

Ektopik Gebelik Olgularının 5 Yıllık Analizi: Tek Merkez Deneyimi

Emre Erdem Taş¹, Hüseyin Levent Keskin¹, Serpil Aydoğmuş Nemitlu²,
Ulaş Çali¹, Ahmet Akın Sivaslıoğlu¹, Ayşe Filiz Avşar¹

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

ÖZET

Ektopik gebelik olgularının 5 yıllık analizi: Tek merkez deneyimi

Amaç: Bu çalışmada amacımız bir tersiyer merkezde 5 yıllık dönemde ektopik gebelik tanısı alarak tedavi edilmiş olguların demografik özellikleri, risk faktörleri, klinik bulguları, laboratuvar özellikleri ile tedavi yöntemlerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: 2006-2011 yılları arasında ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen 121 olgunun tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olguların yaşları, obstetrik öyküleri, başvuru nedenleri, muayene bulguları, risk faktörleri, β -hCG değerleri, transvajinal ultrasonografi (TV USG) bulguları ile uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildi. İstatistiksel analizler Independent Sample T Test, Fischer's Exact Test ve Mann Whitney testleri kullanılarak yapıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 31.1 ± 5.3 , tanı konulduğunda son adet tarihine göre ortalama gebelik haftası ise 6.3 ± 1.6 hafta idi. Hastaların %20.7'si primigravid ve %31.4'ü nullipar idi. Olguların %5.7'si sadece adet rötan nedeni ile başvururken, 2 olguda hiçbir semptom yoktu. En sık görülen semptom ise karın ve kasık ağrısı (%38.0) idi. Olguların %5.8'inde ektopik gebelik öyküsü, %31.4 olguda önceden geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü mevcuttu. %13.2 olguda rahim içi araç mevcuttu. %4.1 olguda üremeye yardımcı teknikler sonrasında ektopik gebelik meydana gelmişti. Fizik muayenede %55.4 olguda akut batın bulguları mevcuttu. TV USG'de 82 olguda ektopik yerleşimli gestasyonel sak gözlenirken 13'ünde içinde fetal kalp hareketleri mevcuttu. %9.9 olgunun TV USG incelemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaların ilk tanıda β -hCG düzeyi ortalama 3272 ± 3918 IU/ml olarak tespit edildi. 67 olguda ektopik gebeliğin komplike olduğu düşünüldü. Bu olgulardan 24'ünde hemodinamik bulgular stabil olarak kabul edildi. Komplike ektopik gebelik bulguları olan olgular (n=67) ile komplike olmayan olgularda (n=54) β -hCG düzeyleri benzerdi (3320 ± 2310 'e karşı 3633 ± 4475 IU/ml, $p = 0.754$). İlk tanı sırasında komplike olan ve hemodinami parametreleri stabil olmayan 43 olguya cerrahi tedavi uygulandı. 121 olgudan 45'ine ilk tedavi seçeneği olarak sistemik metotreksat uygulandı ve başarı oranı %80 olarak hesaplandı. 7 olguda bekle-gör yöntemi uygulandı ve 5 olguda başarı sağlandı. Sistemik metotreksat uygulanıp başarısız olunan olgularda β -hCG düzeyi anlamlı olarak daha yüksek idi ($p=0.002$). Cerrahi uygulanan toplam 64 olgudan %53.1'ine laparoskopik işlem, %46.9'una ise laparotomi uygulandı. %25 olguda salpingostomi, %75'ine salpingektomi uygulandı. Hemodinamik instabilitesi olan hastaların %65.1 (28/43)'inde ise laparotomi uygulanırken tümüne salpenjektomi yapıldı.

Sonuç: Ektopik gebelik tedavi seçenekleri olgunun durumuna göre her olgu için bireyselleştirilmelidir ve fertilitte koruyucu, konservatif yöntemler mutlaka gözden geçirilmelidir. Komplike olmuş ektopik gebelik olgularında hemodinamik olarak stabil olduğu sürece cerrahi tedaviden önce medikal tedavi şansı olguya sunulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, ruptüre ektopik gebelik, medikal tedavi, metotreksat, cerrahi tedavi

ABSTRACT

Five years analysis of the ectopic pregnancies: a single centre experience

Objective: The aim of our study was to evaluate demographic characteristics, risk factors, clinical and laboratory findings of cases with ectopic pregnancy at a tertiary health care center in a five-year period.

