

Olgu Sunumu

Yardımla Üreme Teknikleri ve Heterotopik Gebelik; Bilateral Tubal ve İntrauterin Gebelik

İsmail ÇEPNİ, Pelin ÖÇAL, Ali BENİAN, Mehmet İDİL

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - İSTANBUL

ÖZET**YARDIMLA ÜREME TEKNİKLERİ VE HETEROTOPIK GEBELİK; BİLATERAL TUBAL VE İNTRAUTERİN GEBELİK**

Giriş: Heterotopik gebelik aynı anda intrauterin ve ekstra uterin gebeliğin birlikte bulunduğu oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Bununla birlikte yardımla üreme tekniklerindeki artış, heterotopik gebelik insidansını artırmaktadır. Heterotopik gebeliklerin erken teşhisi, mortalite ve morbidite açısından özellikle de gelecekteki fertilité açısından önemlidir.

Olgu : Yardımla üreme tekniği sonucu oluşan gebelik, altı haftalık iken missed abortus endikasyonu ile bir başka merkezde kürete edilmiş. Kasık ağrılarının devam etmesi ve vajinal kanama şikayetlerinin eklenmesi nedeni ile yapılan muayene ve transvajinal ultrasonografide her iki adneksiyel bölgede kitlelerle uyumlu bulgular saptandı . Akut batin endikasyonu ile yapılan eksplorasyonda, bilateral ektopik gebelik düşünüldü ve bilateral salpingotomi yapıp, tubalardan gebelik materyalleri çıkartıldı. Patolojik inceleme bilateral ektopik gebeliği göstermekteydi.

Sonuç: Yardımla üreme teknikleri gebeliklerinde, ilk 12 gebelik haftasında kanama ve ağrı ile başvuran hastalarda, heterotopik gebelik akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Heterotopik gebelik, Yardımla üreme teknikleri

SUMMARY**HETEROTOPIK PREGNANCY AND ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES : BILATERAL ECTOPIC PREGNANCY AND INTRAUTERIN PREGNANCY : A CASE REPORT**

Background : Heterotopic pregnancies, simultaneous presence of intrauterine and extrauterine pregnancies is a relatively rare condition.

However, treatment for assisted reproductive technologies has dramatically increased the incidence of this condition. Early diagnosis of heterotopic pregnancy is important to decrease mortality and morbidity and to preserve future fertility.

Case: A six weeks pregnancy obtained with ART had been evacuated at another institution with dilatation and curettage due to missed abortion .Bilateral adnexial masses were detected with gynecologic examination and transvaginal ultrasonography, which were done due to persisting lower abdominal pain and vaginal bleeding. Explorative laparotomy was done due to acute abdomen and intraoperative findings were correlated with bilateral ectopic pregnancy. Bilateral salpingotomy was done and pathologic examination revealed bilateral ectopic pregnancy.

Conclusion: In pregnancies less than 12 weeks gestation, complicated with abdominal pain and vaginal bleeding, if it was obtained with assisted reproductive technologies, heterotopic pregnancy should be discarded.

Key words: Heterotopic pregnancy, Assisted reproductive technologies

Heterotopik gebelik, intrauterin ve ektopik gestasyonun aynı zamanda oluşmasıdır. 1948 'de De voe ve Pratt'in çalışmasında bu oran 1/30000 olarak bildirilmiştir (1). Yardımla üreme tekniklerinin (YÜT) uygulanması ile birlikte bu oran artmıştır (2). Biz bu yazımızda yardımla

