

GEÇİRİLMİŞ LİNEER SALPINGOSTOMİ SONRASI SPONTAN HETEROTOPIK GEBELİK OLGUSU VE LAPAROSKOPIK TEDAVİ: OLGU SUNUMU

Ahmet Özgür YENİEL, Ahmet Mete ERGENOĞLU, Cem Yaşar SANHAL, İsmail Mete İTİL, Niyazi AŞKAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

ÖZET

Spontan heterotopik insidansı 1/30000 olarak bildirilmektedir. Geçirilmiş cerrahi öyküsü, özellikle tubal cerrahi ektopik gebeliğin etyolojisinde en önemli risk faktörlerinden biridir. Üreme çağıında bulunan ve salpingostomi ile tedavi öyküsü olan bir heterotopik gebelik olgusunu literatür eşliğinde sunduk. Sunulan hastanın sağlıklı vaginal doğum sonrası ektopik gebelik öyküsü bulunuyordu. Ektopik gebelik tedavisinde lineer salpingostomi seçeneği hasta ve eşi ile fertilitate isteği göz önünde bulundurularak tartışılmalıdır Bu olguların takip eden gebeliklerinde ektopik gebelik ve sunulan olgudaki gibi heterotopik gebelik akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: ektopik gebelik, lineer salpingostomi, spontan heterotopik gebelik

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9, Sayı: Ek 1, Sayfa: 1- 5

SUMMARY

A CASE OF HETEROTOPIC PREGNANCY AFTER LINEER SALPINGOSTOMY AND LAPAROSCOPIC MANAGEMENT: A CASE REPORT

Incidence of heterotopic pregnancy is definition that 1/30000. Prior surgery specially tubal surgery is one of the most important risk factors. We presented heterotopic pregnancy with literature that was in reproductive age and had prior ectopic pregnancy history treated by salpingostomy. In this patient had a succesful vaginal delivey before ectopic pregnancy.

Choice of lineer salpingostomy in treatment of ectopic pregnancy should be discussed with patient and her husband for future fertility. Next pregnancy of in these patient should be ectopic pregnancy and heterotopic pregnancy that we presented

Key words: ectopic pregnancy, lineer salpingostomy, spontaneous heterotopic pregnancy

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9, Issue: Supplement 1, Pages:1- 5

GİRİŞ

Heterotopik gebelik intrauterin ve ektopik gebeliğin birlikteliği olarak tanımlanmaktadır. Spontan oluşan gebeliklerde 1/30000 olan insidans, in vitro fertilizasyonla oluşan gebelikler dahil edildiğinde 1/3600 ile 1/100 arasında değişen oranlara yükselir^(1,2). Geçirilmiş cerrahi öykü, özellikle tubal cerrahi ektopik gebeliğin etyolojisinde en önemli risk faktörlerinden biridir. Geçirilmiş cerrahinin tubal lümenin bütünlüğünün bozulmasına, adezyonların oluşmasına ve tubal lümenin distorsiyonuna yol açarak ektopik gebelik için zemin hazırladığı düşünülmektedir^(3,4).

Heterotopik gebelik tanısını koyabilmek özellikle preoperatif dönemde oldukça güç olmakla birlikte erken tanı, maternal ve fetal risklerin azaltılması nedeni ile önemlidir^(5,6). Hastalar genellikle ilk trimesterde gebelik ve nonspesifik abdominal ağrıyla başvururlar. Heterotopik gebelik tanısını akılda tutarak yapılacak değerlendirme ve erken laparoskopik müdahale maternal morbiditeyi azaltarak intrauterin gebeliğin devamını sağlar⁽⁷⁾.

