

Uterus Perforasyonuna sekonder Abdominal Gebelik. Olgı Sunumu

Nur Dokuzeylül*, Bülent Tandoğan**, Vedat Dayıcıoğlu***

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üsküdar, İstanbul

*Uzman Dr, ** Başasistan, ***Klinik Şefi

Yazışma Adresi: Op Dr Vedat Dayıcıoğlu, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üsküdar İstanbul
Tel:0216 391 06 80

ÖZET

Abdominal gebelik nadir olarak görülmeye rağmen yüksek morbidite ve mortaliteyle seyreden bir durumdur. Bu yazında 31 yaşında pelvik ağrı şikayeti dışında yakınıması olmayan uterus perforasyonuna sekonder abdominal gebelik olgusu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Abdominal gebelik, morbidite, mortalite, uterus perforasyonu.

SUMMARY

Abdominal pregnancy secondary to uterine perforation: A case report

Abdominal pregnancy is a rare event but it is associated with significant morbidity and mortality. We present a case of abdominal pregnancy secondary to uterine perforation in a 31 year-old female suffering from pelvic pain. The patient history was unremarkable and laboratory tests were normal.

Key words: Abdominal pregnancy, morbidity, mortality, uterine perforation.

GİRİŞ

Abdominal gebelik nadiren görülmekte olup tüm ektopik gebeliklerin %1-4'ünü oluşturmaktadır. İnsidansı 1:3300 ile 1:10200 arasında değişmekte olup coğrafi konum, antenatal takip ve sosyoekonomik düzeye yakından ilişkilidir (1,2,3). Abdominal gebelikler gelişmekte olan ülkelerde artan pelvik inflamatuar hastalık nedeniyle daha sık görülmektedir. Abdominal gebeliğe bağlı maternal mortalite tubal gebeliklerin 7.7; intrauterin gebeliklerin 90 katıdır(4). Maternal morbiditeyi; kanama, enfeksiyon, toksemi, anemi, dissemine intravasküler koagülasyon, pulmoner emboli ya da amnion kesesi ile barsak arasında fetal kemije bağlı olarak gelişen fistül oluşturur (5). Abdominal gebeliğin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ancak sıklıkla tubal ya da ovaryen gebelikten köken almaktadır. Rüptüre olmuş tubal ya da uterin gebelikler sonrasında plasentanın peritoneal kavite içerisinde kendisine kan desteği bularak yerleşmesi abdominal gebeliklerin tipik oluşum mekanizmasıdır. İllerlemiş ekstrauterin gebeliklerde canlı doğum insidansı %10-25 arasında değişmektedir (6). Öykü, fizik muayene, laboratuar ve ultrason bulguları nonspesifiktir. Abdominal gebelikler çoğunlukla bu mekanizmayla oluşsa da, bu mekanizma dışında uterusla ilgili operasyonlar sonrasında da abdominal gebelik gelişebilmektedir (7). Sezaryen sonrasında oluşan gebeliklerde de sezaryen skarının ayrılması ile fetus uterus dışına çıkararak gelişimine abdomende devam etmektedir (8). Ayrıca perforasyon sonrasında da fetus uterus dışına çıkıp abdominal gebeliğe neden olabilir. Ancak bu konudaki literatür oldukça sınırlıdır (9).

OLGU

31 yaşında, G2P1Y0,11 yıldır dül olan hasta kasık ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Son üç aydır kasık ağrısı olduğunu ifade eden hastanın beraberinde lekelenme tarzında ara kanamaları mevcutmuş. Yapılan fizik muayenede genel durum iyi, suur açık, koopere, vital bulgular stabil, sistem muayenelerinde özellik yok. Jinekolojik muayenede vulva-vajen normal, collum nullipar vasıfta, uterus 10 haftalık cesamette uterustan sınırları net ayırtedilemeyen sert, yarımobilit, irregular yüzeyli yaklaşık 6-7 cm boyutlarında kitle mevcuttu. Overler normal bulundu. Hastanın obstetrik anamnezinden onbir yıl önce transvers duruş nedeniyle sezaryen operasyonu geçirdiği öğrenildi. Postpartum dönemde kontrasepsiyon amacıyla RIA (rahim içi araç) kullanan hasta RIA'nın iki ay sonra kendiliğinden düştüğünü ifade etti. Laboratuar tetkiklerinde özellik yoktu. Yapılan transvajinal ultrasonografisinde (TVUSG) uterus 88 x 61 mm boyutlarında; fundusa bitişik yaklaşık 7 cm çapında kitle gözlendi. Overler normal bulundu. Douglasta mayı saptanmadı. Uterus fundusta hiperekojen RIA benzeri görünüm saptanan hasta psikonevroz nedeniyle tedavi almakta olduğundan ve çelişkili ifadeler verdiğiinden ileri tetkik ve tedavi için pelvik kitle, RIA retansiyonu ve psikonevroz öntanılarıyla hospitalize edildi. Hastanın çekilen ayakta direkt batın grafisinde de aynı lokalizasyonda RIA ile uyumlu olabileceği düşünülen görüntü mevcuttu. Bunun üzerine aynı gün hasta RIA'nın çıkartılması ve endometriumun örneklenmesi amacıyla operasyona alındı. Probe küretaj sırasında RIA