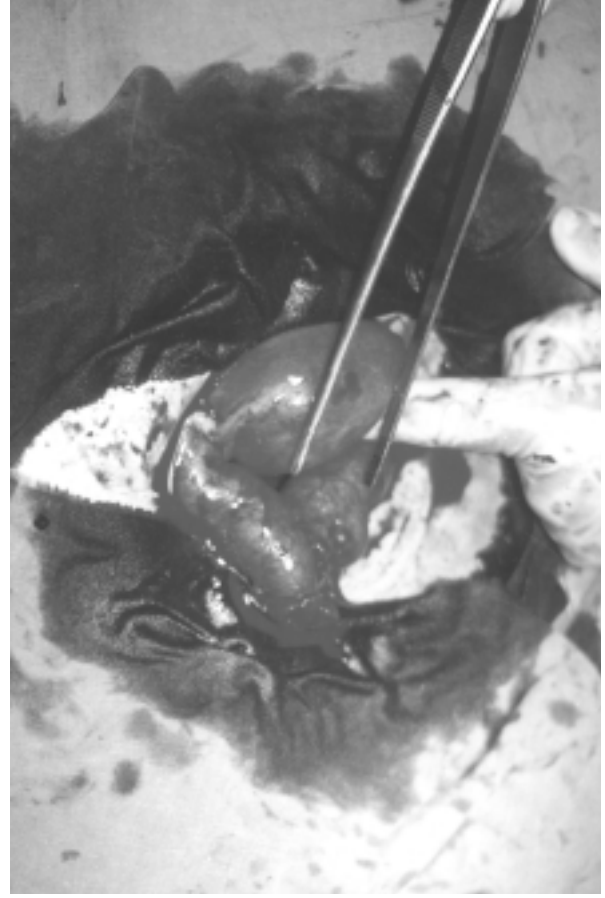
üreme teknikleri sonrası gelişen, sık rastlanılmayan bir bilateral tubal ve intrauterin heterotopik gebelik olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmak istedik.

OLGU

Bayan S.A, 29y, (gravida: 2, parite: 0), 2 yıllık çocuk isteği ile yardımla üreme teknikleri uygulanan özel bir merkeze başvurmuştur. Muayene

ve laboratuvar tetkikleri sonrası açıklanamayan infertilite tanısı ile Mayıs 2000'de hastaya uzun protokol ile kontrollü over hiperstimülasyonu uygulanmıştır. Transvajinal ultrasonografi ve östradiol değerleri ile monitorize edilen hastanın hCG günü östradiol değeri 6190 pg/ml olarak ölçülmüş ve yirmi folikülünün olduğu belirlenmiştir. Ultrasonografi eşliğinde, hCG uygulanmasından 36 saat sonra genel anestezi altında 18 oosit elde edilmiştir. 7 oosite konvansiyonel IVF, 11 oosite ise ICSI yöntemi uygulanmıştır. Toplam 11 yumurta döllenmiş (4 IVF+ 7 ICSI) ve hastaya 5 embryo transfer edilmiştir. Luteal faz desteği için vajinal yoldan günlük 300 mg progesteron verilmiştir.

Transferin 12.günü β -hCG 79.1 mIU/ml ölçülmüştür. Kontrollerinde intrauterin gebelik tanısı konulmuştur. Beşinci haftada şiddetli kasık ağrıları başlamıştır. Muayene ve vaginal ultrasonografi (USG) ile abortus imminens (kalp atımları pozitif intrauterin 5-6 gebelik haftası) tanısı konulmuştur. β -hCG 4768 mIU/ml bulunmuştur. İstirahat önerilmiştir. Bir hafta sonra kasık ağrılarına ek olarak vajinal kanaması başlayınca kontrol USG'de fetal kalp atımları saptanamamış, missed abortus endikasyonu ile kürete edilmiştir. Kasık ağrılarının devam etmesi ve batına yayılması, halsizlik, baş dönmesi, iştahsızlık, vajinal kanama şikayetlerinin eklenmesi nedeni ile hasta 20/07/2000'de kliniğimize başvurmuştur. Yapılan muayenesinde Tansiyon 95/60 mmHg, nabız 112/dak. soluk cilt, defans, rebound pozitif, kolum kapalı, temiz, uterus yumuşak 6-8 haftalık cesamette, her iki adneksiyel bölgede dolgunluk ve hassasiyet belirlenmiştir. Transvajinal ultrasonografide her iki adneksiyel bölgede hiperekojen koagülümla uyumlu kitleler, endometrium kalın olarak, douglasta yaygın serbest sıvı görülmüştür. Douglas ponksiyonunda pıhtılaşmamış kan tespit edildi. Hct:%22.7, Hb:7.7, β -hCG: >10.000IU/ml idi. Hastaya 3 ünite kan transfüzyonu yapılarak, akut batın endikasyonu ile operasyona alınmıştır. Eksplorasyonda batın içinde bol kan saptandı. Uterus normal cesametten az iri ve yumuşak bulunmuş, her iki tuba ampulla bölgesi ileri derecede ödemli ve şiş olup, fimbriyal bölgelerde taze kanama görülünce, bilateral ektojik gebelik düşünülmüştür (Resim 1), hastaya bilateral salpingotomi yapılarak, tubalardan gebelik materyalleri çıkartılmıştır. Tubalardaki insizyon yerleri 3/0 atravmatik vicryl ile su-