Material and Methods: Clinical data of 121 ectopic pregnancy cases treated between 2006-2011 had been evaluated, retrospectively. The age of cases, obstetric histories, causes of application, examination findings, risk factors, β -hCG levels, transvaginal ultrasound findings and treatment methods had been reviewed. Statistical analyses has been carried out by Independent Samples T Test, Fischer's Exact Test and Mann Whitney U Test; $p < 0.05$ has been accepted as statistically significant.

Results: Mean age was 31.1 ± 5.3 years; mean gestational age—as to the first day of last period—was 6.3 ± 1.6 weeks at the time of diagnosis. Of the patients, 20.7% were primigravid and 31.4% were nulliparous. As 5.7% of all cases had applied only delayed menstruation, two cases had no symptoms. The most frequent symptom was inguinal and abdominal pain (38%). There was a history of previous ectopic pregnancy in 5.8% cases and pelvic surgery in 32.4%; 13.2% cases had intrauterine device, 4.1% had ectopic pregnancy following an assisted reproductive technique. Acute abdominal pain was found in 55.4%. In transvaginal ultrasound imaging, gestational sac was detected in 82 cases; of these 13 had fetal heart beat. There was no pathological ultrasound findings in 9.9% patients. Mean β -hCG level at the time of diagnosis was 3272 ± 3918 IU/ml. In 67 cases, it was thought that ectopic pregnancy was complicated. Of these, 24 had been accepted as hemodynamically stable. It was seen that β -hCG levels of complicated group (n=67) and non-complicated group (n=54) was similar (3320 ± 2310 vs 3633 ± 4475 IU/ml, $p = 0.754$).

Surgical treatment models have been used in 43 complicated patients with unstable hemodynamic parameters. Methotrexate has been applied to 45 of 121 cases as the first treatment choice and achievement drive was calculated as 80%. Wait-and-see method was used in 7 cases and it was succeeded in 5 cases. β -hCG levels were significantly higher in cases that systemic methotrexate application failed ($p = 0.002$). Laparoscopic methods was used in 53.1% and laparotomy was used in the rest (46.9%) of 64 patients who underwent surgery. Salpingostomy was performed in 25% cases and salpingectomy in 75%. Of the patients who were hemodynamically unstable, laparotomy was carried out in 65% (28/43) and salpingectomy was performed on all of these cases.

Conclusion: In ectopic pregnancy, treatment options should be personalized as to the condition of each patient and fertility protective conservative methods must be considered. Medical treatment options should be presented prior to surgery in complicated ectopic pregnancy cases as long as they are hemodynamically stable.

Key words: Ectopic pregnancy, ruptured ectopic pregnancy, medical treatment, methotrexate, surgical treatment

Bakırköy Tıp Dergisi 2013;9:105-110

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Emre Erdem Taş
Ankara Atatürk EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Telefon / Phone: +90-506-603-5777

Elektronik posta adresi / E-mail address: doctortas@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 26 Haziran 2012 / June 26, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10 Şubat 2012 / February 10, 2012

GİRİŞ

Ektopik gebelik, blastokistin endometrial kavite dışında herhangi bir yere yerleşmesidir. Ektopik gebeliğin gerçek insidansını belirlemek oldukça zordur (1). Ancak son 30 yılda sıklığı giderek artmıştır (2,3). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980'den 1990'a kadar ektopik gebelik görülme sıklığı %1'den %1.9'a yükselmiştir ve tüm gebeliklerin %2'sinin dış gebelik olması beklenmektedir (1). Bu artışın temel nedenleri olarak cinsel yolla bulaşan hastalıkların prevalansındaki artış, sigara, yardımcı üreme tekniklerine artan talep ve artan tubal cerrahi girişimler gösterilmiştir (4-6).

Günümüzde seri serum β -hCG ölçümleri ve transvajinal ultrasonografi (TV-USG) kullanımı ile erken ve doğru tanı konulabilmektedir. Bu sayede insidansı artmasına rağmen ektopik gebeliğe bağlı maternal mortalite son 35 yılda 10 kat azalarak %3-4'e düşmüştür (7,8). Erken tanının diğer bir önemli avantajı da konservatif tedaviler için hastaya zaman kazandırmasıdır. Ektopik gebelik gelişen olguların büyük kısmının infertil nulliparlar olması erken tanının önemini daha da artırmaktadır (9).

