

ABDOMİNAL GEBELİK

Bir Vaka nedeniyle

Dr. Kadir Savan (x)
Dr. Bektaş Yıldırım (xx)
Dr. Mehmet Ataman (x)
Dr. Mustafa Boyacı (x)

ÖZET :

Gebe bir kadında tekrarlayan abdominal ağrı, abdominal gebelik ihtimalini düşündürmelidir. Abdominal gebelikte morbidite ve mortalite oldukça yüksektir. Bu çalışmada bir intra-abdominal gebelik çakası sunularak, erken tanının önemi vurgulandı. Extra-uterin gebeliğin bu nadir formunun tanısı, tedavisi ve klinik seyiri tartışıldı.

GİRİŞ:

Obstetrik komplikasyonların en korkunç olanlarından birisini oluşturan abdominal gebelik, extra-uterin gebeliğin çok nadir ve tehlikeli bir formudur (6,7).

Döllenmiş ovumun peritoneal kavitenin herhangi bir yerinde yerleşmesine abdominal gebelik adı verilir. Abdominal gebelik, Primer ve sekonder diye ikiye ayrılır. Primer tipin oldukça nadir olduğu tahmin edilmektedir (3,7,10).

Abdominal gebelikte, plasenta genellikle tubalara yakın bir yerleşme göstermiş olup, daha çok broad ligamentin ve uterusun arka yüzüne, Doğlugulas peritonuna, barsakların ön yüzüne ve omentuma tutunur (7).

Abdominal gebelik insidensi, değişik serilerde 3372 doğumda 1 ile 7931 doğumda 1 arasında değişmektedir. İnsidenste sosyo-ekonomik durumun etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ırksal yapının da etkili olduğu ve siyanlarda daha çok görüldüğü dikkati çekmektedir (3,8).

(12) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Araştırma Görevlisi).

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Öğretim Üyesi).

Abdominal gebelikte maternal yaşın önemli bir faktör olmadığı ancak gebelik sayısının az olduğu (2 gebelik veya daha az) kadınlarda abdominal gebelik ihtimalinin daha fazla olduğu görölmektedir (8).

Perinatal mormalite çok yüksek olup; % 85 ile % 95 arasında değişmektedir. (2,7) Maternal mortalite ise % 6 civarındadır. Maternal ölümler, plasentanın manüplasyonuna bağlı olan massif kanamalar, sepsis, böbrek yetmezliği, kronik kan kaybı ve obstrüktif barsak komplikasyonlarından dolayı olmaktadır (1,3,8).

Abdominal bir gebelik terme kadar devam edebilir. Fakat fetüs genellikle 40'ıncı gebelik haftasından önce ölü (3,6,7,10). Canlı doğanlarda ise çocuk, genellikle doğum sonu dönemde ölmektedir. Abdominal gebelikte fetüsün yaşayabilmesi için membranların bozulmamış olmasının önemli olduğu da bilinmektedir. Fetüs rezorbe olamayacak bir büyüklüğe eriştikten sonra ölü ise, amnion mayi rezorbe olur. Fetüs mumyalaşarak yağlı bir oluşuma dönüşür veya kalsifiye olarak lithopedion teşekköl edebilir (3,7,8).

Canlı doğan çocuklarda ise bazı konjenital malformasyonlar görölmektedir.

Bu yazıyı abdominal gebeliğin erken tanı ve tedavisinin önemini vurgulamak ve vakamızdaki izah edilemeyen klinik seyiri literatür bilgileri ile karşılaştırmak amacıyla sunuyoruz.

VAKA RAPORU:

S.S: Gebelik sayısı 7, canlı doğum sayısı 6 ve düşük sayısı 1 olan 26 yaşındaki hastamız 28.2.1984 tarihinde, bir aydır devam eden yaygın karın ağrısının olması, halsizlik, genel bir kırgınlık, çarpıntı ve nefes darlığı gibi şikayetlerinin olması üzerine servisimize müracaat etti. 229 nolu protokol ile anemi ve tetkik gayesiyle kliniğimize yatırıldı. Anamnezinde, hastanın menstrüel siklusunda 2 aylık bir gecikme olduğu öğrenildi.

