

Ektopik gebelik olgularında cerrahi yaklaşım

Umur KUYUMCUOĞLU (*), Hüsnü GÖRGEN (**), M. Nuri DELİKARA (***),
Zeki ŞAHİNOĞLU (**)

ÖZET

Son iki dekatta ektopik gebelik insidansı % 1.2-1.4 gibi farkedilebilir bir insidansa ulaşmıştır. Bu geçen sürede ektopik gebelik tanı ve tedavi metodlarında köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Gebelik tanısında kullanıma giren sensitif ve spesifik serum belirteçleri yanısıra minimal invaziv teknik olarak laparoskopik cerrahinin yerleşmesi rüptüre ektopik gebelik insidansında azalmaya yol açmıştır. Ektopik gebeliklerde laparoskopi ile laparotomi metodlarının karşılaştırıldığı son çalışmalarda laparoskopik cerrahinin tercih edilen metod olduğu bildirilmiştir. Olguların, preoperatif ve postoperatif hastanede kalış süreleri, operasyon süresi, kan transfüzyon miktarı ve günlük aktivitelerine dönüş çabukluğu laparoskopik cerrahiye kullanılır hale getirmiştir.

Çalışmamızda klinik ve laboratuvar olarak ektopik gebelik düşünülerek yatırılan 66 olgu irdelendi. 34 olgu laparoskopi, 32 olgu ise laparotomi ile tedavi edildi; preoperatif ve postoperatif yönden karşılaştırıldı. Laparotomi ve laparoskopi yapılan olguların preoperatif ve postoperatif yatış süreleri ile operasyon zamanı, operasyon sonrası intrauterin gebelik oranı, transfüzyon sayısı karşılaştırıldı. Ektopik gebeliklerde cerrahi yaklaşımda, hastanede kalış süresinin kısalığı, operatif komplikasyonların ve kan transfüzyon oranının az olması ve pelvik faktörün korunması laparoskopik tedaviyi ön plana çıkarmıştır.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, laparoskopik cerrahi

SUMMARY

Surgical management of ectopic pregnancy

The incidence of ectopic pregnancy has risen dramatically in the past two decades, and now accounts for 1.2-1.4 % of all reported pregnancies. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy have undergone revolutionary changes in the last twenty years. The introduction of sensitive and specific serum markers for normal pregnancies, and the use of minimally invasive techniques such as laparoscopy have markedly decreased the incidence of ruptured ectopic pregnancy. In recent studies comparing the laparoscopy versus laparotomy in ectopic pregnancy, laparoscopic surgery seems to be the method of choice because of the shorter time to spend in the operation, reduction of time to stay in the hospital and more rapidly to return of full activity.

In our study, 66 ectopic pregnancies confirmed by the clinical and biochemical tests were included. Laparoscopic surgery was performed in 34 of them, and laparotomy in the remained patients. We evaluated the time to stay in hospital, the duration of the performed technique, the amount of needed blood transfusion and the rate of the future pregnancy. The short duration of stay in hospital, less operative complications and blood transfusion, and minimally invasive technique to conserve the pelvic factor allows this approach the management of choice.

Key words: Ectopic pregnancy, laparoscopic surgery

GİRİŞ

Jinekologların en çok karşılaştıkları dilemmalardan biri olan ektopik gebelik oranında son 2 dekatta % 1.2-1.4'lere varan önemli bir artış

saptanmıştır (1,2). Tubal gebelik ektopik gebeliklerin yaklaşık % 95'ini oluşturmaktadır. Tubal gebeliğin güncel cerrahi tedavisinde tubayı koruyan yaklaşımlar ağırlık kazanmıştır.

Yüksek rezolüsyonlu transvaginal ultrasonografi cihazlarının klinik kullanımda artması ve laboratuvar teknolojisinin gelişmesi ile son on yılda ektopik gebelik tanı ve tedavisinde çarpıcı değişiklikler meydana gelmiştir. Normal gebeliklerin izlemindeki sensitif ve spesifik serum

(*) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğum Kliniği, Şef Dr.

(**) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğum Kliniği, Başasistan

(***) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğum Kliniği, Asis. Dr.

belirteçlerinin kullanıma girmesi ve laparoskopik cerrahinin minimal invaziv tedavi yolu olarak uygulanması rüptüre ektojik gebelik insidansında azalmaya yol açmıştır.

Günümüzde laparoskopik cerrahi, tanısal üstünlüğü de eklenince operasyon süresi, pelvik faktörün korunması, hastanede kalış süresi ve daha az invaziv metod olması nedeniyle laparotomiye karşılaştırıldığında olguların % 95'de tercih edilmektedir (3).