Bu çalışmada amacımız tersiyer bir merkezde 5 yıllık süreçte ektopik gebelik tanısı alarak tedavi edilmiş olguların demografik özellikleri, risk faktörleri, klinik bulguları, laboratuvar özellikleri ile tedavi yöntemlerinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmada tersiyer merkezde 2006-2011 yılları arasında ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen 121 olgunun tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kayıtların incelenmesi sırasında olguların yaşları, obstetrik öyküleri, başvuru nedenleri, muayene bulguları, risk faktörleri, β -hCG değerleri, TV USG ve endometrial küretaj bulguları ile uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildi. Ektopik gebelik tanısı seri β -hCG ölçümleri ve TV USG bulguları ile konuldu ve uygun vakalarda endometrial küretaj örneklerinin histopatolojik değerlendirilmesi ile de desteklendi.

Hastalar uygulanan tedavi yöntemlerine göre cerrahi, medikal veya tedavisiz izlem (Bekle-gör yöntemi) yöntemleri ile tedavi edildi. Cerrahi uygulanan hastalarda laparotomi veya laparoskopik yöntemi ile ve salpenjektomi veya salpingostomi yapıldı. Medikal olarak tedavi edilen hastalarda lokal veya sistemik metotreksat tedavisi

kullanıldı. Lokal metotreksat tedavisinde TV USG eşliğinde transvajinal yoldan ektopik gebelik kesesine 1 mg/kg dozda metotreksat verildi. Sistemik tedavide ise tek doz metotreksat (50 mg/m²) kullanıldı. Metotreksat tedavisinde başarı, tedavinin 4. ve 7. günlerindeki serum β -hCG değerinde %15 ve üzerinde düşüş olması ve tedaviye başladıktan en geç 35 gün sonra serum β -hCG değerinin 15 IU/L'nin altına ölçülmesi olarak kabul edildi (10). Başarısız olan olgulara 2.doz sistemik Metotereksat uygulandı ve aynı kriterlere göre başarıları değerlendirildi. Bekle Gör Yöntemi ise semptom veya klinik bulgusu olmayan, hemodinamik parametreleri stabil, TV USG'de patoloji tespit edilemeyen ve tedavinin riskleri ile uzunluğunu kabul eden hastalara uygulandı.

Hemodinamik stabilite kriterleri olarak sistolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olması, kalp atım hızının 110 atım/dk.'nın altında olması ve takip hemogram parametrelerine göre olgunun hastaneye kabulünden itibaren 12 saat içinde hemoglobin değerlerinde ≥ 2 gr/dl ve/veya hematokrit değerlerinde ≥ 6 düşüş saptanmaması olarak kabul edildi.

İstatistiksel değerlendirme SPSS 15.0 programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analizler Independent Sample T Test, Fischer's Exact Test ve Mann Whitney Test kullanılarak yapıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen 121 olgunun yaş ortalaması 31.1 ± 5.3 (18-44) idi. Hastaların 25'i (%20.7) primigravid, 38'i (%31.4) nullipar iken 83'ünün (%68.6) en az 1 doğumu vardı. Ortalama gebelik sayısı 2.9 ± 1.5 idi. Tanı konulduğunda son adet tarihine göre ortalama gebelik haftası 6.3 ± 1.6 (4-12) hafta idi. Olguların 7'si (%5.7) sadece adet rötarı nedeni ile başvurmuştu, yapılan muayene ve tetkikleri sonucu ektopik gebelik tanısı konuldu. Diğer yandan ilk başvuru semptomu olarak olguların 22'sinde (%18.2) vajinal kanama, 46'sında (%38.0) karın ve kasık ağrısı mevcut idi. 44 (%36.4) olguda vajinal kanama ile karın ve kasık ağrısı birlikte mevcuttu. 2 (%1.7) olgunun herhangi bir semptomu yoktu ve rutin jinekolojik kontrol esnasında insidental olarak tanı konuldu.

Risk faktörleri incelendiğinde olguların 7'sinde (%5.8) ektopik gebelik öyküsü, 5'inde (%4.1) pelvik inflamatuvar hastalık/tubovarian abse öyküsü, 16'sında (%13.2) rahim içi araç mevcuttu. 47 (%33.8) olgu sigara kullanıcısıydı. 5

(%4.1) olguda üremeye yardımcı teknikler sonrasında ektopik gebelik meydana gelmişti. 38 (%31.4) olguda önceden geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü (27'sinde sezaryen ile doğum, 3'ünde appendektomi, 4'ünde ektopik gebelik nedeniyle geçirilmiş tubal cerrahi, 2 olguda kontrasepsiyon amaçlı tüp ligasyonu, 1 olguda myomektomi, 1 olguda tuboovarian abse nedeniyle unilateral salpingooferektomi) mevcuttu. 4 olgu hariç diğer olgularda laparotomi uygulanmıştı. Gebeliğinin 2. trimesterinde akut batın ile başvuran diğer bir olguda ise spontan heterotopik gebelik olduğu görüldü ve unilateral salpenjektomi sonrası intrauterin gelişen diğer gebelik ise termde sezaryen doğum ile sonlandırıldı.