Resim 1. Bilateral tubal gebelik.

türe edilmiştir. Operasyon sonunda ayrıca full küretaj uygulanmıştır. Patoloji raporu bilateral tubal gebelik, full küretaj sonucu ise gestasyonel endometrium ile uyumlu olarak gelmiştir. Postoperatif komplikasyon oluşmayan hasta sağlıklı olarak taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Yardımla üreme teknikleri heterotopik gebelik insidansını önemli ölçüde artırmıştır. Predispozan faktörler ektojik gebelik ile aynıdır bunlar pelvik adezyonlar önceki tuba hasarı veya cerrahisi ve seksüel geçişli hastalıklar olarak sayılabilir (2,3). IVF'in 1976'da başlangıcından itibaren ektojik gebelik problem olmaya başlamıştır. Bu tip gebeliğin yardımla üreme teknikleri içinde Gamet İntrafallopian Transfer de (GIFT), IVF- ET'den daha sık olma nedeni; GIFT'de embriyoların direkt olarak, fallop tüplerine yerleştirilmeleridir. IVF-ET'de oluşmasının nedeni hastaların çoğunlukla mekanik infertilite

olguları olmaları ve yerleştirilen embriyoların uterustan tubalara sürüklenmesidir (2,3). IVF+ET yapılan hastalarda bazen 3'ten fazla örn. beş embriyo uterusa yerleştirilmektedir. Olgumuzda beş embriyo transfer edilmişti. Heterotopik gebelik gelişme nedenleri arasında embriyo transfer edilirken fazla miktarda transfer mediumu kullanılması, transferin USG altında yapılmaması, hidrostatik kuvvetler nedeniyle embriyoların tüplere ulaşmasına yol açabilir ve implantasyon hem tubada hem de kavitede gerçekleşebilir. Transfer edilen embriyo sayısının azaltılması, transfer mediumunun azaltılması, ektopik ve heterotopik gebelik oranını azaltabilir (2-4).

Ektopik gebeliklerde rastlanabilen vajinal kanama bulgusu, heterotopik gebeliklerde nadirdir (4,5). Ancak olgumuzda gelişen abortus imminens ve sonrasındaki missed abortion nedeni ile vaginal kanama şikayeti ortaya çıkmıştır.

Bu gebeliklerin özellikle erken teşhisi hastanın mortalite ve morbiditesi, gelecekteki fertilitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Böyle olgularda maternal mortalite %1 ve intrauterin fetusun mortalite oranı %45-65'dir (5).

Heterotopik gebelikte hastaya yaklaşım, her olguya göre değişir. Teşhis ve takipte β -hCG ve progesteron seviyeleri ayrıca USG ile gebelik tayini önemlidir. Seri progesteron tayinleri gebeliğin kötü prognozunu belirtebilir. Ancak seri β -hCG takipleri birlikte olan intrauterin gebelikten dolayı yararlı değildir. USG ile intrauterin gebeliğin teşhisi kolaydır ancak ektopik gebelik için adneksiyel bölgede gestasyonel kese veya fetal kalp atışı görülmesi nadirdir. Ayrıca intrauterin gebeliğin görülmesi, beraberindeki ektopik gebeliği saklayabilir. Bu yüzden YÜT sonrası ilk trimester gebeliklerde ekstrauterin yapıların dikkatli olarak vaginal USG ile incelenmesi gerekmektedir. Ancak YÜT sonrası gelişen heterotopik gebelik olgularının incelenmesinde, olguların yarısından azı USG ile teşhis edilebilmiş; hastaların çoğu semptomatik hale geldiğinde yapılan acil laparotomide teşhis edilmiştir (6). Hastamızda da klinik olarak belirtiler oluştuğunda tanı konulabilmiştir. IVF-GIFT gebeliklerinde, kanama ve ağrı ile başvuran hastalarda ilk 12 GH'da heterotopik gebelik akıldan çıkarılmamalıdır. Operasyon öncesi tanı oranı ancak % 50'dir (7). Genelde teşhiste gecikme olduğundan hastalar, akut batın ile gelirler. IVF ve ovulasyon indüksiyonu yapılan hastalarda ektopik gebelik

için cerrahi öncesi TVUSG ile birlikte olan intrauterin gebeliği ayırt etmek gerekir. TVUSG ile gebelik görülmesi bile olası bir intrauterin gebeliğin bozulmaması için D&C yapılmamalıdır (8).

