

Fetal Kardiyak Aktivitesi Olan Kornual Gebeliğin Metotreksat ile Tedavisi: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Onur Numan, Nurettin Aka, Fisun Vural, Ayşe Deniz Coşkun, Gültekin Köse, Ertuğrul Can Tüfekçi

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Kornual gebelik mortalite-morbiditesi en yüksek olan ve nadir görülen ektopik gebelik türüdür. Optimal tedavi konusunda fikir birliği olmayıp, literatürde vaka takdimi ya da vaka serileri şeklinde tecrübe paylaşımı söz konusudur. Erken tanı ve tedavi hastanın sağ kalımı ve fertilitenin korunması açısından önemlidir. Bu yazıda, 21 yaşında, G:2, P:1, A:0, sağ kornual gebeliği olan bir olgu sunulmuştur. Fetal kardiyak aktivite olmasına rağmen, hastanın fertilitasını koruma isteğinden dolayı, iki doz sistemik metotreksat uygulanarak tedavisi gerçekleştirilmiştir. Tedavi sonucunda herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamıştır. Bu vaka ışığında, kornual gebeliklerde tanı ve sistemik metotreksat tedavi protokollerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: kornual gebelik, ektopik gebelik, metotreksat tedavisi

METHOTREXATE TREATMENT OF CORNUAL PREGNANCY WITH FETAL CARDIAC ACTIVITY: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

Cornual pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy, it has the highest mortality-morbidity among ectopic pregnancies. Since there is no optimal treatment strategy or consensus, there is only sharing of experiences with case or cases series reports. In this paper, a 21 year old woman, (G:2, P:1, A:0) with right cornual pregnancy was presented. Although fetal cardiac activity was positive, two doses of methotrexate treatment were given since the patient wanted to preserve her fertility. There were no treatment complications. The aim of this paper was to discuss the diagnosis and treatment protocols of cornual pregnancy regarding this case.

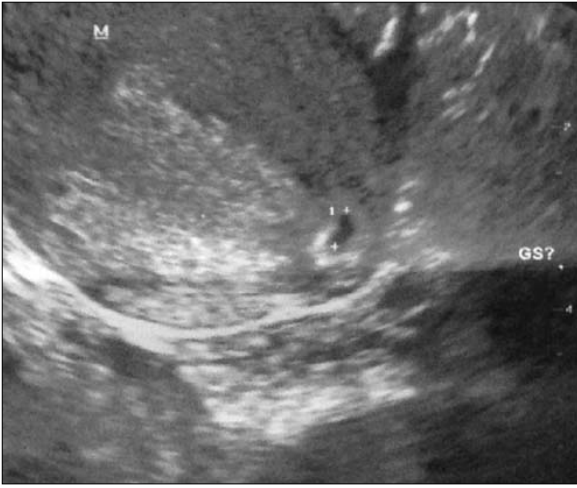
Key words: cornual pregnancy, ectopic pregnancy, methotrexate treatment

Ektopik gebelik reproduktif dönemdeki kadınlarda önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Ektopik gebelikler genellikle tubanın ampuller bölgesinde yerleşim gösterirler, ancak daha seyrek olarak ovaryan, abdominal, servikal veya kornual gibi non-tubal yerleşim de gösterebilirler (1). Kornual (interstisyel) gebelik, ektopik gebeliğin mortalite ve morbiditesi en yüksek olan tipi olup, ektopik gebeliklerin %2-4'ünde görülmektedir (2).

Fallop tüplerinin interstisyel kısmı uterusun musküler tabakası içerisinde kalır. Tubaların bu bölgesine implante olan gebelikler interstisyel gebelik olarak adlandırılır. Fallop tüpünün interstisyel bölümü, tüpün diğer bölümlerine oranla daha fazla vaskülarizasyon ve musküler

dokuya sahiptir. Kornual gebelikte gestasyonel kese duvarı myometrium ile çevrelendiğinden geç belirti ve bulgu verir, rüptürü daha geç ortaya çıkar ve yoğun kanamayla seyrederek (2-4). Bu sebeple erken tanı ve tedavi hem hayat hem de fertilitate kurtarıcıdır.

