

KORNUAL EKTOPIK GEBELİĞİN FETROSİT VE METOTREKSAT İLE TEDAVİSİ

Volkan TURAN, Gülşah Demirtaş SELVİ, Ömer DEMİRTAŞ, Fuat AKERCAN, Nedim KARADADAS

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

ÖZET

Amaç: Kornual ektopik gebeliğin tanısı, yönetimi ve tedavisinin değerlendirilmesi.

Olgu: 28 yaşında primigravid olgunun takiplerinde sol kornual bölgede baş popo uzunluğuna (CRL) göre 11.5mm (7 hafta 2 gün) ile uyumlu, myometrial tabakayı oldukça incelten fetal kalp atımları (FHR) pozitif embriyo saptandı. Transabdominal ultrason eşliğinde gestasyonel sak içerisine 2cc potasyum klorür infüze edildi. 12 saat sonra gestasyonel sak kollabe ve FHR (-) saptandı. Rezidü trofoblastik aktivite için 75 mg intramuskuler metotreksat yapıldı. 19 gün boyunca yaptığımız seri β hcg ve ultrason ölçümleri ile hasta takip edildi. Gebelik ürününün parsiyel rezolüsyonu ve β hcg'de düşüş izlendi. Transabdominal ultrason eşliğinde yapılan aspirasyon küretaj sonrasında fetoplasental bütünlük tamamen bozuldu.

Sonuç: Kornual gebelik ender görülen bir ektopik gebeliktir. Maternal mortalitenin diğer tubal gebeliklere oranla yüksek olmasından dolayı son derece önemlidir. Sık nedenleri; geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü, tubal hastalık, ipsilateral salpenjektomi, in vitro fertilizasyon ve pelvik adezyonlardır. Tedavi konservatif tıbbi tedavi veya cerrahi tedavi olabilir. Bizim kullandığımız yöntem fertilité korumaya yönelik olup histerektomiye kadar gidebilen tedavi seçenekleri mevcuttur. Bu yüzden tedavi kişiselleştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: kornual ektopik gebelik, potasyum klorür

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt: 7 Sayı: 1 Sayfa: 49- 52

SUMMARY

TREATMENT OF CORNUAL ECTOPIC PREGNANCY WITH METHOTREXATE AND FETOCIDE

Objective: The diagnosis, follow up and the treatment of a patient with cornual ectopic pregnancy

Case: We present a case who has a pregnancy on the left cornual side of the uterus and seen corresponding with 7 weeks 2 days after ultrasound investigation with positive fetal heart rate (FHR +). Myometrial thickness was thinner than normally in this area. 2cc potassium chloride was injected into the gestationel sac under the guidance of transabdominal ultrasonography. Detection after 12 hours, we determined that gestationel sac had collapsed and FHR was negative. For residuel trophoblastic activity 75 mg intramuscular methotrexate was applied. The patient was followed up with the level of β hCG and transvaginal ultrasonography for 19 days. Partial resolution of sac and deceleration at the level of β hCG was determined. Uterin cavity was evacuated and gestationel sac was impaired totally under the guidance of transabdominal ultrasonography after these following processes.

Yazışma adresi: Asistan Volkan Turan. 6023 sok. no: 2 d: 14, Karşıyaka, İzmir

Tel.: (0505) 911 37 36

e-posta: volkanturan@yahoo.com

Alındığı tarih: 12.05.2009, revizyon sonrası alınma: 20.06.2009, kabul tarihi: 29.06.2009, online yayım tarihi: 18.09.2009

Result: *Cornual ectopic pregnancy is rarely seen. It is so important that maternal mortality is higher than the other ectopic pregnancies. Ipsilateral salpingectomy, previous ectopic pregnancy, in vitro fertilization, pelvic adhesions are predisposing factors for interstisyel pregnancy. Treatment can be conservative or operative. Although preserving fertility is an advantage of our method, sometimes hysterectomy can be necessary. So the treatment shows difference patient to patient.*

Key words: *cornual ectopic pregnancy, potassium chloride*

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol: 7 Issue: 1 Pages: 49- 52

