

Poster Bildiri Özetleri

(PB-001 — PB-129)

PB-001

Sezaryen skar gebeliği: Metotraksat tedavisi ve vajinal kanama

Sükran Esra Özkaplan, İbrahim Özduvak, Ayşe Özboz

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Sezaryen skar gebeliği (SSG) nadir görülen dış gebelik çeşitlerindendir. Skar gebeliğinin görülme oranı 1/1800 ile 1/2216 arasında değişir. Oluş mekanizması muhtemelen myometriumun mikroskopik invazyonudur. Myomektomi, geçirilmiş sezaryen (c/s), dilatasyon küretaj (D/C) gibi uterus cerrahileri sonrası oluşur. Erken tanı ve tedavi, komplikasyonlardan korunmak ve fertilitenin devamı için önemlidir. Olgumuzda cerrahi yaklaşımı reddeden hastada metotreksat (MTX) tedavisi sırasında gelişen uzun süreli vaginal kanamanın yönetimini paylaşmak istedik.

Olgu: 38 yaşında bir kez C/S öyküsü olan hastanın son adet tarihine göre 9w gebeliği olması gerekiyordu. Hasta hastanemize başvurudan 12 gün önce dış merkezde ektopik gebelik öntanısı ile diagnostik laparoskopi (L/S) ve D/C olmuş, adneksler ve uterus normal olarak değerlendirilmiş, ovarian ektopik gebelik şüphesiyle overden wedge rezeksiyon yapılmış. Hastanın patoloji sonuçları corpus luteum kisti ve proliferatif endometrium olarak rapor edilmişti. Hasta kanama ve ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan abdominal ve trans vajinal ultrasonografisinde; mesane ön yüzüne protrüze 32 mm çapta fetal kalp atımı (FKA) (-) CRL 7w Tip 2 scar gebeliği mevcuttu. Hastaya operasyon önerildi ancak ikinci kez operasyonu kabul etmedi ve yatırılarak MTX (50 mg/m²) tedavisi başlandı 11843 beta-hCG değeri ile kabul edilen hasta 7. gün değerini 5778 e düşmesi üzerine taburcu edildi. Günde 3 ped kanaması olan hastaya günde 2 kez progesteron tedavisi başlandı. MTX tedavisinden 20 gün sonra hasta bol vajinal kanama ile acile başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın Hb değeri 8.2, beta-hCG değeri ise 2345 idi. Hastaya üç ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Progesteron tedavisinin yanına kombine oral kontraseptif (KOK) 2x1 ve demir tedavisi verilerek hasta externe edildi. Poliklinik takibinde hastanın kanamasının azalarak da olsa devam etmesi üzerine metilergonovin 2x1 verildi ve rutin aralıklarla poliklinikte takip edildi. Hasta kabulden tam 2 ay sonra beta-hCG değeri (0) oldu. Kanamasının azalması nedeniyle sırasıyla önce metilergonovin, progesteron tedavisi basamaklı olarak ke-

sildi. 1x1 KOK tedavisi ile hastanın kanaması kontrol altına alındı. Mevcut kitlenin transvajinal ultrasonografi görüntüsünden kaybolması ise 5 ay sürdü. 5 ayın sonunda KOK tedavisi de sonlandırılarak takibine son verildi.

Sonuç: SSG tedavisinde L/T veya L/S ile wedge rezeksiyon, D/C, metotraksat uygulanması (sistemik ya da lokal), histerektomi eşiliğinde küretaj ve uterin arter embolisi kullanılmaktadır. Kese ağırlıklı olarak fibröz doku ile çevrili olduğundan beta-hCG değeri geç düşecektir. D/C uygulaması ile hastaların %76'sında masif kanama olduğu bildirilmektedir. Fertilité korunması ve rekürrens önlenmesi açısından ise wedge rezeksiyon önerilmektedir. Bu olguda hasta opere olmayı ve histerektomi riskinden dolayı, kanamayı kontrol altına alma açısından teklif edilen küretajı red ettiği için vajinal kanamayı kontrol altına almak uzun sürmüştür. Mevcut gebelik zaten mesaneye protrüze Tip 2 SSG olduğundan D/C mümkün değildi. Vajinal kanama ise muhtemelen sac etrafındaki arteriovenoz malformasyon dolayısı ile olduğundan da küretajla fayda alınamayabilirdi. Hastanın tedavisinin kısa sürede tamamlanabilmesi için operasyon iyi bir seçenek olarak gözükmektedir.