OLGU

25 yaşında, 6 yıllık evli, 5 yıl önce normal vajinal yolla doğumu olan, 3 yıl önce ektopik gebelik tanısıyla laparoskopik lineer salpingostomi yapılan ve son adet tarihine göre 9 haftalık gebeliği olan hasta karın ağrısı şikayetiyle bölümümüze başvurdu. Bilinen ek bir hastalığı olmayan ve laparoskopik salpingostomi dışında geçirilmiş cerrahisi olmayan hastanın tansiyon arteriyel (TA): 110/70 mmHg, nabız 80/dk, ateş: 36.5° C idi. Batın muayenesinde sağ alt kadran hassasiyeti vardı. Laboratuvar bulgularında herhangi bir anormallik yoktu. Jinekolojik muayenede; spekulum bakısında portio multipar görünümde ve temizdi. Yapılan transvajinal ultrasonografide uterus kavite içerisinde CRL'ye göre 9 hafta 2 günlük kalp atımları olan bir fetus, sağ adneksiyal alanda da CRL'ye göre 7 hafta 5 günlük kalp atımları olmayan bir başka fetus izlendi. Heterotopik gebelik tanısı konan hastaya bir gün sonra elektif şartlarda laparoskopi yapıldı. Pelvik gözlemde normal bir uterus ve sol adneksiyal alan mevcutken, sağ tarafta ampuller bölgede yaklaşık 4 cm'lik şiş, inflame görünümde mor renkli gebelik ürünü ihtiva eden bir tubanın olduğu görüldü. Bu tubanın daha

sonrası için fonksiyon görmeyeceği düşünülerek ve tekrarlayan ektopik gebelik tanısıyla salpenjektomi işlemi yapıldı. Hasta taburcu olurken intrauterin fetusun kalp atımının mevcut olduğu teyid edildi.

TARTIŞMA

Heterotopik gebelik intrauterin ve ektopik gebeliklerin aynı anda bulunma halidir. Olası risk faktörleri arasında geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, geçirilmiş pelvik cerrahi ve uterus anomalileri yer alır. Doğal gebeliklerde insidans 1/30000 gibi çok düşükken, yardımcı üreme tekniklerinin artış hızına paralel olarak giderek artmaktadır⁽⁸⁾.

Tanı ve tedavide yaşanacak gecikme hem hasta açısından hem de intrauterin yerleşimli fetus açısından önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olabilir. Zira ektopik yerleşimli gebelik başarıyla tedavi edildikten sonra bir çok vakada intrauterin gebelik devam etmektedir. Heterotopik gebeliğin erken tanı ve tedavisi ile intrauterin gebeliğin miada ulaşma olasılığı %70 olarak bildirilmektedir⁽⁹⁾.

Heterotopik gebelik ve ektopik gebelik olgularının teşhis ve tedavi yönünden karşılaştırıldıkları bir çalışmaya göre, heterotopik gebelik tanısını koymak mevcut intrauterin gebelik nedeni ile ektopik gebeliğe göre daha zordur. Aynı çalışmada hipovolemik şok, kan transfüzyon ihtiyacı gibi maternal- fetal morbidite ve mortaliteye katkısı olan etkenler heterotopik gebelik olgularında daha fazla bulunmuştur⁽¹⁰⁾.

Heterotopik gebeliklerin çoğu ilk trimesterde tanı almaktadır. Literatürde heterotopik gebeliklerin %70'inin gebeliğin 5-8. haftasında, %20'sinin 9-10. haftada ve %10'unun 11. haftadan sonra teşhis edildiği bildirilmiştir⁽¹¹⁾. Sunulan olguda intrauterin 9-10 haftalık tekiz gebelik mevcut idi.

Heterotopik gebelik olgularında mevcut olan intrauterin gebelik ektopik gebeliğin tanısında kullanılan human koryonik gonadotropin (hCG) ve progesteron tetkikini de anlamsızlaştırmaktadır. Tanıda kullanılan radyolojik yöntem, esas olarak transvajinal ultrasonografidir^(12,13). Ancak kesin güvenilir bir yöntem değildir. Literatürde transvajinal ultrasonografinin ektopik gebelik tanısındaki sensitivitesi %69-99 ve spesifitesi %84-99 olarak bildirilmiştir^(14,15). Uygunluk ve maliyet-etkinlik oranı açısından da genellikle başlangıçta kullanılan yöntemdir⁽¹⁶⁾. Bizim vakamızda

daha önce bilinen ektopik gebelik öyküsü olduğu için adneksiyal alanlar daha dikkatli bir şekilde incelenmiş ve heterotopik gebelik tanısı konmuştur.