Pelvik muayenelerinde 67 (%55.4) olguda akut batın bulguları mevcuttu. Olguların ultrasonografik görüntülerinde 109 olguda patolojik bulgular gözlemlendi. 82 olguda ektopik yerleşimli gestasyonel sak±yolk sak mevcuttu. Bunlardan 13'ünde içinde fetal kalp hareketleri mevcuttu. 27 olguda ise gestasyonel sak görülemeden Douglas boşluğu ve/veya paraoveryan alanlarda serbest mayi ve/veya adneksial bölgelerde heterojen yapıda koagulum olduğu düşünülen patolojik görüntü izlendi. 12 (%9.9) olgunun TV-US incelemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Bu bulgulara dayanılarak (akut batın bulgusu olan ve/veya TV-US'de batın içinde serbest sıvı ± koagulum bulunan olgular) 67 olguda ektopik gebeliğin komplike (rüptür veya tubal abort) olduğu düşünüldü. Bu 67 olgudan 24'ünde hemodinamik bulgular stabil olarak kabul edildi.

Hastaların ilk tanındaki β -hCG düzeyi ortalama 3272 ± 3918 IU/ml (148 - 24300 IU/ml) olarak tespit edildi. Komplike ektopik gebelik bulguları olan olgular (n=67) ile komplike olmayan olgularda (n=54) β -hCG düzeyleri benzerdi (3320 ± 2310 'e karşı 3633 ± 4475 IU/ml, p=0.754). Fetal kalp aktivitesi görülen olgularda ise β -hCG düzeyi olmayan olgulara oranla belirgin olarak daha yüksekti (7729 ± 3625 'e karşı 2587 ± 3494 IU/ml; p<0.001). Sistemik metotreksat uygulanıp başarısız olunan olgularda β -hCG düzeyi anlamlı olarak daha yüksek idi (5601 ± 3110 'e karşı 1779 ± 1766 IU/ml; p=0.002). İlk seçenek olarak cerrahi uygulanan olguların ortalama β -hCG değerleri ise metotreksat ve bekle gör yöntemleri uygulanan olgulardan daha yüksek (3819 ± 4158 'e karşı 3053 ± 3494 IU/ml) olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.432).

Ektopik gebelik olgularında uygulanan tedavi algoritması Şekil 1'de gösterilmiştir.

