

ABDOMİNAL GEBELİK

Dr. Murat POLAT x
Dr. K. Yalçın POLAT xx
Dr. Selahattin ÇELİK xxx

ÖZET :

Bu çalışma Erzurum Numune Hastanesi Kadın Doğum kliniğinde 1.1.1980 ile 1.1.1989 yılları arasında tanı konan ve tedavi edilen 1 abdominal gebelik olgusunu kapsamaktadır. Bu süre içinde 30.639 normal doğum ve sezeryan gerçekleştirildi. Bu olguda çocuk ölü idi. Anne ise bilahare şifa ile taburcu edildi. Abdominal gebeliğin görülme insidansı 30.639 olarak bulundu. Yapılan otopside fetüsün miada ulaşmış olması enteresan olarak bulundu

GİRİŞ :

Abdominal gebelik nadir rastlanan, fakat ciddi komplikasyonları olan ekstremitelerin bir gebelik şeklidir. Tubal, ovaryal ve intraligamenter gebelikler hariç, peritoneal boşluk içerisinde oluşan gebeliklere abdominal gebelik denir(4,5). Ektopik gebeliğin özel bir şeklidir.

İnsidans, literatürlerde çok değişik olarak belirtilmiştir. A.B.D'de 1979-1982 yılları arasında her 100.000 canlı doğumun 92'sinin ektopik gebelik, 10,9'unun abdominal gebelik olduğu tesbit edilmiştir. Etiyolojide, genital yollara ait konjenital malformasyonlar, enfeksiyonlar, genital yolları özellikle tubaları ilgilendiren ameliyatlara ve sosyo-ekonomik durumlar rol oynar. Sosyo-ekonomik durumu düşük olanlarda daha sık görülür (1,4,5,8).

Abdominal gebelik, primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır. Primer abdominal gebelik, ovumun fertilizasyondan itibaren peritoneal kaviteye implante olması ile, sekonder abdominal gebelik ise döllenmiş ovumun tubanın rüptürü veya tubadan düşme yoluyla peritoneal kaviteye implantasyonu ile oluşmaktadır(1). Bir abdominal gebeliğin primer olduğunu söyleyebilmek için:

x Erzurum Numune Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı
xx Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Arş. Görevlisi.
xxx Erzurum Numune Hastanesi Kadın Doğum Hastalıkları Uzmanı

- 1— Her iki tuba ve ovaryumun sağlam olması,
- 2— Utero-peritoneal bir fistül bulunmaması,
- 3— Gebeliğin tubada başladıktan sonra peritona implante olduğunun ekarte edilmesi gerekmektedir (2,6,8).

Abdominal ağrı, bulantı-kusma genel vücut kırgınlığı ağırlı çocuk hareketleri, vajinal kanama ve amenore başlıca semptomlardır(4,7,8,9).

Abdominal gebeliklerde semptomların dağılımı, gebelik yaşı, placentanın lokalizasyonu ile yakın ilişki gösterir (1).

Teşhiste, anamnez ve fizik muayene bulguları önemlidir. Ultrasonografi tecrübeli ellerde yapıldığında teşhise yardımcı olabilir. Ancak bu teşhis metodunun diğer teşhis metodları ile birlikte uygulanması çok daha yararlıdır(1). Oxytocin ve prostoglandin indüksiyon testleri abdominal gebeliği teşhiste oldukça faydalıdır(1,3,4,5,7,8,9). 10 ml. salin içinde 2 IU oxytocin enjeksiyonu normal bir gebede uterusu kontraksiyon oluşturmaya rağmen ektopik gebelikte bu test yapıldığında uterus kontraksiyonu görülmez(1). Radyolojik araştırma sonucu fötüs iskeletinin uterus dışında olduğu tesbit edilebilir.

Mortalite oranı hem anne hem de çocuk açısından oldukça yüksektir. Bu oran çeşitli yayınlarda çocuk için % 40-95, anne için ise % 0,5-20 arasında değişmektedir(4,7,8).