Tek başına ektopik gebelik olgularının tedavisinde günümüzde bir çok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar arasında medikal olarak bekleme tedavisi ve metotreksat varken; cerrahi olarak laparotomik ya da laparoskopik salpingostomi ve salpenjektomi yer alır.

Tüm dünyada 1980'lerden bu yana laparoskopik girişim sayısında patlama olmuştur. Fakat aynı yorum gebelikleri devam eden hastalarda uygulanan laparoskopik yaklaşımlar için yapılamaz. Laparotomik prosedürler hastaya ve fetüse direkt uterin travma, uteroplental kan akışında ve oksijenizasyonda olumsuz değişim, anestezi analjezik ve antiemetiklerin teratojenik etkileri, insizyonel herni oluşumu, ilk trimestırda post-operatif abortus gelişimi, sonrasında ise erken doğum gibi riskler yükler⁽¹⁷⁾. Bunlara ek olarak gebelik esnasında yapılan laparoskopisinde kendine has olası riskleri vardır. Gebe uterusuna yönelik potansiyel mekanik problemler ve enstrumantasyon ve/veya pnömoperitonizasyonun fetus üzerine olası etkileri örnek olarak belirtilebilir⁽¹⁸⁾. Yakın döneme kadar gebelikte kullanımı kontrendike kabul edilen laparoskopinin, özellikle apendektomi ve kolesistektomi prosedürlerinde kullanımı ile ilgili yayınlanmış datalar her geçen gün artmaktadır. Bu grup hastalarda preterm eylem normal popülasyona göre daha sık bulunmuştur. İlk trimestırda yapılan girişimlerde dahi teratojenik anomalilerde artış saptanmamış, Hasson ve Veress iğneleri ile yapılan abdominal kanülasyonun her üç trimestırda da fetal ya da uterin yaralanmaya sebep olmadığı görülmüştür^(19,20).

Laparoskopik cerrahi esnasında oluşan hemodinamik değişiklikler oldukça iyi bilinmektedirler. Öncelikle CO₂ pnömoperitoneum kardiak indekste azalma, ortalama arteriyel basınçta artış ve sistemik vasküler dirençte de artış yapar⁽²¹⁾. Artmış intra-abdominal basınç venöz dönüş ve kardiak outputta azalma yaparken, artmış intrauterin basınç fetal perfüzyonda gerilemeyle sonuçlanır⁽²⁰⁾. Gebe olmayan hastalarda uygulanan laparoskopik operasyonlarda ortalama basınç 15 mmHg'ya sabitlenirken, fetal perfüzyonu en az derecede etkilemek için gebelerde bu değer 8 - 12 mmHg arasında tutulmalıdır⁽²²⁾. Maternal hiperkapni, fetal hiperkapni, taşikardi ve hipertansiyon gibi potansiyel yan etkilerinden korunmak amacıyla CO₂ insüflasyonunu esnasında end-tidal CO₂ basıncının 35

mmHg'dan daha düşük bir değerde tutulması önerilmektedir⁽²³⁾. Trokar yaralanma riski de haftayla birlikte artması olasıdır. İlk trokar tatbik edilirken doğrudan vizualizasyon yapılan Hasson tekniğini öneren yazarlar olsa da, klasik Veress iğnesi tatbiki sonucunda komplikasyon oranında ek artış saptanmamıştır^(20,24). İlk trimestırda umblikustan girişim güvenlidir. Ancak daha ileri haftalarda sol üst, sağ üst kadrantlar veya midklavikular hat daha uygundur. Gebelik gastrik özefageal reflü ve aspirasyona yatkınlık yarattığı için özellikle uzun süren girişimlerde hastanın pozisyonunun değiştirilmesi gerekmektedir⁽²²⁾.