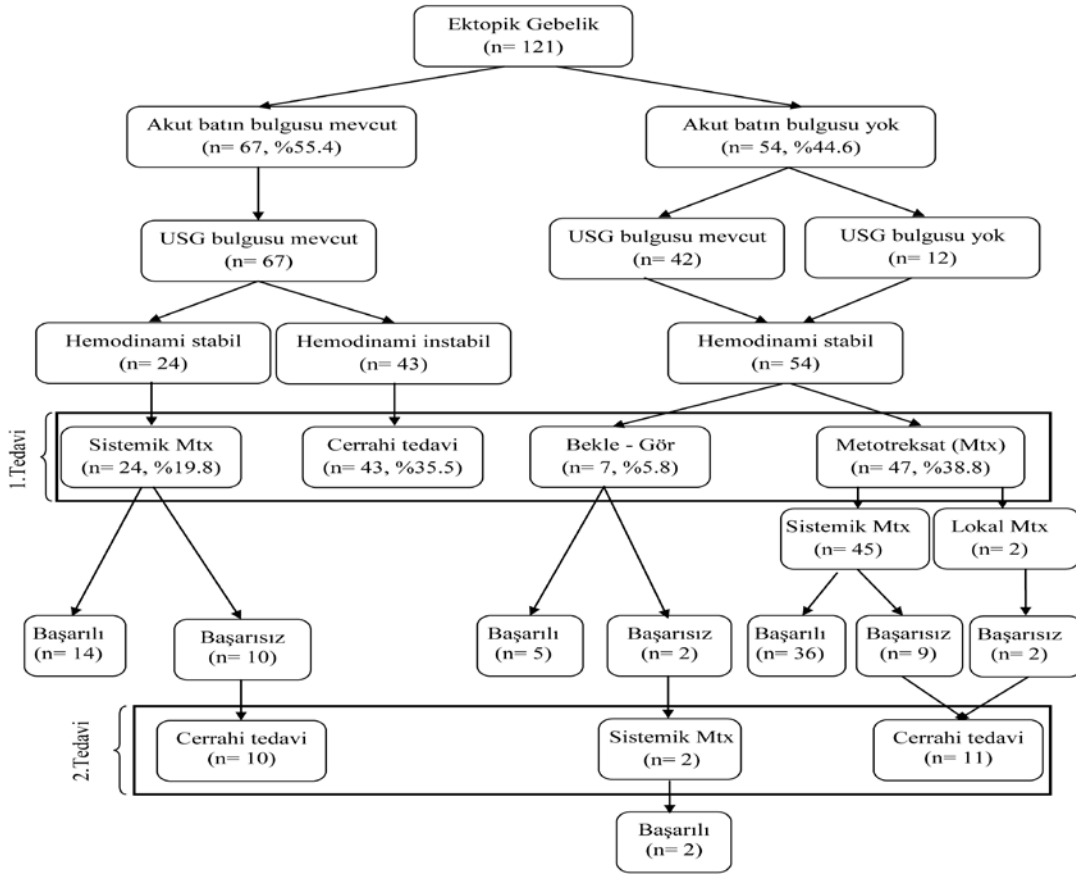
İlk tanı konulduğunda komplike olan ve hemodinami parametreleri stabil olmayan 43 (%35.5) olguya ilk tedavi seçeneği olarak cerrahi tedavi uygulandı. 15 olguda laparoskopi, 28 olguda ise laparotomi uygulandı. 121 olgudan 45'ine (%37.2) sistemik metotreksat tedavisi (50 mg/m^2) uygulandı. 31 olguda 1.doz sonunda, 5 olguda ise 2. doz sonunda başarılı olundu ve metotreksat başarı oranı %80 olarak hesaplandı. İki olguya ise lokal metotreksat tedavisi uygulandı, ancak her iki olguda da başarısız olundu. Akut batın bulguları olmayan, hemodinami parametreleri stabil seyreden ve ultrasonografi değerlendirmesinde komplike ektopik gebelik bulgusu olmayan, ancak laboratuvar bulgusu ile ektopik tanısı alan 7 (%5.8) olguda bekle-gör yöntemi uygulandı. Birinci ayın sonunda 5 olguda β -hCG değerleri spontan geriledi, 2 olguda başarısız olundu ve bu olgularda sistemik metotreksat tedavisi ile başarılı sonuç alındı. Metotrexat tedavisi ile başarısız olan toplam 11 olguya cerrahi tedavi uygulandı.

Komplike (rüptür veya tubal abort) ektopik gebelik olduğu düşünülen (akut batın bulgusu ve patolojik US bulgusu mevcut) ancak hemodinamisi stabil olan 24 olguya ilk tedavi seçeneği olarak sistemik metotreksat uygulandı. Bu olgulardan 14'ünde ektopik gebelik tedavisi başarı ile tamamlandı. On olguda ise başarı sağlanamadı ve olguların hemodinamik parametreleri bozulduğunda cerrahiye alındı. Fetal kalp aktivitesi mevcut olan 13 olgudan henüz komplike olmamış 8'ine sistemik metotreksat tedavisi uygulandı ve 4 olguda başarı sağlanırken 4 olguda başarı elde edilemedi.

Metotreksat uygulanan olgulardan, 2'sinde görülen transaminazlardaki %50'yi geçmeyen yükselme ve 1'inde görülen stomatit dışında herhangi bir yan etki gözlenmedi.

Cerrahi uygulanan toplam 64 olgudan 34'üne (%53.1) laparoskopik işlem, 30 (%46.9) olguya ise laparotomi uygulandı. 16 (%25) olguda salpingostomi yapılırken, 48 (%75) olguda ise salpenjektomi uygulandı. Hemodinamik instabilitesi olan hastaların %65.1'inde (28/43) laparotomi uygulanırken tümüne salpenjektomi yapıldı. Cerrahi uygulanan nullipar olgularda ise (n=27) hastaların %70.4'ünde (n=19) laparoskopi uygulandı ve 16'sına salpingostomi yapıldı.

121 olgunun 94'üne endometrial küretaj uygulandı. 4 (%4.3) olguda proliferatif endometrium, 90 olguda ise olguda patoloji sonucu desidual reaksiyon olarak raporlandı. 65 olguda desidual reaksiyon yanı sıra Arias Stella reaksiyonu izlendi.