PB-002

20. haftada rüptüre olan bir nonkomunikan rudimenter horn olgusu

Sükran Esra Özkaplan, Ayşe Özboz, İbrahim Özduvak

SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Gerçek sıklığı tam bilinmemekle birlikte konjenital uterin anomalilerin insidansının %0001 ile %10 arasında olduğu tahmin edilebilmektedir. Bu kadınların %25'inde fertilité problemleri mevcuttur. Gebe kalanlarda ise perinatal mortalite ve morbidite artmıştır. Rudimenter hornun sıklığı tam olarak bilinmese de 1/1600 kadardır. Gebelik öncesi ya da ilk trimesterde tanımak zordur. Biz bu vakada gebeliğin erken döneminde tanı almamış, 20. hafta da akut batın tablosu ile karşımıza gelen rüptüre bir rudimenter horn olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında ilk gebeliği olan ve il dışında düzensiz takibi olan hasta polikliniğe idrar yaparken ağrı şikayetiyle başvurdu. Fetal ultrason parametreleri 20. hafta ile uyumlu idi ve vital bulguları normal olan hastanın Hb değeri 12.5 g/dl ve

bol lökositüresi mevcuttu. Hastaya idrar yolu enfeksiyonu tedavisi verildi. Bir hafta sonra hastanın Hb 5.9 g/dl, beyazkürresi 37 bin, sistolik/diastolik kan basıncı 90/60 mmHg ve kalp atım hızı 110 atım/dk ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde batın distandü idi, vajinal kanama yoktu ve collum kapalı idi. Transabdominal ultrasonografide: batın içi yaygın mai ve koagulum, fetal kalp atışı olmayan 20 w ile uyumlu fetus, uterus sınırları normal ve overler normal olarak rapor edildi. Hasta cornual gebelik, ektopik gebelik rüptürü ön tanısı ile eritrosit replasmanı yapılarak sipinal anestezi altında laparotomiye alındı. Batın içinde üç litre kadar kan ve koagulum mevcuttu. Plasenta ve fetus abdomende idi, her iki over ve tubası sağlam kendine ait ligamentum rotundumu olan sol rüptüre rudimenter horn görünümü mevcuttu. Adnexler korunarak rudimenter horn exize edildi ve batın temizliği sonrası vaka sonlandırıldı. Klinik olarak stabil olan hasta postoperatif dönemde servise alındı.

Sonuç: Litaretürde non komünikan horn gebeliklerin %70'inin rüptüre olduğu ve maternal mortalitenin %0.5'e ulaştığı belirtilmiştir. Malforme uterus, normal uterus kadar genişlemeyeceği için terme ulaşan birkaç olgu bildirilmişse de genelde ikinci trimester başında rüptür oluşur. Bu tür gebeliklerin rüptür öncesi tanı alması çok nadirdir. Bu olgudada olduğu gibi fetal ultrasonografi yapılırken fetus dışındaki oluşumları değerlendirme dışında tutmak rüptür öncesi tanını mümkün kılmamaktadır. Horn gölgelemes ise pelviste boş uterusu görmek mümkün olabilir. Sonuç olarak bu vakadaki gibi acil laparotomi gerektiren durumlardan kaçınmak için, gebelik öncesi ve gebeliğin özellikle ilk trimester muayenesinde şüpheli bir yaklaşımla ayrıntılı ultrasonografi yaparak hasta değerlendirilmelidir.

PB-003

Gebelikte akut batın olgu sunumu: Rüptüre non-komünikan rudimenter horn gebeliği

İlay Gözükar¹, Nesrin Atıcı², Oya Karapınar¹, Arif Güngören¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay, ²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Unikornuat uterusda rudimenter horn gebeliği oldukça nadir görülen bir klinik durumdur. Literatürde 76.000–150.000 gebelikte bir bildirilmiştir. Biz bu yazıda 15 hafta non-komünikan rudimenter horn gebelik rüptürü olgusunu sunduk.