Bu çalışmanın amacı, laparoskopi/laparotomi uygulanan ektojik gebelik olgularında hastanede kalış süresi, operasyon süresi, transfüzyon sayısı ve sonraki intrauterin gebelik oranları karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Klinik ve laboratuvar olarak ektojik gebelik tanısı düşünülerek yatırılan 66 olgu çalışma kapsamına alındı. Anamnez, pelvik muayene, transvaginal ultrasonografi ve β -hCG sonuçlarına göre ektojik gebelik düşünülen olgular operasyona alındı. Otuziki olguya laparotomi, 34 olguya ise laparoskopi uygulandı.

Laparoskopi tekniği

Olgular dorsolitotomi pozisyonunda ve genel anestezi altında opere edildi. Operasyon süresince mesane distansiyonun engellenmesi amacıyla Foley sonda tatbik edildi. Uterus manipülasyonunu sağlamak amacıyla transservikal olarak Rubin kanülü veya ZUİ gibi bir uterus manipulatörü yerleştirildi. Umblikusa yapılacak olan vertikal veya transfer insizyonu takiben veres iğnesi ile infraumblikal olarak batına girildi ve batın içi basıncı maksimum 15 mmHg olacak şekilde CO₂ gaz verildi. Pnö-moperiton oluşturulduktan sonra infraumblikal olarak 10 mm'lik trokar ile batına girildi ve laparoskop, kamera aracılığı ile görüntü monitöre aktarıldı. Bütün diğer girişimler laparoskopik görüntüleme ile yapıldı. Laparoskopik olarak lineer salpingotomi veya salpinjektomi yapıldı. Lineer salpingotomi yapılan olgularda tubanın anti-mezenterik böl-

gesine iğne uçlu unipoler koter ile kesi yapıldı ve irrigasyon-grasper yardımı ile gebelik ürünü tubada çıkarıldı. Lineer salpingotomi yapılan olgularda tuba sekonder iyileşmeye bırakıldı. Salpinjektomi yapılan olgularda bipolar koter ve endo-shears kullanıldı.

Grasper (travmatik) yardımı ile gebelik ürünü batın dışına çıkarıldı (trokardan, endobag yardımı, veya trokar insizyonunun genişletilmesi ile). Kanama kontrolü amacı ile su altı kontrol yapıldı. Operasyon sonlandırılmadan önce kan, fibrin ve trofoblastik dokuların uzaklaştırılması amacıyla pelvik lavaj, bol ringer laktat solüsyonu (içerisinde hepari 5000U/1 lt) ile irrigasyon ve aspirasyon uygulandı. Postoperatif adezyonu önlemek için operasyon sonunda batın içinde 200 cc ringer laktat ve 200-250 mg hidrokortizon süksinat bırakıldı.

Olgularda, operasyon ve hastanede yatış süreleri, operasyon sonrası intrauterin gebelik oranları ve kan transfüzyon sayıları analiz edildi; her iki tedavi grubunun sonuçları karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

Otuzdört olguya operatif laparoskopi uygulandı. Otuzbir olguda tubal gebelik (% 91), birer olguda ise paraovarien kistadenofibrom ve corpus hemorajikum saptandı. Ayrıca bir olguda ise nadir görülen ovarien gebelik tespit edilmiştir. Laparotomi ile tedavi edilen otuziki olguda ise bir korpus hemorajikum dışında hepsinde tubal gebelik saptandı (Tablo 1).

Laparoskopi olgularının 15'i rüptüre olmamıştı; bu hastalarda lineer salpingotomi ile konservatif prosedür uygulandı; gebelik materyali çıkarılıp, tubal duvarda hemostaz kontrolü sağ-

Tablo 1. Olguların dağılımı

	Laparotomi n=32	Laparoskopi n=34
Tubal gebelik	31	31
Korpus hemorajikum	1	1
Ovarian gebelik	-	1
Paraovarian kistadenofibrom	-	1

Tablo 2. Olgularda uygulanan cerrahi prosedürler

	Laparotomi n=32	Laparoskopi n=34
Salpinjektomi	22 (%68)	16 (% 47)
Salpingotomi	1 (% 3)	15 (% 44)
Parsiyel salpinjektomi	3 (% 9)	-
Salpinjektomi+ tubal sterilizasyon	5 (% 15)	-

Tablo 3. Gruplardaki klinik özellikler

	Laparotomi n=32	Laparoskopi n=34	p
Preop. yatış (gün)	0.3	0.5	AD*
Postop. yatış (gün)	6.5	3.1	<0.001
Op. süresi (dakika)	112.5	60.8	< 0.05
Trans. miktarı (ünite)	1.2	0.6	< 0.05

*AD: anlamlı değil.

landı. Rüptüre olmuş 16 olguda ise radikal laparoskopik yaklaşımla salpinjektomi uygulandı (Tablo 2).

