ultrasound based protocol for the diagnosis of tubal ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 22 (suppl 1): 5.
5. Pisarska MD, Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. Lancet 1998; 351: 1115-20.
6. Ross R.; Lindheim S. R.; Olive D. L.; Pritts E. A. Cornual gestation: A systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. J Minim Invasive Gynecol. 2006 Jan-Feb; 13(1):74-8.
7. Pritchard JA, McDonald PC, editors. Williams' Obstetrics, 15 ed. SA. New York: Appleton-Century-Crofts, 1976:435.
8. Felmus LB, Pedowitz P. Interstitial pregnancy: a survey of 45 cases. Am J Obstet Gynecol 1953;66:1271-9.
9. Lund PR, Sielaff GW, Aiman EJ. In vitro fertilisation patient presenting in haemorrhagic shock caused by unsuspected heterotopic pregnancy. J Emerg Med 1989;7:49-53.
10. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999;72:207-15.
11. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the society of reproductive surgeons registry. Obstet Gynecol 2004;103:47-50.
12. Halperin R.; Vaknin Z.; Schneider D.; Yaron M.; Herman A. Conservative Management of Ectopic Pregnancy with Fetal Cardiac Activity by Combined local (sonographically guided) and systemic injection of methotrexate. Gynecologic and Obstetric Investigation; 2003; 56(3):148-151.
13. Verma U.; Jacques E. Case Report: Conservative Management of Live Tubal Pregnancies by Ultrasound Guided Potassium Chloride Injection and Systemic Methotrexate Treatment. Journal of Clinical Ultrasound Vol. 33, No. 9, December 2005.
14. Pal B, Akinfenwa O, Harrington K. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. Br JOG 2003;110:879-80.
15. ACOG Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. ACOG practice bulletin. December 1998, Number 3.
16. Laury D. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995;2:219-21.
17. Budnick SG, Jacobs SL, Nulsen JC, Metzger DA. Conservative management of interstitial pregnancy. Obstet Gynecol Surv 1993;48:694-8.
18. Katz D. L., Barrett J. P., Sanfilippo J. S., Badway D. M. Combined hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of interstitial pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1113-4.