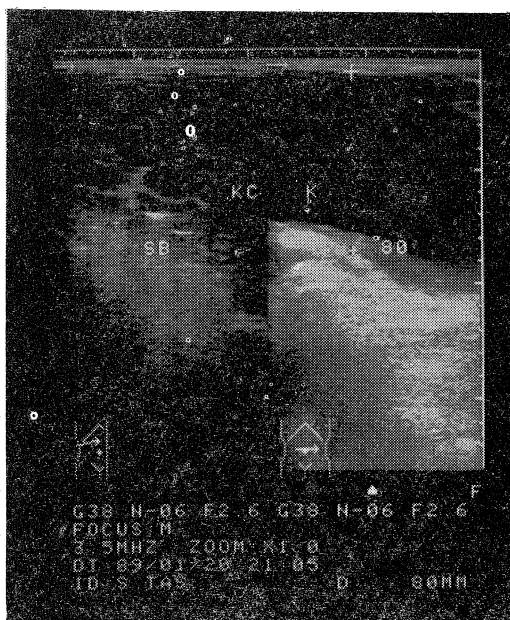
VAK'A TAKDİMİ :

Bayan M.E. 25 yaşında multigravida. Kabızlık, mide bulantısı, dispne, halsizlik, karnında şiddetli ağrı şikayetleri ile müracaat etti. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Muayenede, kollum kapalı. Batın miadında gravido cesametinde, çocuk kalp sesleri alınamıyordu. Pubis üzerinde sertlik ve hassasiyet mevcuttu. Ayrıca batında mayi tesbit edildi. Pozisyon tesbit edilemedi. Kollumda silinme yoktu. Oxytocin ile indüksiyon yapıldı. Etkili uterus kasılmaları ve kollumda açılma olmadı. Batın ultrasonografisi, intrauterin ölü fötüs olarak rapor edildi (Resim-1).

Laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda amnion zarı tüm barsaklara ve uturusa yapışmış halde idi (Resim-2).

Amnion zarı açıldı. Dişi cinse ait fötüs mevcuttu. Fötüs, amnion zarı ve placentası çıkarıldı. Uterus 2 aylık gravida cesametinde idi. Her iki tuba ve overler normal görünümde idi.

Histopatolojik incelemede plasentanın normal yapıda olduğu tesbit edildi. Fötüsün otopsi raporu: 53 cm. boyunda, ileri derecede masere olmuş, 3100 gr. ağırlığında, tam teşekküllü ve tabii gelişimde solumamış kız bebek cesedi olarak değerlendirildi. Fetüste deformite olmadığı da rapor edildi (Resim-3).



Resim 1



Resim 2



Resim 3

Ameliyat sonrası insizyonda enfeksiyon gelişti. medikal tedavi ile düzeldi. Postoperatif 23. gün anne şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA :

Obstetrikte nadir görülen ve ciddi komplikasyonlar taşıyan abdominal gebeliğin teşhisi önemlidir. Gelişmiş ülkelerde doğum öncesi sıkı takipte teşhisin konması veya gerekli müdahalelerin zamanında yapılması mortalite ve morbidite oranlarını önemli ölçüde düşürmüştür.

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber geçirilmiş pelvik, özellikle tubal operasyonlar, konjenital anomaliler, geçirilmiş pelvik enflamatuvar hastalıklar abdominal gebelik insidansını arttırdığı bilinmektedir(4,5). Bizim vak'ımızda sadece geçirilmiş pelvik enflamatuvar hastalık hikayesi mevcuttu. J. Craig Strafford ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada 11 abdominal gebelik vak'asının 9'unda daha önce geçirilmiş tubal hadise olduğunu tesbit ettiler(8).

Yapılan tüm çalışmalarda en sık rastlanılan semptomlar şunlardır: Amenore, bulantı-kusma ve vaginal kanamadır(2,4,5,7). Fizik muayenede teşhis için kesin bulgular elde edilemez. Palpasyonla fetüs kısımlarının kolayca palpe edilmesi önemli bir kriter değildir(8). Bizim vak'ımızda pubis üzerinde sertlik ve hassasiyet mevcuttu. Ayrıca batında mayi tesbit edildi.

Ultrasonografi ile teşhis koymak güçtür. Hanı K. Atrash ve arkadaşları abdominal gebeliği olan 4 hastaya ultrasonografi yapmışlar, ancak hiç birine abdominal gebelik teşhisi koyamamışlar(2). Bizim vak'ımızda da preoperatif olarak ultrasonografi ile abdominal gebelik teşhisi konulamamıştır. Oxytocin indüksiyon testi önemli bir teşhis metodudur. (1,3,4,5,7,8,9). James N. Martin

ve arkadaşları intrauterin ölü fetüs düşündükleri 2 hastaya oxytocin indüksiyon-testi uygulamışlar ve bunlara uterusun cevapsız kaldığını gözlemişler (5). Daha sonra bu iki vak'anın da intraabdominal gebelik olduğu anlaşılmıştır. Bizim vak'amızda da aynı test uygulanmış ve uterusun cevapsız kaldığı gözlenmiştir.