GİRİŞ

Ektopik gebelik tüm gebeliklerin %2'sinde görülüp ilk trimesterde gebeliğe bağlı en yaygın maternal mortalite nedenidir⁽¹⁾. Fallop tüpü ektopik gebeliğin en sık görüldüğü yerdir. Ultrasonda ayrı bir adneksiyel kitle ve “tubal ring” işareti tubal gebeliğin önemli bulgularıdır⁽²⁾. Ektopik gebeliğin diğer türleri; kornual, servikal, ovarian, abdominal ve sezaryen skarı üzerinde yerleşenlerdir. Literatürde kornual gebelikte interstisyel tanımlarını aynı tutanların yanı sıra; interstisyel gebeliği tubanın myometrial segmentine yerleşen, kornual gebeliği ise bikornuat uterus veya septat uterusu implante olan blastokist olarak tanımlayan otörler bulunmaktadır⁽³⁾. Kornual gebelik tüm ektopik gebeliklerin %2-4 arasında görülüp, maternal mortalite oranı %5'lere varmaktadır. Tubanın en çok kanlanan ve genişleyebilme özelliğinden ötürü rüptür halinde mortalitenin en yüksek olduğu tubal gebeliktir.

Eksantrik gestasyonel sak veya heterojen kitle, anormal incelmış myometrial örtü veya anormal görünümlü interstisyel çizgi ile yüksek oranda spesifite (%98) ve sensitiviteye (%80) sahiptir⁽⁴⁾. Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesinden dolayı heterotopik gebeliklerde de rastlanmaktadır. Biz burada 28 yaşında takiplerinde transvajinal ultrason ile sol kornual ektopik gebelik saptadığımız ve tedavi olarak gestasyonel sak içerisine potasyum klorürle beraber tek doz intramuskuler 75 mg metotreksat yaptığımız; takip sonunda aspirasyon küretaj ile fetoplasental bütünlüğün bozulup konservatif yaklaştığımız bir vakayı sunuyoruz.

OLGU

28 yaşında, 3 yıllık evli, daha önce gebelik geçirmeyen olgu; takiplerinde sol kornual bölgede CRL: 11,5 mm (7 hf 2 gün) ile uyumlu FHR(+) tek fetus saptanması

üzerine yatırıldı. Sol kornual bölgedeki myometrium ileri derecede incelmışti. (4mm) β Hcg: 53000 mIU/ml, progesteron düzeyi: 60 ng/ml idi. Vajinal kanama veya abdominal hassasiyet yoktu. Hastaya 22 gauge'luk iğne ile transabdominal ultrason eşliğinde gestasyonel sak içerisine girilerek 2 cc potasyum klorür verildi. 12 saat sonra hasta tekrar transabdominal ultrasonla değerlendirildi. Gestasyonel sak kollabe olmuş, retrokoryonik bir kanama alanı saptanmış ve FHR negatif olmuştur. Takiben hastaya rezidüel trofoblastik aktiviteyi baskılamak için 75 mg intramuskuler metotreksat yapıldı. Olgu bu şekilde takibe alındı. β Hcg miktarındaki düşmenin anlamlı olması sonucu ikinci bir metotreksat dozu yapılmasına gerek duyulmadı. (intramusküler metotreksat yapılmasını takiben 4. ve 7. gündeki β Hcg seviyeleri arasında %15 'den fazla azalma olması). Sak içerisine potasyum infüzyonundan 19 gün sonra yapılan transvajinal ultrasonda 24 mm'lik düzensiz gestasyonel kese saptandı ve embriyo net ayırt edilemedi. Gebelik ürünü bir miktar rezorbe olmuş ve myometrium duvar kalınlığı göreceli olarak artmıştı. Bu esnada β hcg: 8400 mIU/ml progesteron: 8ng/ml idi. Hastada ateş yükseklikleri, C reaktif protein ve lökosit sayısında artış boy göstermeye başladı. İntravenöz antibiyoterapiyi takiben cerrahi girişim planlandı. Olası bir uterus rüptürü ve atoni riskine karşın hastaya 6 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlanarak ameliyathane koşullarında intravenöz genel anestezi altında transabdominal ultrason eşliğinde 6 nolu karmen kanülüyle aspirasyon küretaj uygulandı. Trofoblastik aktivitesi azalmış bölgeden daha az kanamayla myometrium zorlanmadan yaklaşık 20-25 cc fetoplasental materyal aspire edildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta tekrar β Hcg takibine alındı.