olduğu düşünülen cisim özel küret (topuzlu) ve Novak küretle çıkartılmak istendi ancak çıkarılamadı. RIA'nın myometriuma gömülü olduğu düşünüldü. Müdahale sonrasında başlayan minimal kanama ve karın ağrısı tarifleyen hastada müdahalenin ikinci gününde 39.5°C'ye varan ateşlerinin olması; fizik muayenede karında kısmi defans ve dört kadranda rebound olması üzerine CRP, lökosit, eritrosit sedimentasyon hizina (ESR) bakıldı; a yaka direkt batın grafisi tekrarlandı; transvajinal ve batın ultrasonografisi yapıldı. CRP negatif(-), lökosit 15000, ESR 1.saat 136mm 2. saat 180mm olarak bulundu. TVUSG'si yatis USG'si ile farklılık göstermiyordu. Ayakta batın grafisinde akut batın, ileus düşündürecek bulgu saptanmadı. RIA düşündüren görünüm öncekine göre daha aşağı seviyelerde saptandı. Müdahale sonrası oral olarak başlanan 2X100 mg doksisiklin tedavisine 1x2 gr iv seftriakson eklendi. Hasta yakın takibe alındı. Hastanın genel durumu düzeltildikten sonra pelvik kitle nedeniyle laparotomi yapılması planlandı. Preoperatif hazırlanan hastada bulantı, kusma ve disüri şikayetleri gelişti. Yapılan tam idrar tetkikinde bol eritrosit, 10-12 lökosit saptandı. Genel durumu düzelen hastanın anestezi konsultasyonu sonrasında yapılması düşünülen operasyon idrar yolu enfeksiyonu tedavi edilene dek ertelendi. Pfannenstiel insizyonla batına girilerek laparotomi uygulandı. Yapılan eksplorasyonda uterusun fundal bölgесine geniş tabanla oturduğu gözlenen patolojik kitle eksize edilip çıktı. Kitlenin patolog ile birlikte yapılan makroskopik analizinde yaklaşık 16 haftalık fetüs ile uyumlu olduğu kanaatine varılan fetal kemik ve yumuşak doku parçaları gözlandı. Uterusun bu patolojik kitleye komşu fundal sınırı da normal olmayıp ortada endometrial kaviteye kadar devam eden krater şeklinde myometrial defekt mevcuttu. Uterus fundusu ve kitle arasında bağlantı olduğu görüldü. Aynı bölgede probe küretaja sekonder olduğu düşünülen rüptür alanı izlendi. Uterus ön yüzü muhtemelen hastanın önceden geçirmiş olduğu sezaryen operasyonuna sekonder nedenli adezyonlar içermekte olup; mesane fundusa kadar yapıştı. Uterus ve mesane arasında mevcut adezyonlar teknigue uygun şekilde açılarak uterus serbestleştirildi. Bu aşamada yapılan eksplorasyonda; uterusun istmik kısmının sağda ligamentum latum ile komşuluk gösterdiği düzeyde probe küretaja sekonder; perforasyona bağlı olduğu düşünülen nekrotik görünümü birkaç santim çaplı alan gözlandı. Bunun üzerine operasyona histerektomi ile devam edilmesine karar verildi. Richardson tekniği ile yapılan abdominal histerektomi esnasında istmik düzeye inildiğinde, uterusun istmik kısmının perfore edilmiş olduğu saptandı. Bu

kısından ligamentum latum içeresine doğru yapılan kontrolde ligamentum latum içinden ayrıca fetal kemik parçaları çıkarıldı. Histerektomi tekniğine uygun şekilde tamamlandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde şifa ile taburcu edildi.