Vital Bulgular: Ateş: 36,8°C, Nabız: 148/dk. TA: 80/40 mmHg idi.

Dahili muayenesinde hastada aneminin dışında herhangi bir patoloji tesbit edilmedi.

Yapılan jinekolojik muayenesinde batındaki hassasiyet ve defans nedeniyle uterus ve adneksler tam olarak değerlendirilemedi. Ancak batında bir dolgunluk olduğu farkedildi. Bimanuel muayenede kollumun hareketleri ile hasta ileri derecede ağrı duyuyordu.

Laboratuvar bulgular: Gebelik testi pozitif, Hb: 4,2 gr, BK: 12600, trombosit sayısı: 178000, Eritrosit Sedimentasyon hızı: 1 saatte 87 mm, 2 saatte 130 mm, Total Bilirubin miktarı: % 0,8 mgr, SGOT: 20 Ü, SGPT: 20 Ü ve Alkalen Fosfataz değedi: 2 BÜ idi. İdrar tetkikinde Dansite: 1016, Protein: eser miktarda, şeker: Menfi, Ürobilin (++++ ve Mikroskopide: 1-2 lökosit ve epitel hücresi vardı.

Direkt batın grafisinde bir özellik tesbit edilemedi.

Doptone ile çocuk kalp sesleri alınmadı.

Ultrasound muayenesinde düzensiz eko veren bir oluşum gözlenmiş olup tam olarak değerlendirilemedi.

Yatışının ilk günü yapılan Douglas ponksiyonu menfi idi.

Bu arada hastanın aralıklarla bimanuel muayeneleri yapalıdı. Yatışının 9'uncu hastamızda subikterik bir tablo ortaya çıktı. Karaciğer kosta kenarını 2 cm kadar geçiyordu. 10'uncu günü tamamen ikter tablosu gelişti. Yapılan tetkiklerde, Total Bilirubin: % 3,9 mgr, Direkt Bilirubin: % 2,2 mgr, SGOT: 25 Ü, SGPT: 23 Ü, Alkalen Fosfataz: 2BÜ olarak rapor edildi. Aynı gün tekrar yapılan bimanuel muayene esnasında, hastanın şiddetli ağrı tarif etmesi ve giderek genel durumunun kötüleşmesi üzerine laparotomiye karar verilerek operasyona alındı.

Operasyonda, batında 2000 cc kadar kısmen serbest ve kısmen de pıhtılı kan mevcuttu. Sıcak su ile batındaki kan pıhtıları çözüldükten sonra künt disseksiyonla yapışıklıklar disseke edildi. Uterus bir aylık gebelik cesametinde idi. Sol adneksin hemen altında broad ligamentin arka yüzüne ve barsaklara implante olmuş 2,5-3 aylık cesamette bir abdominal gebelik mahsülü ile karşılaşıldı. Her iki tüp ve overler normal görünümde olup, yeni veya eski bir yara izine rastlanmadı.

Plasentanın bir kısmı çıkarıldı, geri kalan kısmı da batında bırakıldı. Placenta artıklarından olan kanama sütürlerle ve kompresyon ile kontrol altına alındıktan sonra batına dren konarak batın tabakaları kapatıldı. Bu arada hastaya 3 ünite uygun kan verildi. Postoperatif dönemde 5 gün süre ile günde 20 mgr Methotrexate (İM) olarak enjekte edildi. Postoperatif 4'ncü günden itibaren hastanın ateşinin çıkması üzerine Clindamycin ve Gentamicin (İM) ile 5 günlük bir antibiotik tedavisi uygulandı. Hastamız postoperatif 9'ncü günü şifa ile taburcu edildi. 15 gün sonraki kontrol muayenesinde genel durumunun iyi olduğu, önemli bir şikayetinin olmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA:

Abdominal gebelik Primer ve Sekonder diye ikiye ayrılır. Gebeliğin primer abdominal gebelik olarak kabul edilebilmesi şu kriterlere dayanır:

- 1- Her iki tüp ve overler normal olmalı.
- 2- Utero-peritoneal fistüle ait herhangi bir belirti olmamalı.
- 3- Tamamen peritoneal yüzeylerle ilişkili ve tubadaki primer implantasyonu takiben gelişen sekonder bir implantasyon ihtimalini dışlayacak kadar yeni bir gebelik mevcut olmalıdır (3,7,8).

