



KOMBİNE GEBELİK: OLGU SUNUMU

COMBINED PREGNANCY: CASE REPORT

Gürkan KIRAN Hakan KIRAN

K. S. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Anahtar Sözcükler: kombine gebelik, gebelikte akut batın.
Key Words: pregnancy, acute abdomen in superfetation.

ÖZET

Kombine gebelik, intrauterin gebelikle ekstrauterin gebeliğin birlikte olması halidir. Genellikle, gebelikle birlikte akut batın sendromu şeklinde ortaya çıkan bir tablo yapar. Preoperatif tanısı oldukça zordur. Bu yazıda, 22 yaşında kombine gebelik tanısı alan bir olgu sunulmuş, kombine gebelik olgularının özellikleri, tanı ve tedavisindeki sorunlar tartışılmıştır.

SUMMARY

Combined pregnancy is an intrauterine pregnancy accompanied by extrauterine pregnancy. Usually this situation is presented by a pregnancy and acute abdomen. Preoperative diagnosis is very difficult. In this article, a 22 years old case with combined pregnancy is reported, features and problems in diagnosis and management of this situation discussed.

GİRİŞ

Gebelik, pek çok medikal ve cerrahi hastalığın birlikte görülebildiği uzun bir süreçtir. Gebelikte akut batın sendromu da gebeliğin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Özellikle gebeliğin ilk aylarında, intrauterin bir gebeliğin beraberindeki ekstrauterin yerleşimli bir gebelik de, akut batın sendromu tablosu ortaya koyabilir, intrauterin gebelikle, ekstrauterin gebeliğin birlikte olduğu 'kombine gebelik' adı verilen bu durumun sıklığı ile ilgili olarak, literatürde 40000 gebelikte 5 (1), 70000 gebelikte 1'den az (2) gibi farklı oranlar verilmektedir. Son yayınlar- da 1/7000 gibi yüksek oranlardan söz edilmektedir (3).

OLGU

22 yaşındaki hasta, bir haftalık menstrüasyon (adet) gecikmesi ile SSK Adana Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe polikliniğine başvurdu. Obs- Yazışma adresi: Gürkan Kiran, Kayseri Sütçü imam Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş
Makalenin geliş tarihi: 30. 11. 2001 ; kabul tarihi: 20. 02. 2002

tetrik öyküsü gravida:1, parite: 0, abortus: 0, dilatasyon/küretaj: 0 şeklindeydi. Yapılan pelvik USG'de gestasyonel kese(GS) çapına göre 5 haftalık gebelik saptandı ve hasta, rutin gebelik takip programına alındı. Olgu, bundan bir ay sonra, şiddetli sağ alt kadran ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile aynı hastanenin acil polikliniğine başvurdu. Yapılan pelvik USG'de GS'ye göre 8 hafta 4 günlük intrauterin, canlı [FKA (+)] (FKA: Fetal kalp atımı) gebelik gözlendi ve ekstrauterin gebeliği düşündürecek herhangi bir patoloji saptanmadı (Shimadzu SD32C, lineer prob). Vajinal prob donanımı olmadığından, adneksler iyi değerlendirilemedi. Batın muayenesinde defans (+), rebound (+) olarak saptandı. TA:80/60 mm Hg, Nabız:96/dk, Ateş:36.7°C idi. Akut batın sendromu düşünülen hastadan genel cerrahi konsültasyonu istendi. Konsültasyon sonucunda, preşok bulguları olan hastada laparotomiye karar verildi. Yapılan operasyonda sağ tubal yerleşimli kanamalı kitle çıkarıldı (distal parsiyel salpinjektomi). Materyalin patolojik incelemesi, tubal yerleşimli ektopik gebeliği doğrulamaktaydı. Postoperatif herhangi bir sorunu olmayan hasta, yatmakta

olduğu Genel Cerrahi Kliniği'nden, jinekoloji konsültasyonu yapılmaksızın ekstre edilmiştir. Retrospektif olarak düşünüldüğünde, hastanın ekstreuterin yerleşimli gebeliğinin intrauterin yerleşimli sanıldığı kanaatine varılmıştır.