Bu olguya daha önceki ektopik gebeliğinde tedavi olarak laparoskopik salpingostomi yapılmıştır. Özellikle gelecekte fertilité arzusu olan ve diğer tüpünde sorun olan olgularda lineer salpingostomi tercih edilebilir⁽²⁵⁾. Tubanın korunduğu bu yönteminin salpenjektomiyle karşılaştırılması sonucunda daha yüksek takip eden gebelik oranları olduğu görülmüştür⁽²⁶⁾. Lineer salpingostomi tuba korunarak gestasyonel dokunun çıkarılmasında göreceli olarak etkili bir yöntemdir. Bu yaklaşım salpenjektomiye göre gelecekteki fertilité ve intrauterin gebelik oranları açısından oldukça açık üstünlüğü vardır. Buna rağmen lineer salpingostomi 2 konuda riski arttırmaktadır. Bunlardan birincisi %8 oranındaki rezidüel persistan gestasyonel trofoblast oranıdır. Postoperatif dönemde yüksek kalan β -HCG seviyeleri bazı durumlarda ek cerrahi ya da metotreksat tedavisi gerektirir. Diğeri ise; salpenjektomi sonrası %10 olan takip eden gebelikteki ektopik gebelik yüzdesi, salpingostomide %15'dir⁽²⁶⁾. Bu artmış risklerden ötürü lineer salpingostomi sadece gelecekte fertilité arzusu olan hastalarda uygulanmalıdır. Bu vakanın bir önceki gebeliği ektopik gebelik tanısı aldığında yaşayan sağlıklı çocuğu vardı. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda lineer salpingostomi yerine salpenjektomi seçeneğinin daha uygun olabileceğini söyleyebiliriz.

Bizim görüşümüze göre olgunun bu seferki tedavisinde yapılması gereken tekrarlayan ektopik gebelik öyküsü nedeniyle salpenjektomidir. Olası riskler anlatılarak hastaya öncelikle laparoskopik önerilmiş ve uygulanmıştır. Normal ektopik gebelikten farklı olarak serviks tenekulumla tutulmamıştır. Genel anestezi altında batına klasik yöntemle umblikustan veress iğnesi tatbik edilmiştir. Uterus manipülasyonundan kaçınılmış ve salpenjektomi işlemi yapılmıştır.

Operasyon öncesi ve sonrasında hastaya intramusküler mikronize progesteron verilmiş ve post-operatif 3. gün ultrasonografik kontrol sonrasında taburculuk yapılmıştır.



Resim 1: İntrauterin yerleşimli CRL'ye göre 9 hafta 6 günlük canlı fetus görüntüsü.



Resim 2: Sağ adneksiyal alanda CRL'ye göre 7 hafta 5 günlük kalp atımları izlenmeyen bir başka fetusa ait görüntü.



Resim 3: İntrauterin ve ektopik gebeliğin aynı anda görüntülediği heterotopik gebelik görüntüsü.



Resim 4: Pelvik gözlemede normal bir uterus ve sol adneks mevcutken, sağ tarafta ampuller bölgede yaklaşık 4 cm çapında tubayı dilate eden, inflame görünümdede mor renkli gebelik ürünü ihtiva eden kitle izlendi.