Bizim vakamız da yukarıdaki kriterlere uygunluk gösterdiğinden primer abdominal gebelik olarak kabul edildi.

Canlı, ilerlemiş abdominal gebeliğin yüksek risk oluşturduğu bilinmekle birlikte, nadir oluşu ve semptomlarının kesin olmayışı, hastalığın tanısını geciktirmektedir (6).

Genellikle gebeliğin erken dönemlerinde bir tubal rüptür veya tubal abort hadisesi meydana geldiğinden acil bir hadiseyi düşündüren bir anamnez verirler (3,7).

Genellikle izah edilemeyen bir abdominal ağrıdan şikayetçi, konuşan kadın hastada abdominal gebelik olabileceği de akılda bulundurulmalıdır (3).

Tekrarlayan yaygın ve spasmodik tarzda karın ağrısı nöbetleri, geçmeyen bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, konstipasyon, leke tarzındaki vaginal kanama veya aktif bir vaginal kanama ve gebeliğin ileri dönemlerinde ağırlı fetal hareketler abdominal gebelik belirtileri olup gebeliğin erken dönemlerindeki tubal rüptür veya tubal aborta bağlı olarak anemi tablosu da gelişebilir (3,7,8).

Vakamızda da bir aydır devam eden yaygın ve aralıklarla şiddeti artan abdominal ağrı ile halsizlik ve kırgınlığın yanısıra anemi ve ikteri vardı. Anemi ve ikteri vaginal muayeneler esnasında ortaya çıkan plasenta travmalarına bağlı intraperitoneal kanamaya ve bu kanın rezorbe olmasına bağlayabildik.

Bir çok otör doğru bir tanının röntgen tetkikile konulabileceğini ileri sürmektedirler. Röntgende uterus kavitesi dışındaki bir fetüsün gösterilmesi ile preoperatif tanı doğrulanmış olur. Anteroposterior ve lateral grafilerde fetüs iskeletinin annenin karnına dik olması ve annenin lumbal vertebralarının üzerinde uzanan fetüs kısımlarının görülmesi, hemen hemen abdominal gebelik için diagnostiktir (3,6,8). Histerosalpingografide; fetüsten ayrı boş bir uterus kavitesinin görülmesi de diagnostik bir tanı metodu olup, intrauterin gebelikte ve özellikle fetüsün canlı olduğu durumlarda sakıncalıdır (3,7). Bizim vakamızda çekilen grafilerde herhangi bir patolojik durum değerlendirilemedi. Hastada intrauterin gebelik düşündüğümüz için histerosalpingografi yapmayı uygun görmedik. Ultrasound muayenesinin, abdominal gebeliğin tanı ve yönetiminde kesin bir teşhis metodu olduğu kabul edilmektedir. Ultrasoundta erken gebelik döneminde çok garip bir görüntü ortaya çıkar. Uterus biraz büyümüş ve yer değiştirmiştir. Fetüs başı uterusun dışında görülür. Ayrıca fetüs başı ile mesane arasındaki uterus duvarıda visüalize edilemez. Sağlam korionik tabakanın bulunmayışı multipl implantasyon alanlarının mevcudiyeti, adezyonlar ve barsak boğumları nedeniyle, plasentanın ultrasonik olarak tanınması oldukça zordur (1,8). Bizim vakamızda erken abdominal gebelik olduğundan ultrasound muayenesinde, dağınık ekolar alınmış olup, intra-abdominal bir gebelik tanısı konulamadı.

Abdominal gebelikte en ideal tedavi; fetüs, plasenta membranlarından oluşan tüm gebelik mahsulünün alınmasıdır. Plasentanın alınmasında güçlük olabileceğinden şüphelenir ise, plasentaya hiç dokunulmadan, kordonu plasentaya en yakın yerinden bağlayarak, peritoneal kavitede bırakmak en doğru olanıdır (2,3,8).

Vakamızda olduğu gibi, büyük bir kısmı alındıktan sonra kalan plasenta dokusuna bağlı kanamalarda, damar ligasyonu ve kompresyon gibi hemostatik işlemler yapılabilir.

