



## VAK'A OBSERVASYONU

A. V., 27 yaşında (protokol: 6744/ 6745), 4 doğum yapmış, düşük ve ölü doğum tarif etmiyor.

Son doğumunu 10 ay kadar önce yapmış ve doğumdan sonra adet görmemiş. 31. 5. 1977 tarihinde acil servise, daha önce hafif karın ağrıları olmakla birlikte, bir saat önce başlayan şiddetli kasık ağrısı, baygınlık ve halsizlik şikayetleri ile baş vuruyor. Akut apandisit yönünden hasta incelenmekte iken şok tablosu oluşması üzerine, müracaatından 4 saat sonra, kliniğimize gönderiliyor.

Yapılan muayenesinde, Sistolik kan basıncı 40 mm Hg. Nabız, 140/dak. olarak bulundu. Ayrıca genel durumunun iyi olmadığı ve solgun ve halsiz görünümde olduğu ve soğuk terleme mevcudiyeti saptandı.

Genital muayenede; douglas boşluğunda hassasiyet, uterusu normalden az büyüme ve sağa itilme ile solda uterusla devam eden ve sol cornu ile bitişik hassasiyet nedeniyle tam hudutlandırılmayan kitle tesbit edildi.

Hastaya douglas ponksiyonu uygulandı ve bol miktarda kan gelmesi ü-

zerine, kan transfüzyonuna başlanarak, acilen operasyona alındı.

Operasyon Bulguları: Karın boşluğunda 3 litre civarında taze kan saptandı. Her iki over ve sağ tuba ile sol tuba uterusu girdiği yere kadar normal görünümde bulundu. Uterus normal büyüklükte olup, sol cornuda tubanın giriş yerinden itibaren yükselmiş 2 cm. Çapında, kanayan uterus arka yüzünden karın boşluğuna rüptüre olmuş, içinde koryonik dokuya benzeyen materyal sarkan tümöral oluşum saptandı.

Hastaya sol salpingectomy ve sol cornual resection operasyonu uygulandı. Materyalin patolojik tetkikinde "Tubal gebelik" tesbit edildi (pato. an. prot. no: 2594/77) Hastaya postoperatif 3 ünite A (Rh +) kan transfüzyonu yapıldı ve 9.6. 977 günü şifa ile taburcu edildi.

Labaratur bulguları: Hb: % 9 Gr., Lökosit: 3800/mm<sup>3</sup>, Htc: % 23, İdarar normal olarak bulundu. Direk batın grafisininide patolojik görünüm bulunamadı.

## TARTIŞMA

İnterstisyel gebelik etiolojisinde, diğer dış gebeliklerdeki faktörlere ilave olarak, daha önce geçirilmiş salpinjektomi sorumlu tutulmaktadır. (3,4) 20. asrın başlarında ancak otopsilerde rastlamıldığı bildirilen bu ektopik gebelik formundan ABD literatüründe 1970 yılına kadar 200 vak'a neşredilmiştiir (3).

İnterstisyel ektopik gebelikte semptomatoloji diğer ektopik gebelik formlarından farklı değildir. Klinik muayenede ise uterusu yakın tubal gebelik cornual bölgede yerleşmiş intrauterin gebelik, cornual myom, ve uterus bicornus gibi durumlarla karıştırılabilmektedir. Hatta operasyon esnasında da intakt bir interstisyel gebeliğin tanımında çoğu

kez güçlükle karşılaşmaktadır. Operasyon esnasında teşhis için şu kreterler aranmakta ve bu bulguların bir arada bulunuşu Ruge-Simon sendromu olarak isimlendirilmektedir (4). Bu bulgular:

- a. Uterus fundusunun karşı tarafta yer değiştirmesi
- b. Hastalığa iştirak eden konunun mütebarizleşmesi
- c. Uterusun uzun eksenini etrafında rotasyonu

Ayrıca tubaya ilaveten ligamentum rotundum ve ligamentum ovarii propriumun kitlenin lateralinde kalması da önemli bir bulgu olarak bildirilmektedir (4). Diğer taraftan karar verilemeyen vakalarda uterusun manipulasyonu veya oksitosin tatbiki ile kitlenin daha aşikar olarak görülmesi tanıya yardımcı olabilmektedir.

İnterstisyel gebelikte bu güne kadar canlı fetus rapor edilmemiştir. İnterstisyel bölgede yerleşmiş bir gebelik genellikle 10-14. haftada uterus arka yüzünden rüptüre olmaktadır (4). Çok nadir hallerde ise uterus kavitesine rüptür veya abort olmakta ve abortus inkompletusu taklid ederek karışık bir tablo oluşturmaktadır (5). İnterabdominal rüptürü takiben, bölgenin anatomik özelliği dolayısıyla, kısa zamanda şok ortaya çıktığı ya-

zarlarca belirtilmektedir (3,4,5). Bizim vakamızda da tahminen 4 saat içerisinde şok meydana gelmiştir.

Tedavi hemen her vakada cerrahidir. metod olarak kitlenin küçük ve hastanın durumunun müsade ettiği vakalarda mümkünse overi koruyarak unilateral salpinjektomi ve kornual rezeksiyon önerilmektedir (3,4,5). Yaklaşık olarak vakaların % 60'nın bu metod için uygun olduğu bildirilmektedir. geri kalan vakalarda ise uygun metod salpingektomiye ilaveten total veya supraservikal histerektomidir.

Diğer ektopik gebelik şekillerinde anne ölümünün % 1'in altında olduğu bildirildiği halde (1), interstisyel gebelikte bu oran % 4 hatta salpingektomi takiben meydana gelmişse % 7 dir ki bu oldukça yüksek bir mortalitedir (3,4). hatta teşhiste çok gecikmiş vakalarda anne ölümü kaçınılmazdır.

Kornual rezeksiyon yapılan vakaların sonraki gebeliklerinde sezaryen gerekebileceği ve rezeksiyon yapılmış bölgede plasenta akreata meydana gelebileceği otörler tarafından bildirilmektedir (4).

Diğer taraftan tuba gebeliklerinde veya başka bir nedenle salpingektomi gereken vakalarda kornual rezeksiyon yapılması ve iyi bir şekilde peritonize edilmesiyle interstisyel gebelik oranının daha da düşeceği ileri sürülmektedir (4)

## SONUÇ

İnterstisyel ektopik gebelik tubar gebeliğin çok vahim seyreden nadir bir şeklidir. Teşhiste özel kriterlere ihtiyaç vardır. Lokalizasyonundaki özellik nedeniyle tedavisinde bazı vakalarda

histerektomi gerekmektedir. Rüptürü takiben kısa zamanda şok oluşması nedeniyle teşhiste gecikilmesi anne hayatına mal olabilmektedir.

## SUMMARY

### Interstitial ectopic pregnancy

In this paper, a case with interstitial ectopic pregnancy have been reported. We gave some knowledge about

this subject and discussed its diagnosis, treatment and prognosis.

## LİTERATÜR

1. Bayçu, T.: Patolojik Obstetrik, A. Ü. Tıp Fak. Yayınları, 1973

2. Novak, R. E.: Textbook of Gynecology. Eighth. 508

3. Te Linde, W. R.: Operative Gynecology. 1970, 335

4. Benson, C. R.: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 1976, 603

5. Moir, C. J.: Operative Obstetrics. 1971, 728