KAYNAKLAR

1. Fernandez H, Gervaise A: Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. Hum Reprod Update 2004; 10: 503- 13.
2. Xiao HM, Gong F, Mao ZH, Zhang H, Lu GX: Analysis of 92 ectopic pregnancy patients after in vitro fertilization and embryo transfer. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2006; 31: 584- 7.
3. Chow W.H., Dailing, D.R., Cates, W. Jr et al: Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rew 1987; 9: 70- 94.
4. Tay, J.I., Moore, J., Walker, J.J.: Ectopic pregnancy BJM 2000; 320- 916- 9.
5. Hassiakos D, Bakas P, Pistofidis G, Creatsas G. Heterotopic pregnancy at 16 weeks of gestation after in-vitro fertilization and embryo transfer. Arch Gynecol Obstet 2002; 266: 124- 5.
6. Kambly Ambe A, Werner von der Meden Alarcon J, Garcia Leon JF, Reyes Cuervo H. Early diagnosis of heterotopic pregnancy with viability of the intrauterine fetus. Report of two cases and review of the literature. Gynecol Obstet Mex 1995; 63: 346- 8.
7. Khan MN, Rafique S, Ranaboldo RJ. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009;19(1):29-31 Laparoscopic management of heterotopic pregnancy-A rare cause of acute abdomen in women.
8. Johnson N, McComb P, Gudex G: Heterotopic pregnancy complicating in vitro fertilization. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1998; 38: 151- 5.
9. Soriano D, Shrim A, Seidman DS et al. Diagnosis and treatment of heterotopic pregnancy compared with ectopic pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9: 353- 8.

10. Jacobson A, Galen D. Heterotopic pregnancies and in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1990; 54: 179- 80.
11. Abusheikha N, Salha O, Brinsden P. Extrauterine pregnancy following assisted conception treatment, Review. *Hum Reprod Update* 2000; 6(1): 80- 92.
12. Sadek AL, Schiotz HA. Transvaginal sonography in the management of ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 293- 6.
13. Braffman BH, Coleman BG, Ramchandani P, Arger PH, Nodine CF, Nodine CF, et al. Emergency department screening for ectopic pregnancy: A prospective US study. *Radiology* 1994; 190: 797- 802.
14. Brown DL, Doubilet PM. Transvaginal sonography for diagnosis of ectopic pregnancy: Positivity criteria and performance characteristics. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 259- 66.
15. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, Bourne T. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 18: 37- 57.
16. Shaley E, Yarom I, Bustan M, Weiner E, Ben- Shlomo I. Transvaginal sonography as the ultimate diagnostic tool for the management of ectopic pregnancy: experience with 840 cases. *Fertil Steril* 1998; 69: 62- 5.
17. Glasgow RE, Visser BC, Harris HW, et al. Changing management of gallstone disease during pregnancy. *Surg Endosc.* 1998; 12: 241- 6.
18. Abuabara SF, Gross GWW, Sirinek KR. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy is safe for both mother and fetus. *J Gastrointest Surg.* 1997; 1: 48- 52.
19. Rollins MD, Chan KJ, Price RR. Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy. A new standard of care. *Surg Endosc.* 2004; 8: 237- 41.
20. Lyass S, Pikarsky A, Eisenberg H, et al. Is laparoscopic appendectomy safe in pregnant women? *Surg Endosc.* 2001; 15: 377- 9.
21. Steinbrook RA, Bhavani-Shankar K. Hemodynamics during laparoscopic surgery in pregnancy. *Anesth Analg.* 2001; 93: 1570- 1.
22. Lemaire BM, van ErpWF. Laparoscopic surgery during pregnancy. *Surg Endosc.* 1997; 11: 15- 8.
23. Amos JD, Schorr SJ, Norman PF, et al. Laparoscopic surgery in pregnancy. *Am J Surg.* 1996; 171: 435- 7.
24. Affleck DG, Handrahan DL, Egger MJ, Price RR. The laparoscopic management of appendicitis and cholelithiasis during pregnancy. *Am J Surg.* 1999; 178: 523- 8.
25. Ehrenberg-Buchner S, Sandadi S, Moawad NS, Pinkerton JS, Hurd WW. Ectopic Pregnancy: Role of Laparoscopic Treatment. *Clin Obs Gyn* 2009; 52 (3): 372- 9.
26. Murray H, Baakdah H, Bardell T, et al. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ.* 2005; 173: 905- 12.