TARTIŞMA

Kornual gebelik tüm tubal dış gebeliklerin %2 sini oluşturur. En sık nedenleri geçirilmiş ektopik gebelik

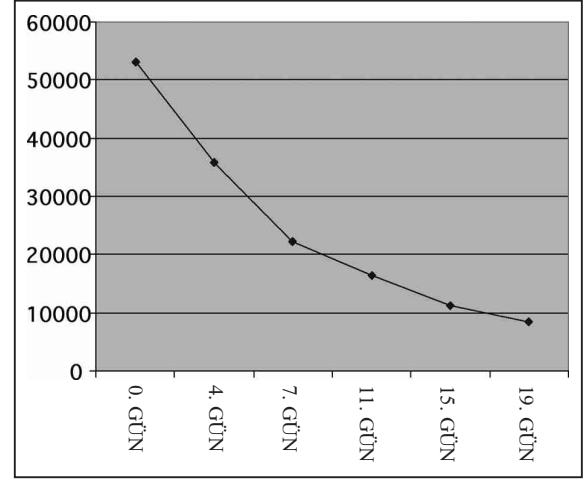
öyküsü, tubal hastalık, ipsilateral salpenjektomi, in vitro fertilizasyon ve pelvik adezyonlardır⁽⁵⁾. Marian Morgan ve ark. yaptıkları araştırma sonucunda interstisyel gebeliğin ultrasonografik tanısının doğruluk payı %71 olarak bildirilmiştir⁽⁶⁾. Tanı ne kadar erken konulursa tedavi seçeneği o kadar artmakta ve fertilitiyi korumak daha kolay olmaktadır. Bizim olgumuz asemptomatikti ve transabdominal ultrasonla tanı koyuldu. Bunun dışında bu hastalardaki anormal β hcg ve progesteron düzeyleri dışında, pelvik dopplerde kornual bölgede erken plasantasyonun göstergesi olan yüksek velosite ve düşük empedans ile karakterize trofoblastik kan akımı paterni izlenebilir⁽⁷⁾.

Kornual ektopik gebeliğin tedavisi konservatif medikal tedaviden cerrahi tedaviye kadar değişir. Medikal tedavide tedavi sırasında oluşabilecek bir rüptür ve abondan batın içi kanamalar risk oluştururken, cerrahi tedavide yapılabilecek histerektomi kişinin çocuk sahibi olma hayallerini yıkar. Bundan dolayı Habana ve ark. tedavinin kişiselleştirilmesini önermişlerdir⁽⁸⁾. Ultrason rehberliğinde, laparoskopi veya histereskopi ile beraber lokal potasyum klorid, metotreksat ve prostoglandin uygulamaları bildirilmiştir^(9,10). Monteagudo ve ark. 2005 yılında yaptıkları ve 18 ektopik gebeden oluşan seride ultrason eşliğinde bir kısmına lokal metotreksat bir kısmına lokal potasyum klorid yapılmış, tüm vakalarda 1-2 dakika içinde fetal kalp atımları tamamında durmuştur⁽¹¹⁾. Yine Doubilet ve ark. özellikle heterotopik gebeliklerde yapılacak ultrason rehberliğinde lokal girişimlerin ektopik gebeliğin sonlandırılmasının yanısıra intrauterin gebeliğe izin verdiğini ve uterusu sonraki doğumlar için koruduğunu yayınlamışlardır⁽¹²⁾. Medikal tedavi dışında hemodinamik olarak stabil hastalarda laparoskopi; laparotomik kornual rezeksiyon veya histerektomiye iyi bir alternatiftir. Macrae ve ark laparoskopinin hem tanı hem tedavide kullanılıp seçilmiş olgularda yapılan kornuostominin son derece güvenli olduğunu belirtmektedirler⁽¹³⁾.