Hasta bir ay sonra, koyu renkli vajinal kanama ve alt batında kramp tarzında ağrı yakınmalarıyla tekrar Jinekoloji Polikliniği'ne başvurmuştur. Yapılan pelvik USG'de CRL (crown-rump length-baş-popo uzunluğu)'ye göre yaklaşık 9 haftalık fetus gözlenmiş, FKA saptanmamıştır. Olguya missed abortus tanısıyla, genel anestezi altında dilatasyon ve küretaj yapılmış, iki ayrı tablo birlikte değerlendirildiğinde, atlanmış bir kombine (ekstreuterin ve intrauterin) gebelik varlığı anlaşılmıştır.

TARTIŞMA

Tubal gebelik nadiren beraberindeki bir intrauterin gebelikte komplike olabilir, bu durum kombine gebelik olarak bilinir (4). Klinik tanısı oldukça zordur. Son zamanlarda, yardımcı üreme tekniklerinin uygulanmasıyla insidensinin arttığı kabul edilmektedir (3). Tipik olarak laparotomi, tubal gebelik yüzünden yapılır. Preoperatif tanısı zor, hem anne, hem de intrauterin gebelik için potansiyel olarak tehlikeli bir durumdur (5). Laparotomide ekstreuterin yerleşimli gebelik yanı sıra, uterus konjesyone, yumuşamış ve bir miktar genişlemiştir.

Bizim olgumuzda hastaya yapılan genel cerrahi konsültasyonu sonucunda genel cerrahi kliniği hastayı

laparotomiye almıştır. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü ile olan yetersiz iletişim ve inceleme eksikliğinden dolayı operasyon bulgularıyla ektopik gebelik tanısı konularak, daha önceki bulguların ektopik gebelikçe oluşturulduğu kabul edilmiş ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının değerlendirmesine gerek görülmeden parsiyel salpenjektomi yapılmış, hastanın intrauterin gebeliği tanınamadan hasta taburcu edilmiştir ve hastanın intrauterin gebeliği gözden kaçırılmıştır. Yetersiz bilgide olan hasta bir ay sonra geldiğinde tekrar gebe olduğunu öğrenmiştir ve gebeliğinin sağlıklı olmadığı söylenerek tedavisi yapılmıştır. İlk operasyonun yapıldığı hastane ile, aynı kurumun kadın ve çocuk hastalıkları hastanesinin birbirinden ayrı ve uzak birimler halinde hizmet veriyor olması da, iki farklı kliniğin kooperasyonunun sağlanamamasında etkili olmuştur. Sonuç olarak hastalığın tanı ve tedavisinde, çağdaş tedavi anlayışı ve kaliteli hasta hizmetine aykırı durumlar bulunmaktadır.

Her intrauterin gebelikte jinekolojik muayenede ve yapılan pelvik USG incelemesinde adneksiyal yapılar da birlikte değerlendirilmelidir. İlk trimesterde tüm semptomatik hastaların adneksiyal bölgelerinin dikkatli ultrasonografik incelemesi önemlidir (6). Koşullar uygun ise, yine ilk trimesterde USG incelemesini transvajinal yolla yapmak daha uygun olacaktır. Akut batın sendromu tablosu çizen bir (özellikle ilk trimester) gebelik olgusunda, ayırıcı tanıda kombine ektopik gebelik de mutlaka araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD: Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. Am J Obstet Gynecol 1983; 146 (3):323-30.
2. Moore KL, Persaud TVN: The Developing Human, Fifth Edition, W.B. Saunders, Philadelphia, 1993; 46.
3. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD: Williams Obstetrics, 21st Edition. Mc Graw Hill, International Edition 2001; 889.
4. Frederickson HL, Wilkins-Haug L: Ob/Gyn Secrets, Hanley&Belfus.Inc, Philadelphia, 1994; 44.
5. Bognoni V, Quartuccio A, Quartuccio A Jr: Combined pregnancy. Minerva Ginecol 1998; 50(7-8): 325-8.
6. Sepulveda WH: Sonographic diagnosis of combined intrauterine and extrauterine pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 31 (4):361-4, 1990.