Laparotomi gerektiren akut vakalarda, sağlıklı intrauterin gebeliğin devamı için uterusa minimal travma, minimal anestezi ile operasyon tamamlanmalıdır. Eğer missed abortus mevcutsa, D&C sonrası tubaların değerlendirilmesi için özellikle de pelvik ağrısı ön planda olan hastalarda aynı zamanda laparoskopi yapılmalıdır. Teşhiste yanılma, mortalitenin artmasına, major kan kayıplarına, aynı zamanda konservatif tubal cerrahinin yapılamamasına yol açar. TVUSG teşhisi arttırırken, laparoskopi (LPS) tanının doğrulanmasında en güvenilir metodlardan biridir Semptomatik hastalarda heterotopik gebeliklerde teşhis ve tedavide laparoskopi artık günümüzde laparotominin yerini almıştır (8-10). Ancak olgumuzda akut batın ve hipotansiyon bulguları nedeni ile laparotomi tercih edilmiştir.

Oluşan ektopik gebeliğin kendisi hematoma oluşturarak intrauterin gebeliğin bozulmasına neden olabilir. Hastamız da da intrauterin gebeliğin bu neden ile missed abortus olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde benzer bir olgu GİFT sonrası görülmüş ancak intrauterin gebeliğin devam etmesi ile birlikte bilateral tubal gebelikler regresyona uğramıştır ve 37 gebelik haftasında sağlıklı fetus doğurtulmuştur (11).

Sonuç olarak YÜT gebeliklerinde, kanama ve ağrı ile başvuran hastalarda ilk 12 GH'da heterotopik gebelik akıldan tutulmalıdır. Missed abortus mevcut ise, D&C sonrası özellikle pelvik ağrısı ön planda olan hastalarda fallop tüpleri ve ektopik gebeliğin değerlendirilmesi için TVUSG ve β -HCG sonuçları da göz önüne alınarak aynı zamanda laparoskopi düşünülmelidir. Tanıda gecikme, mortalite riski oluşturur, major kan kayıplarına aynı zamanda konservatif tubal cerrahinin yapılamamasına yol açabilir.

KAYNAKLAR

1. De voe, R.W. and Pratt, J.H. Simultaneous intra- and extra-uterine pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 1948; 56
2. Klipstein, S. and Oskowitz, S.P. Bilateral ectopic pregnancy after transfer of two embryos. Fertil. Steril 2000;74: 887-8
3. Molloy D, Deambrosio W, Keeping D, Hynes J, Harisson K, Hennessey J. Multiple-sited (heterotopic) pregnancy after in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. Fertil Steril 1990; 53:1068-71

4. Jacobson A, Galen D. Heterotopic pregnancies and In Vitro fertilization. *Fertil Steril* 1990;54:179-80
5. Schenker J, Ezra Y. Complications of assisted reproductive techniques. *Fertil Steril* 1994;61: 411-22
6. Seidman D S, Levran D, Ben-Rafael Z, Ben-Schlomo I, Mashiach S. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1991; 55: 833-4
7. Soriano D, Shrim A, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G. Diagnosis and treatment of heterotopic pregnancy compared with ectopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9: 352
8. Aydın Y, Baran C. Spontan heterotopik gebelik: Olgu sunumu. *Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni* 2000;9:23-6
9. Pisarska M, Casson P. A woman with a heterotopic abdominal pregnancy after IVF-ET. *Fertil Steril* 1998; 70 : 159-60
10. Richards S, Stempel L. Heterotopic pregnancy : Reappraisal of incidence. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 928-30
11. Wang YI, Yang TS, Chang SP. Heterotopic pregnancy after GIFT managed with expectancy: a case report. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)* 1996;58:218-22