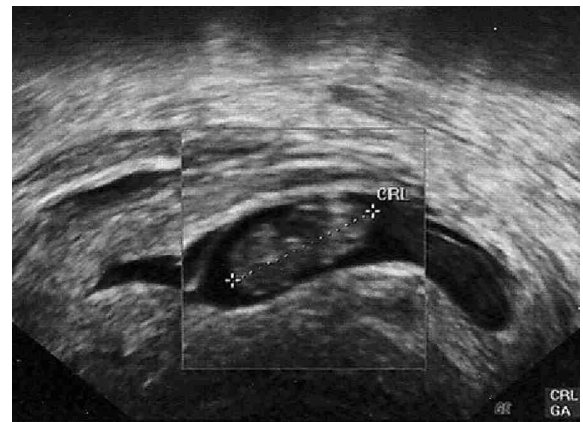
Bizim olgumuz 28 yaşındaydı, hiç çocuğu yoktu ve çocuk istemi vardı. Transabdominal ultrason rehberliğinde gestasyonel sak içerisine 2 cc KCl enjekte edildi, (KCl, FHR'yi daha hızlı durdurduğu için metotreksata tercih edildi). 12 saat sonra FHR (-) gözlemlendi. Rezidüel trofoblastik aktivite için 75 mg intramusküler metotreksat uygulandı. Yaklaşık 3 haftalık bir takipten sonra gerekli hazırlıklar yapılarak (gerekli kan ve plazma hazırlığı, hastanın olası bir histerektomiye

karşı bilgilendirilmesi) aspirasyon küretaj gerçekleştirildi. Herhangi bir komplikasyon gerçekleşmedi. Böylelikle konservatif bir yöntem kullanılarak fertilitiyi de korundu.

Tablo 1: Intraamniotik KCl ve takiben yapılan intramusküler metotreksat (0. gün) sonrası takipte β hcg seviyeleri.



Resim 1: Gestasyonel sak içerisine KCl verilmeden önceki FHR(+) sol kornual gebelik.



Resim 2: Gestasyonel sac içerisine KCl verildikten 12 saat sonra FHR (-), sak kollabe olmuş ve retrokoryonik kanama alanı oluşmuş.

KAYNAKLAR

1. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Lau S, Tulandi T. *Fertil Steril*. 2000 May; 73(5): 1063- 4.
2. Chetty M, Elson J. Treating non-tubal ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Feb 1.
3. Deniz Balsak, Murat İnal, Yusuf Yıldırım, R. Soner Öner, Şivekar Tınar Rüptüre Olmamış Kornual Gebeliğin İntravenöz Methotrexate İle Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(1): 65- 7.
4. Ramírez Arreola L, Nieto Galicia LA, Escobar Valencia A, Cerón Saldaña MA [Cornual ectopic pregnancy. A report of a case and five-year-retrospective review] *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75(4): 219- 23.
5. Novak Gynecology Jonathan S. *Berek Ectopic Pregnancy* 2005; 17: 507- 43.
6. Marian Morgana, M. Aziza, M. Mikhaila, M. Heneinb and R. Atallaa Ultrasound guided treatment of cornual ectopic pregnancy *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003; 25(3): 272-5.
7. Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006; 13(1): 74- 8.
8. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 185(2): 522.
9. Benifla JL, Fernandez H, Sebban E, Darai E, Frydman R, Madelenat P Alternative to surgery of treatment of unruptured interstitial pregnancy: 15 cases of medical treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1996; 27: 70(2): 151- 6.
10. Ghazeeri GS, Phillips OP, Emerson DS, Kutteh WH, Ke RW Live birth after treatment of a heterotopic cornual pregnancy with fetal intrathoracic KCl. A case report. *J Reprod Med*. 2002; 47(12): 1038- 40.
11. Monteagudo A, Minior VK, Stephenson C, Monda S, Timor-Tritsch IE Non-surgical management of live ectopic pregnancy with ultrasound-guided local injection: a case series: *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005; 25(3): 282- 8.
12. Doubilet PM, Benson CB, Frates MC, Ginsburg E Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies *J Ultrasound Med*. 2004; 23(3): 359- 70.
13. Macrae R, Olowu O, Rizzuto MI, Odejinmi F Diagnosis and laparoscopic management of 11 consecutive cases of cornual ectopic pregnancy *Arch Gynecol Obstet*. 2008 Dec 16.