Ayrıca, abdominal gebelikte optimal operasyon zamanı hususunda da otörler arasında fikir birliği yoktur. Eğer erken gebelik döneminde tanı konulur ise bir an önce laparotomi yapılmalıdır (3,4). Hastamızda erken tanı konulmadığından sık sık yapılan jinekolojik muayeneler sonucu plasentanın travmatize olduğu ve bunun sonucu intraperitoneal bir kanamanın ortaya çıktığı görüldü.

Plasentanın peritoneal kavitede bırakıldığı vakalarda, sıklıkla enfeksiyon, apse, yapışıklıklar ve kesi yerinin açılması şeklinde komplikasyonlar görülebilir (7). Takip ettiğimiz hastada da postoperatif 4. günden itibaren enfeksiyon geliştiğinden, hastaya clindamycin ve Gentamicin tedavisi uygulandı. Bununla birlikte vabilite sınırına yakın fetüsü bulunan abdominal gebelik vakalarında, canlı bir bebek doğurtmak amacıyla operasyon haklı olarak geciktirilebilir (3).

Plasentanın batında bırakıldığı vakalarda, plasenta belli bir süre aktivitesini sürdürebilir. Buna bağlı olarak da bu süre içerisinde gebelik testi pozitif olacaktır. Bu gibi vakalarda plasentanın canlılık süresini kısaltmak ve kitlesel büyüklüğünü küçültmek amacıyla Methotraxate baskısına alınabilir (3,5). Tavsiye edilen methotraxate dozu, 5 gün süre ile 25 mg olup, gerektiğinde bu doz tekrar edilebilir. Biz de bu amaçla hastamıza 5 gün günde 20 mg methotraxate (1.m) uyguladık. Ancak, bu tedaviyi uygularken günlük eritrosit, B.K. trombosit sayısı ile karaciğer fonksiyon testlerini de yaparak kontrol ettik.

SUMMARY

(ABDOMİNAL PREGNANCY: BECAUSE OF ONE CASE)

In this study, one case report of intraabdominal pregnancy is presented and the importance of early diagnosis is stressed. Recurrent abdominal pain in the gravid patient should be considered the possibility of abdominal pregnancy. There is the highest maternal morbidity and mortality in the abdominal pregnancy. The diagnosis, treatment and clinical course of this rare form of extra-uterine pregnancy are discussed.

LİTERATÜR

- 1- Allibone, G.W., Fagan, C.j., Porter, S.C.: The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. *J. Clin. Ultrasound* 9: 383, 1981.
- 2- Beacham, W.D., Hernquist, W.C., Beacham, D.W., and Webster, H.D.: Abdominal pregnancy at Charity Hospital in New Orleans. *Am. J. Obstet. Gynecol* 84: 1257, 1962.

- 3- Berdvold, E., Raabe, N.: Abdominal pregnancy: A case report and a brief review of the literature. *Acta Obstet. Gynecol Scand* 62: 377; 1983.
- 4- Bright, A.S., and Culiner, A.: Advanced abdominal pregnancy: Review of the recent Literature and report a case. *Obstet. Gynecol*: 17: 316, 1961.
- 5- Foster, H.W., Moore, D.T.: Abdominal pregnancy: Report of 12 cases. *Obstet. Gynecol* 30: 249; 1967.
- 6- Hertz, R.H., Timor-Trietsch, I., Sokol, R.j., Zador, I.: Diagnostic studies and fetal assesment in advanced extrauterin pregnancy. *Obstet. Gynecol* 50: 62 (Suppl); 1977.
- 7- Pritcard, j.A., MacDonald, P.C.: *Williams Obstetrics*. Sixteenth ed, New York, Appleton-Century-Crofts, 1980, pp. 543-546.
- 8- Strofford, j.C., Ragan, W.D.: Abdominal pregnancy. Review of current management. *Obstet. Gynecol*, 50: 548; 1977.
- 9- Te Linde, R.W., Mattingly, R.F.: *Operative Gynecology*, Fourth ed, Philadelphia, j.B. Lippincot Co. 1970, p. 339.
- 10- Wilson, j.R., Carrington, E.R., Ledger, W.j.O *Obstetric and Gynecology*. Seventh ed, St. Louis, The C.V. Mosby Co, 1983, p. 208.