Şekil 1: Ektopik gebelik olgularının tedavi akışı

TARTIŞMA

Ektopik gebeliğe bağlı morbidite ve mortalite erken tanı ve etkin tedavi yöntemleri ile son yıllarda giderek azalmasına rağmen, cinsel yolla bulaşan hastalıkların giderek artması, ileri anne yaşı ve paralel olarak yardımcı üreme tekniklerine daha fazla başvuru nedeni ile prevalansında artış olmaktadır (1). Geniş popülasyonlarda yapılan insidans çalışmalarında konsepsiyon oranına paralel olarak en fazla ektopik gebelik olgusunun (>%60) 25–35 yaş arasında olduğu ancak riskin ilerleyen yaşla 3–4 katına çıktığı gösterilmiştir (9,11). Bizim olgularımızda ise yaş ortalaması 31.1 iken olguların %62’si 25–35 yaşa aralığındadır ve literatür ile uyumludur.

Ektopik gebelikte riski arttıran faktörlerin bilinmesi erken tanı ve tedavi için önemlidir. Bu risklerin en önemlileri geçirilmiş tubal cerrahi, ektopik gebelik öyküsü, tanımlanmış tuba yapısı ve motilitesini bozan patolojiler (geçirilmiş abdominal-pelvik cerrahi, endometriozis, enfeksiyonlar), infertilite tedavisi için başvuru edilen medikal ve cerrahi tedaviler, geçirilmiş genital enfeksiyonlar, mul-

tipartner, sigara ve vajinal duş (4,5,9). Rahim içi aracı olanlar ile tubal ligasyon geçirenlerde gebelik konsepsiyon gelişirse bunların ektopik gebelik olma riski de daha fazladır (6). Ektopik gebelik olgularında geçirilmiş pelvik cerrahi oranı %12 ile %42.6 arasında değişmektedir (4,13). Bizim olgularımızda ise geçirilmiş pelvik cerrahi oranı %31.4’dür.

Heterotopik gebelik intrauterin ve ektopik gebeliğin beraber bulunmasıdır. Spontan heterotopik gebelik çok nadir görülmekle birlikte (1/30000) günümüzde yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı sonrası insidansı yaklaşık 10 kat artmıştır (14-16). Bizim serimizde karşımıza çıkan heterotopik olgusu ise doğal siklus sonrası ortaya çıkan gebelik idi.

Abdominal ağrı, amenore ve vajinal kanama ektopik gebeliğin klasik semptom triadıdır. Ancak ektopik gebelik için patognomonik olmadıkları gibi hem rüptüre olmuş hem de rüptüre olmamış hastalarda bulunabilir. Beklenildiği üzere semptomatik olgularda ektopik gebeliğin, komplike olma olasılığı daha yüksektir (17). Bir çalışmada, klinik bulguları şiddetli olan olguların %80-100’ünde ekto-

pik gebeliğin komplike olmuş olduğu gösterilmiştir (12,18). Bizim çalışmamızda ise 2 olgu dışında 119 olguda klasik triad semptomlarından en az biri mevcuttu. Birinci seçenek tedavide cerrahi oranı %35.5 iken, olguların %58.6'sında ilk tedavi seçeneği olarak metotreksat tedavisi tercih edilmişti.

Günümüzde ektopik gebelik tedavisinde maternal mortaliteyi önlemek yanında fertilitiyi koruyucu cerrahi ve medikal tedavilere eğilim artmıştır. Bu süreçte hastaların tedavi seçiminde aktif rol alması da etkili olmuştur. Ancak yine de tedavi tipinin seçimi hekimin bilgisine, tecrübesine ve kliniğin imkânlarına bağlıdır.

Olgularımızda, kliniğimiz tedavi protokolüne göre akut batın bulgusu olmayan veya akut batın semptom ve bulgusu olsa dahi hemodinamisi bozulmamış olgulara ilk tedavi seçeneği olarak medikal tedavi veya bekle-gör yöntemi uygulanmıştır. Bekle-gör yöntemi uygulamadığımız olgu sayısı az olsa da (%5.8) tedavi başarımız (%71.4) literatür ile uyumludur (19-24).