Kornual gebelik klinisyen için tanı ve tedavisi zor olan ektopik gebelik vakalarıdır. Kornual gebelik ve anguler yerleşimli intrauterin gebelik ayırıcı tanısının yapılması önemlidir (4). Kornual gebelik tedavisinde, sistemik veya lokal metotreksat (MTX) tedavisi, uterin arter embolizasyonu, ultrasonografi eşliğinde potasyum klorür enjeksiyonu, histeroskopik, laparoskopik ya da laparatomik tedavi yaklaşımları gibi farklı tedavi modaliteleri denenmiştir, ancak optimal tedavi konusunda fikir birliği yoktur (3,4).



Şekil 1. Transvajinal ultrasonografik sagittal kesitte eksantrik yerleşimli gebelik kesesi. (Boş uterus ve distale yerleşmiş gebelik kesesi)



Şekil 2. Transvajinal ultrasonografik koronal kesitte "kornual gebelik" görüntüsü. (Uterin kavitenin lateral ucuna 5.4 mm mesafede yerleşmiş gebelik kesesi).

Bu yazıda iki doz intramusküler MTX ile tedavi edilen fetal kardiyak aktivitesi mevcut olan kornual gebelik olgusu sunularak, tanı ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu

Vaka: 21 yaşında, son menstrasyon kanamasını 5 hafta önce gören, G:2, P:1, A:0 olan hasta karın ağrısı ve vajinal kanama yakınması ile acil polikliniğimize başvurdu. Genel fizik muayenesinde: Bilateral alt kadrantlarda hassasiyet vardı, defans, rebound yoktu ve vital bulgular (Ateş: 36,5°C, Nabız: 78 atım/dk, TA: 110/68 mmHg) normal idi. Vajinal muayenesinde: Serviksin multipar vasıfta, kapalı ve kanamalı olduğu; uterus ve adneksiyel bölge hassasiyetinin olmadığı belirlendi Transvajinal ultrasonografi ile endometrial kalınlık 10,6 mm ölçüldü ve endometrial kavitenin boş olduğu gözlemlendi. Sağ kornual alanda asimetrik myometrial doku ile çevrelenmiş, 4 mm çapında gebelik kesesi ile uyumlu anekoik kistik görünüm izlendi. Sağ ve sol overler doğal görünümde olup douglasta minimal serbest sıvı mevcuttu. Hastadan gönderilen kan sayımında hematokrit %38,4, hemogloblin 13 g/dL, β -HCG 1800 mIU/mL bulundu. Hasta mevcut bulgular ile anguler yerleşimli intrauterin gebelik ve kornual ektopik gebelik ön tanıları ile yatırıldı.

Hastanın yatışının 3. gününde yapılan ultrasonografik incelemede, düzensiz gestasyonel kese, içerisinde fetal kalp aktivitesi bulunan 2,3 mm lik fetal nod saptandı ve β -HCG düzeyi ise 5490 mIU/mL olarak belirlendi. Transvajinal ultrasonografi ile sagittal ve koronal planda alınan kesitlerde kornual gebelik tanısı ; Timor Trisch ve ark. ultrasonografik tanı kriterlerine göre konuldu (6) (Şekil 1,2). Hastanın günlük vital bulgu takiplerinde ve hematokrit takiplerinde

problem saptanmadı. Vücut yüzey alanı hesaplandıktan sonra 60 mg Metotreksat IM olarak uygulandı . MTX uygulamasının 4. gününde β -HCG değeri 8264 mIU/mL olarak geldi. Hastaya ikinci doz 60 mg MTX uygulaması yapıldı. Hastanın takip eden transvajinal ultrasonografi kontrollerinde; gebelik kesesi içerisinde, fetal kalp atımı da izlenen fetal nod ile uyumlu görünümün devam ettiği belirlendi. İkinci doz MTX uygulamasından sonra 4. gündeki β -HCG değeri 8767 mIU/mL ve 7. gündeki β -HCG değeri 6232,9 mIU/mL olarak bulundu. İki doz MTX uygulamasının ardından yapılan transvajinal ultrasonografi kontrollerinde bozuk gebelik kesesi izlenen hastaya, ikinci metotreksat dozu uygulamasından sonraki 7. günde aspiratif (=suction) küretaj uygulandı. Küretaj sonrası komplikasyon olmadı. Kontrol transvajinal ultrasonografisinde kornual alanın ve endometrial kavitenin düzenli olduğu gözlemlendi.