Preoperatif olarak abdominal gebelik teşhisi konulduğunda gebeliği sonlandırıp sonlandırmamak bir problem olarak kalmaktadır. Peter S. Cartwright ve arkadaşlarına göre anne ve fetüsün durumu stabilse ve amniotik sıvı yeterli ise doğum geciktirilebilir, şayet amniotik sıvı yetersiz ise doğum geciktirilmemelidir. Çünkü bunlarda basınca bağlı deformite ve malformasyonlar oldukça sık görülmektedir(3). Buna karşılık daha çok taraftar bulan görüş, abdominal gebeliğin anne ve fetüs için ciddi komplikasyonlarından dolayı teşhis konur konmaz laparotomi yapılmasıdır(7). Laparatomide plasentanın çıkarılıp çıkarılmaması da tartışma konusudur. Plasenta yeride bırakıldığı zaman ileus, peritonit, intraabdominal apse, hastanede kalış süresinde uzama ve bazen plasentanın çıkarılması için ikinci bir ameliyat gerekebilmektedir(4). Plasenta çıkarıldığı zaman kanama artmaktadır. Bizim vak'amızda plasenta çıkarılmış olup hastaya toplam 4 ünite kan transfüzyonu yapılmıştır. Plasenta çıkarılmadığı zaman methotrexate kullanılarak plasentanın absorpsiyonu hızlandırılabilir, fakat bu tedavi intraabdominal enfeksiyon ihtimalini çok arttırır(7).

Mortalite oranı hem anne hem de çocuk açısından oldukça yüksektir. Çocuk ölüm oranı, çeşitli yayınlarda % 40-95 olarak, anne ölüm oranı % 0,5-20 olarak rapor edilmiştir(5,7,8). Abdominal gebelikte fetüsün miada ulaşması oldukça nadirdir. James N. Martin ve arkadaşlarının yaptıkları 20 yıl süreli bir çalışmada 9 abdominal gebelik olgusu tesbit etmişler, ancak bunların hiç birinde miada ulaşmış fetüs tesbit edememişler(5). Isaac Delke ve arkadaşları yaptıkları 16 yıllık bir çalışmada 10 abdominal gebelik olgusunun 3'ünde fetüsün miada ulaşmış olduğunu tesbit ettiler(4). Bizim vak'amızda da fetüsün miada ulaşmış olması enteresan olarak bulundu.

SUMMARY :

The case was seen among 30639 deliveries performed vaginal and ceserian surgery in the hospital of Erzurum Numune between 1980 and 1989 (It was presented a case of one abdominal pregnancy). In this abdominal pregnancy, the fetus was born as a death but the mother amoleriated. The fetus was interestingly reached the time of delivery.

KAYNAKLAR

- 1- Arıdoğan, N, Köker İ, Açikkol C. Karanfil H. üç olgu nedeniyle ilerlemiş primer abdominal gebelik. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1983, 3: 295-300.

- 2- Atrash HK, Friede A, et al. Abdominal pregnancy in the United States: Frequency and maternal mortality. *Obstet and Gynecology* 1987; 69: 333-7.
- 3- Cartwright PS, Brown JE, et al. Advanced abdominal pregnancy associated with fetal pulmonary hypoplasia: Report of a case. *Am. J. Obstetgynecol* 1986; 155: 396-7.
- 4- Delke I, Veridiano PN, Tancer L. Abdominal pregnancy: Review current management and addition of 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 200-3.
- 5- Martin JN, Sessums K, et al. Abdominal pregnancy: Current concepts management. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 549,-57.
- 6- Noren NH, Lindblom B. A unique case of abdominal pregnancy: What are the minimal requirements for placental contact with maternal vascular bed. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 394-6.
- 7- Rahman MS, et al. Advanced abdominal pregnancy-observations in 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 365-72.
- 8- Strafford JC, et al. Abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 548-52.
- 9- Tromans PM, Coulson R, et al. Abdominal pregnancy associated with extremely elevated serum α -fetoprotein case report. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1984; 91: 296-8.