Olgu: Yirmi üç yaşında kadın hasta akut batın ve hipovolemik şok tablosunda acil servise getirildi. Hastanın hikayesinden 3 saat önce başlayan bulantı, kusma ve sonrasında genel durumda bozulma olduğu öğrenildi. İki vajinal doğum hikayesi olan ve son adet tarihini bilmeyen hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Sistemik değerlendirmesinde genel durumu

kötü, tansiyon arteriyel 70/40 mmHg, nabız 115/dakika olarak saptandı. Acil şartlarda yapılan abdominal ultrasonografide batında yaygın mayi ve batın içerisinde 15 hafta ile uyumlu tek ex fetus izlendi. Uterus pelviste fetal yapılardan ayrı, konturları düzenli olarak görüldü. Adneksiyel yapılarda patolojik görünüm izlenmedi. Tam kan sayımında Hb 6.4 g/dl ve Htc %24 bulundu. Hastaya acil şartlarda laparotomi planlandı. Peroperatif 3 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma verilen hastada göbek altı vertikal insizyonla batına girildi. Batın içerisinden yaklaşık 2000 cc kanama aspire edildikten sonra sağ rudimenter hornun rüptüre olduğu ve solda unikornuat non-komünikan uterus olduğu görüldü. Batın içerisinden fetus ve ekleri çıkarıldı. Rudimenter horn eksize edildi Postoperatif takiplerinde ek problemi olmayan hasta Hb 9 g/dl ile taburcu edildi.

Sonuç: Müllerian anomaliler ilk kez 1979 da Buttram ve Gibbons tarafından tanımlanmış ancak daha sonra Amerikan Üreme Tıbbı Derneği tarafından 1988 de revize edilmiştir. Anomaliler arasında unikornuat uterus asimetrik müllerian füzyon defektidir ve genellikle normal bir kaviteye eşlik eden tuba, over mevcuttur. Etkilenen müllerian kanal gelişmeyebilir veya parsiyel gelişim göstererek rudimenter horn olarak izlenebilir. Bu rudimenter yapıların çoğu uterusla iletişim göstermemekte ve çoğunlukla asemptomatik seyretmektedir. Genel popülasyonda 4000 kadında bir görülen bu klinik durum infertil kadınlar arasında daha sık görülmesine rağmen obstetrik komplikasyonlar da bu hastalarda izlenebilir. Literatürde unikornuat hastalarda ki obstetrik komplikasyonlar arasında %2.7 ektopik gebelik, %24.3 ilk trimester abort, %9.7 ikinci trimester kaybı, %20.1 preterm eylem, %10.5 intrauterin fetal kayıp bildirilmiştir. Bu vakada da uterin rüptür ile ilk kez tanı alan non-komünikan rudimenter horn gebeliği olan hasta değerlendirilmiştir. Hastanın daha önce iki normal doğumu olmasına karşılık 3. gebeliği rudimenter hornunda yerleşmiş ve gebeliğin 15. haftasında rüptüre olarak masif kanamaya sebep olmuştur. Bu durum intraperitoneal sperm ve ovum migrasyonu veya karşı tubadan fertilize ovumun peritoneal kaviteye geçmesiyle açıklanabilir. Rüptür zamanı çalışmalarda 5–35. haftalar arasında değişmekle birlikte çoğu vaka 20. haftanın altında katastrofik klinik tablo ile tanı almıştır. Tanıda ultrasonografi yardımcı olsada duyarlılığı %26 civarında ve bunun da gebelik haftası ilerledikçe azaldığı bildirilmiştir. Bu sebeple tanıda klinisyenin şüphesi öne çıkmaktadır. Bu vakada da ayrı uterus USG'de görülmüş ancak rudimenter horn görülebilmiştir. Bu hastalarda klasik yaklaşım rudimenter horn gebeliğinin tanısının konmasıyla birlikte cerrahi uygulanmasıdır. Vajinal doğumun kontraendike olduğu bu durumda hastalara laparotomi ile rudimenter hornun çıkarılması böylece tekrarlayan ektopik gebelikten kaçınılması tavsiye edilmektedir. Rudimenter horn gebeliğinde; klinik şüphe, erken tanı ve uygun zamanlı laparotomi maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.