Tartışma

Kornual yerleşimli ektopik gebeliğin tanısı diğer tip ektopik gebeliklere göre daha zordur. Gebelik kesesinin ekzantrik yerleşimi ve kese etrafındaki myometrium tabakasının incelenmesi interstisyel gebelik tanısını güçleştirebilir. Laterale yerleşmiş gebelik kesesi, erken kornual gebeliğin ultrason bulgusudur. Fakat ilerlemiş kornual gebeliklerde kese fundusa doğru yerleşir ve ekzantrik yerleşimli intrauterin gebelik ile karışır (2-4). Başlangıçta bu olgunun tanısında da şüphede kalınmış, ancak olası bir kornual gebeliği ekarte edebilmek için hastanın yatırılarak takip edilmeye başlanmasından 3 gün sonra tanı konulabilmiştir. Bu vakada boş uterus, ekzentrik ve lateral yerleşimli gebelik kesesi saptanması tanı koydurucu olmuştur. Transvajinal ultrasonografi ile tesbit edilen "inkomplet veya asimetrik myometrial örtü ile çevrelenmiş ekzentrik yerleşimli gebelik kesesi"

bulgusu'nun yüksek tanısıl değeri olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, Ackerman ve arkadaşları interstisyel gebeliğin ultrasonografik tanısında yararlı olabilecek, interstisyel çizgi işaretini tanımlamıştır. Bu terim interstisyel keseden endometriuma ya da kornuya ince bir çizgiyi ifade eder (5,6). Tanıda ultrasonografide görülmesi gereken 3 ana kriteri Timor Trisch ve arkadaşları şöyle tanımlamıştır: 1. Boş uterus 2. Gebelik kesesinin kaviteden ayrı izlenmesi ve uterin kavitenin lateral ucuna 1 cm den az mesafede yerleşmiş kese. 3. Keseyi çevreleyen ince myometriyal tabaka. Bu ana kriterlerin tanı koyduruculuğunun spesifitesi %88-93 gibi yüksek değerler arasında olmakla birlikte, sensitivitesinin %40 gibi düşük değerlerde olduğu bulunmuştur (6).

Önceleri kornual gebelik tanısı rüptür olduktan sonra konulabildiği için laparotomi, hatta histerektomi yapmak gerekirken, günümüzde transvajinal ultrasonografilerin yüksek rezolüsyonu sayesinde vakalar ruptür olmadan yakalanabilmektedir. Böylece, erken tanı konulan vakalara konservatif tedavi şansı verilebilmektedir. Sistemik MTX ektopik gebeliğin tedavisinde uzun süredir başarıyla kullanılmaktadır; fakat kornual tip ektopik gebelikte kullanımı ile ilgili veri azdır (7-10). Bu konuda yapılmış çalışmalara baktığımızda; kornual gebeliğin en sık tedavisi cerrahi olmakla birlikte, tıbbi tedavide ilk kullanılan ajan Metotreksattır. Fisch ve arkadaşları MTX verilen 47 vakayı incelediklerinde, MTX'in güvenli bir ajan olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, tedavide hasta seçim kriterlerinin net olarak ortaya konulamamış olması, MTX dozu ve sayısı konusunda bir ortak görüş olmaması sebebiyle, yüksek başarısızlık oranları bulmuşlardır. Çünkü, kornual gebelikte bu bölgenin artmış kanlanması sebebiyle verilen MTX dozu yetersiz kalabilmektedir (7). Daha sonra Jemmy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma sonucuna göre, MTX dozu ve sayısı konuları biraz daha netlik kazanmaya başlamıştır. St George's Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bu prospektif gözlemsel çalışmada 20 kornual gebelik vakasının 17'sine tek doz intramusküler metotreksat