Şekil 1:
Uterus fundus ile kitle arasındaki ilişki



TARTIŞMA

Uterus perforasyonları kurtaja bağlı komplikasyonların %0.7'sini oluşturmaktadır. Uterus perforasyonu, onikinci haftadan sonra daha sık görülmekte ve daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır (10). Abdominal gebeliğe bağlı maternal mortalite oranları %2-3 arasındadır (10). Bazen parsiyel düşükler gelişebilir ve fetüs canlı villuslar ile 12.haftadan sonra yaşamına devam eder. Böylece ileri evre abdominal gebelikler oluşur (11). Bu olguda da uterus fundus üzerinde yerleşim gösteren kese içerisinde yaklaşık 16 hasta ile uyumlu olduğu düşünülen fetüse ait kemik ve yumuşak doku parçaları gözlenmiştir. Ayrıca tamamen ayrı bir bölgede; ligamentum latumda da fetüse ait kemik parçalarının bulunması, probe küretaj sırasında meydana gelen perforasyon sonucu kemiklerin bu bölgeye taşındığını ve bu kemiklerin radyografik ve ultrasonografik tetkikte RIA benzeri görüntüyü oluşturduğu düşünüldü. Fundustaki perforasyon bölgesinde hemoraji ve iltihabi granülasyon dokusunun olması, olayın akut

KAYNAKLAR

dönemde yani probe küretaja sekonder olduğunu göstermektedir. Fundusta mevcut fibrosis ve

kalsifikasyon ise hastaya geçmişte yapılan gebelik terminasyonunda meydana gelen perforasyonla ilişkili olduğu; bu perforasyon bölgesinde uterus dışına çıkan ve implante olan fetusun abdominal gebeliğe yol açtığı düşünüldü. Ancak hastaya defalarca yapılan görüşmeler sonucunda hasta bu durumu reddetti. 10 yıldır dul olan hastanın toplumsal dışlanma korkusu ve psikolojik sorunları nedeniyle bunu reddettiğini ve üç aydır şikayetleri olan hastanın en az üç ay önce yapılan müdahale ile mevcut olan gebeliğin sonlandırılmaya çalışıldığı ve bu işlemin perforasyona yol açarak abdominal gebeliğe neden olduğunu düşünmektedir. Bu süre içinde perforasyon sonrasında batına çıkan fetus yabancı cisim gibi davranışarak abse oluşumuna neden olabilir (9). İstmik bölgedeki probe küretaja bağlı olduğu düşünülen perforasyon alanında da hemoraji ve iltihabi granülasyon dokusu saptanmıştır. Yaşı nedeniyle preoperatif olarak hysterektomi düşünülmeyen hastada operasyon esnasında istmik uterin perforasyonu ve buna sekonder patolojik değişiklikler (bu perforasyon alanından fetal kemiklerin ligamentum latum içine yönlendirilmesi vb.) nedeniyle peroperatif histerektomi kararı alınmıştır. Sonuç olarak oldukça az rastlanan abdominal gebelik olgularında maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için erken tanı ve tedavi şarttır. Spesifik tanı yöntemi olmadığından ilk önce yapılması gereken şüphelenmektir.

- 1- Atrash HK, Friede A, Hogue CR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 1987;69:333-7.
- 2- Bayless RB. Non-tubal ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30:191-4.
- 3- Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:515-25.
- 4- Alexander MC, Horger ED 3rd. Early diagnosis of abdominal pregnancy by ultrasound. *J Clin Ultrasound* 1981;11:45-8.
- 5- Martin JN, Sessums JK, Martin RW, Pryr JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy ;current concepts of management. *Obstet Gynecol* 1986;93:1011-1012.
- 6- Ombelet W, Vandermerwed V, Van Assche FA. Advanced extrauterine pregnancy: description of 38 cases with literature survey. *Obstet Gynecol Surv* 1988;43:386-97.
- 7- Correa P, Diadhou F, Lauroy J, Bah MD, Diab A, Guindo S, Leborgne P. Abdominal pregnancy secondary to dehiscence of a hysterectomy cicatrix. *Bull Soc Med Afr Noire Lang* 1978;23: 293-8.
- 8- Valley MT, Pierce JG, Daniel TB, Kaunitz AM. Cesarean scar pregnancy: imaging and treatment with conservative surgery. *Obstet Gynecol* 1998;91:838-40.
- 9- Silverman EM, Ryden SE. Abdominal fetus following induced abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1975;122:791-92.
- 10- Strafford JC, Ragan WD. Abdominal pregnancy. Review of current management. *Obstet Gynecol* 1977;50:542-52.
- 11- Jack GH, James AG. Abdominal pregnancy : a study of twenty-one consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152: 444-9.