Metotreksat tedavisi ile kümülatif başarı oranımız %71.2 ile literatürde bildirilen oranlardan yaklaşık %20 daha düşüktür (21-24). Bunun nedeni, metotreksat tedavisinin fetal kalp aktivitesi görülmesi durumunda rölatif, komplike ektopik gebelik bulguları olduğunda ise kesin kontrendike kabul edilmiş olmasına rağmen, bu durumların metotreksat tedavisi için kesin kontrendikasyon olarak kabul edilmemesi nedeniyle bizim olgularımızda özellikle nullipar olgularda hemodinamik bulguları stabil olduğu sürece medikal tedavinin uygulanması olabilir (25).

Hemodinami bulgularının normal olması şartıyla ruptüre olmuş veya fetal kalp aktivitesi mevcut ektopik gebelik olgularında da metotreksat ile medikal tedavi uygulanabilmektedir (23). Hemodinamik instabilitesi olmayan ruptüre ektopik gebelik olgularında metotreksat başarısını %62 olarak bulurken, ruptüre olmamış olgularda bu oranı %81 olarak saptamışlardır. Bizim serimizde de komplike ektopik gebelik olgularında hemodinamik bulguları stabil olmak şartıyla uygulanana metotreksat tedavisinde %58.3 (14/24) oranında başarı sağlanmıştır. Fetal kalp aktivitesi olan olgularda ise metotreksat tedavisi ile başarı oranları %33.3 (2/6) iken bizim serimizde bu oran %50 (4/8) idi.

Kliniđimizde tedavi edilen ektopik gebelik olgularından hemodinamik instabilitesi olan veya metotreksat tedavisine yanıt vermeyen hastalar cerrahi yöntem ile tedavi edilmiştir. Cerrahi yaklaşımın tipini belirlemede

esas etkenler hemodinamik instabilite ve nulliparite olmuştur. Hemodinamik instabilitesi olan hastaların %65'inde laparotomi uygulanmış ve tümüne salpenjektomi yapılmıştır. Nullipar olgularda ise %70.4'ünde laparotomi uygulanmış ve %59'una salpingostomi yapılmıştır.

Tedavi öncesi β -hCG değeri de tedavinin yönlendirilmesinde USG'de fetal kardiyak aktivite varlığı veya abdominal kavitede serbest sıvı izlenmesi gibi etkili parametrelere biridir (25). Bizim çalışmamızın sonuçlarında da ilk seçenek olarak cerrahi uygulanan olguların β -hCG değeri ile metotreksat ve bekle gör yöntemleri uygulanan olguların β -hCG değerleri benzer olarak bulunmuştur. Metotreksat uygulanıp başarısız olunan olgularda ise β -hCG düzeyi anlamlı olarak daha yüksek idi.

Ancak hiçbir parametre tek başına anlamlı değildir. Hemoglobün, hematokrit, β -hCG değerleri, USG'de serbest intraabdominal sıvı mevcudiyeti ve fetal kardiyak aktivite ile ektopik gebeliğin rüptür olması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (17). Bizim de klinik uygulamamızda hemodinami parametreleri stabil olduğu sürece olguların intraabdominal serbest sıvılarının olması, fetal kalp aktivitelerinin olması veya β -hCG düzeyleri tedavi seçenekleri değerlendirilirken dikkate alınmamaktadır. Tedavi seçeneği öncesinde en önemli parametre olarak olgunun hemodinamik parametreleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Ektopik gebelik tanısında endometrial örnekleme ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (26-29). Endometrial küretaj materyalinde fetal doku ve plasenta komponentleri olmaksızın desidua ve tipik Arias Stella reaksiyonunun oluşu ektopik gebelik için önemlidir. Ektopik gebelik varlığında %40-70 oranında Arias Stella reaksiyonu görüldüğü belirtilmesine rağmen Arias Stella reaksiyonu olmadan desidua değişiklikler göz önüne alındığında tanı değerin artacağı belirtilmektedir (28). Çalışmamızda ise endometrial küretaj yapılan olgularda literatürle uyumlu olarak %69 oranında Arias Stella reaksiyonu saptanırken, desidua reaksiyon ise olguların %96'sında saptanmıştır. Unutulmaması gereken endometriumun her fazının ektopik gebelikte bulunabileceği ve patognomonik olmadığıdır (29). Ancak ayırıcı tanıda şüpheli olgularda endometrial örnekleme yapılması destekleyici bir seçenek olabilir.