yapılmış. Eğer ilk dozun 4. ve 7. Günlerinde bakılan beta HCG düzeyleri %15 düşmemişse 2. Doz metotreksat yapılmıştır. Bu seride kornual gebelikte metotreksat tedavi başarısı %94 bulunmuştur. Tedaviye cevap vermeyen olguların büyük çoğunluğu kardiyak aktivitesi olan olgulardır (8). Dilbaz ve arkadaşları tek doz 50 mg/m² sistemik MTX ile tedavi ettikleri 3 olguyu sundukları çalışmalarında, kornual ektopik gebeliklerde sistemik MTX ile medikal tedavinin cerrahi tedaviye önemli bir alternatif olabileceğini öne sürmektedirler (9). Daha önceki serilerde kornual gebeliği olup başlangıç β-hCG değeri <5000 mIU/mL olan hastalarda tek doz MTX tedavisi yeterli olurken, başlangıç β-hCG değeri >5000 mIU/mL olan hemen her hastada ikinci doz MTX verilmesi gerekmiştir (10). Bu vakada da tanı konulabildiğinde beta-hCG düzeyi 5490 mIU/mL olarak saptanmış ve hastaya iki doz metotraksat verilmesi gerekmiştir. Fetal kardiyak aktivitesi olmayan ve beta -hCG düzeyleri <3000 mIU/mL olan vakalar medikal tedavi denenmesi için en uygun vakalar olsa da, medikal tedavi tamamen masum bir tedavi değildir ve tedavi başarısızlığı söz konusu olursa katastrofik kanama ve uterus kaybı gelişebilir (5). Bu konuda yapılan vaka serilerine baktığımızda; erken tanı konulan vakalarda kornual gebeliğin tedavisinde sistemik metotreksatin oldukça etkili bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna varılmaktadır (5-10). Her ne kadar fetal kardiyak aktivitesi olan vakalar metotraksat kullanımı için uygun olmasa da, hasta hospitalize edilip çok yakın takip edilmek şartıyla ve olası cerrahi için şartlar sağlanırsa metotraksat tedavi şansının verilebileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç; İnterstisyel gebeliğin yerleşim yeri sebebiyle erken tanıda zorlanılabilir. Ekzentrik yerleşimli intrauterin veya interstisyel gebelik ayırımı net olarak yapılamayan çok erken gebelik haftalarında hastaların hastaneye yatırılarak takip edilmesi tanının erken konulmasını sağlayacaktır. Erken konulan tanı ise hastaların konservatif medikal tedavi şansını artırıp, hastalık komplikasyonlarını minimuma indirebilecektir.

Kaynaklar

- Peterson HB. Extratubal ectopic pregnancies. Diagnosis and treatment. J Reprod Med 1986;31:108-15.
- Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of cornual ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999;72:207-15.
- Tulandi T, Al Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the society of reproductive surgeons registry. Obstet Gynecol 2004;103:47-50.
- İtil İM, Çırpan T, Biler A, Yücebilgin S. Kornual gebelik tedavisinde histeroskopi ve vakum aspirasyonu: olgu sunumu J Turk Soc Obstet Gynecol 2007;4:121-124.
- Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. An interstitial line; sonographic finding in an interstitial (cornual) ectopic pregnancy. Radiology 1993;189: 83-87.
- Timor- Trisch IE, Montegudo A, Matera C et al. Sonographic evaluation of cornual pregnancies treated without surgery. Obstet Gynecol 1992;79:1044-9.
- Fisch JD, Ortiz B, Tazuke S, Chitkara U, Giudice L. Medical management of interstitial ectopic pregnancy : a case report and literature review. Hum Reprod 1998;13:1981-1986.
- Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of cornual pregnancy BJOG 2004;111:1283-8.
- Dilbaz S, Katas B, Demir B, Dilbaz B. Treating cornual pregnancy with a single methotrexate injection. A report of 3 cases. J Reprod Med 2005; 50: 141-4.
- Green Top Guideline No. 21. London, UK:RCOG; 2004 . Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Tubal Pregnancy. www.rcog.org.uk/index.asp. PageID=537 .