Sonuç olarak, ektopik gebelik tedavi seçenekleri olgunun durumuna göre her olgu için bireyselleştirilmelidir ve fertilitiyi koruyucu, konservatif yöntem-

ler mutlaka gözden geçirilmelidir. Komplike olmuş ektopik gebelik olgularında hemodinamik parametreler stabil olduğu sürece komplikasyon gelişme,

yüksek maliyet ve anestezi risklerinden dolayı cerrahi tedaviden önce medikal tedavi şansı olguya sunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical Management of Ectopic Pregnancy. 2008; 111: 1479-1485.
2. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy – United States, 1970-1989. MMWR CDC Surveill Summ 1993; 42: 73-85.
3. Stock RJ. The changing spectrum for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1988; 71: 885-888.
4. Yenen MC, Dede M, Goktolga U, Kucuk T, Alanbay I, Pabuccu R. Ektopik gebelikte risk faktörleri. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45: 244-248.
5. Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, BNosuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta analysis. Fertil Steril 1996; 65: 1093-1099.
6. Rossing MA, Daling JR, Voigt LF, Stergachis AS, Weiss NS. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. Epidemiology 1993; 4: 252-258.
7. Ectopic pregnancy–United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44: 46-48.
8. Ectopic pregnancy mortality-Florida, 2009-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012; 61: 106-109.
9. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, Job-Spira N. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population based study in France. Am J Epidemiol 2003; 157: 185-194.
10. Lipscomb GH, Brand D, McCord ML, Portera JC, Ling FW. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1354-1358.
11. Anne-Marie Nybo A, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ 2000; 320: 1708-1712.
12. Tosun M, Kaya A. Ektopik gebelik olgularında tedavi yaklaşımları. OMÜ Tıp Dergisi 2007; 24: 37-42.
13. Kazandi M, Turan V. Ectopic pregnancy; risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2011; 38: 67-70.
14. Luna Lugo G, Raangel Ruiz I, Gutierrez Liza NS, Martinez Guerrero ME, Mendez Ocegüera JR, Suarez Lopez NM. Spontaneous heterotopic pregnancy and fetal survival Ginecol Obstet Mex 2011; 79: 508-515.
15. Clayton HB, Schieve LA, Pterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. Fertil Steril 2007; 87: 303-309.
16. Ljuca D, Hudic I, Hadzimehmedovic A. Heterotopic pregnancy in natural conception- our initial experience: case report. Acta Clin Croat 2011; 50: 246-252.
17. Downey LV, Zun LS. Indicators of potential for rupture for ectopics seen in the emergency department. J Emerg Trauma Shock 2011; 4: 374-377.
18. Gozukucuk M, Kahraman K, Cetinkaya E, Sezgin Kurt E, Sonmezer M, Berker B, Dokmeci F. The effect of the diagnostic criteria to the preferred treatment in the patients diagnosed as ectopic pregnancy. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2009; 62: 135-138.
19. Gamzu R, Almog B, Levin Y, et al. Efficacy of methotrexate treatment in extrauterine pregnancies defined by stable or increasing human chorionic gonadotropin concentrations. Fertil Steril 2002; 77: 761-765.
20. Foumane P, Mboudou ET, Dohbit JS, Ndinque SM, Tebeu PM, Doh AS. Conservative Treatment of ectopic pregnancy in a sub-Saharan African setting. Trop Doct 2011; 41: 79-81.
21. Mahboob U, Mazhar SB. Management of ectopic pregnancy: a two year study. J Ayub Med Coll Abbottabad 2000; 18: 34-37.
22. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999; 72: 207-215.
23. Kumtepe Y, Kanadali S. Medical treatment of ruptured with hemodynamically stable and unruptured ectopic pregnancy patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 116: 221-225.
24. Yermez E, Seku I, Gur EB, Boyacioglu H, Ispahi C. Comparison of medical and surgical management in ectopic pregnancy. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004; 14: 21-26.
25. Seeber BE, Barnhart KT. Suspected Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 2006; 107: 393-413.
26. Lopez HB, Micheelsen U, Berendsen H, Kock K. Ectopic pregnancy and its associated endometrial changes. Gynecol Obstet Invest 1994; 38: 104-106.
27. Barak S, Oettinger M, Perri A, Cohen HI, Barenboym R, Ophir E. Frozen section examination of endometrial curettings in the diagnosis of ectopic pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 43-47.
28. Gursan N, Kanadali S, Ingec M. Ektopik gebelik ve endometrial değişiklikler. Van Tıp Dergisi 2000; 7: 90-93.
29. Ollendorff DA, Feigin MD, Barziali M, Ben-Noon I, Gerbie AB. The value of curettage in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987; 157: 71-72.