Laparotomi uygulanan 32 olgudan 10'u rüptüre idi ve toplam 21 olguya salpinjektomi, 3 olguya parsiyel salpinjektomi, 5 olguya salpinjektomi+ kontrateral tubal sterilizasyon, 1 olguya ise salpingotomi uygulandı. Bir olguda tubal aort olduğu saptandı (Tablo 2).

Olguların preoperatif hastanede yatış süreleri ortalama değerleri arasında anlamlı fark yoktur (laparotomi: 0.98 gün, laparoskopi: 0.87 gün; $p>0.05$). Laparoskopi uygulanan grupta operasyon süresi en az 45 n çok 95 olup ortalama 60.8 dk idi; laparotomi grubunda operasyon süresi en az 65 en çok 135 olup ortalama 112.5 dk idi. Operasyon süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Postoperatif dönemde hastanede kalış süresi laparoskopi grubunda 3.1 gün (1-4 gün), laparotomi grubunda ise 6.5 gn (5-9 gün) bulundu; aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). Kan transfüzyon miktarı, laparotomi grubunda ortalama 1.2 ünite iken diğer grupta 0.6 ünitedir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Olguların postoperatif intrauterin gebelikleri ir-delendiğinde laparoskopi grubunda konserva-

tif cerrahi prosedür yapılan 15 olgunun 8'inde intrauterin gebelik geliştiği saptanmıştır (% 53). Gebelik gelişmeyen bir olguda erkek faktörü nedeniyle infertilite olduğu belirlendi; geriye kalan 6 olguda (% 40) postoperatif 6 ay içinde gebelik saptanmadı. Laparotomi grubunda sadece bir olguda salpingotomi uygulanarak tubayı koruyucu cerrahi uygulanmıştır. Altı ay içinde gebelik görülmeyen olguda histerosalpingografi sonucunda opere tubada opak madde geçişi gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Günümüzde ektopik gebeliğin tedavisinde cerrahi prosedürler yaygın olarak uygulanmaktadır. Medikal tedavi ve klinik izlem bazen primer uygulama olarak bildirilse bile, bu yöntemlerin cerrahi tedavi ile prospektif, randomize karşılaştırmalarını gösteren çalışmalar henüz yeterli değildir (2).

Ektopik gebeliğin laparoskopik yol ile tedavisinde kontrendikasyon olarak; hemodinamik instabilite, ektopik gebeliğe ait kitlenin boyutu (>5 cm), β -hCG düzeyi (<15000 IU/L) ve ektopik gebeliğin konumu ve ulaşılabilirliği olarak bildirilmiştir. Ancak Reich ve ark. hemodinamik olarak instabil, rüptüre olmuş ektopik gebeliklerde de laparoskopik girişim ile tedavi ettikleri olgularını bildirmişlerdir (4). Operasyon türünün konservatif veya radikal oluşu hastanın klinik durumu, fertilitate arzusu, tubaların durumu ve daha önce ektopik gebelik öyküsüne göre saptanır.

Laparoskopik cerrahide, fertilitateyi koruma amacı ile hemodinamiği stabil, rüptüre olmamış ve çapı <5 cm tubal gebeliklerde ektopik gebeliğin alışılmış radikal cerrahisine karşın konservatif prosedür olarak lineer salpingotomi uygulanmaktadır. Salpinjektomi ektopik tubal gebelikte esas cerrahi prosedür olarak yaygın kabul görse de salpinjektomi/salpingotomi arasında sonraki intrauterin gebelik şansı açısından anlamlı bir fark belirtecek randomize, prospektif çalışma henüz yoktur (2).

Çalışmamızda laparoskopi grubunda % 47, laparotomi grubunda ise % 68 oranında salpinjektomi uygulanmıştır. Laparoskopik olarak uygulanan salpingotomi oranımız % 44'dür. Silva (5), laparoskopik cerrahi uyguladığı 143 tubal gebelikte % 39.2 oranında salpinjektomi; Smith (6) ise % 78 oranında salpingotomi, % 19.5 oranında ise salpinjektomi uygulamıştır. Ou (7), yayınladığı 82 olguyu içeren ektopik gebelik çalışmasında % 90 oranında salpingotomi uyguladığını bildirmiştir. Laparoskopik salpingotomi yapılan olgularda % 85 tubal patensi, % 55-60 intrauterin ve % 14 rekürren ektopik gebelik olur. Fertilite oranı cerrahinin konservatif veya radikal olmasına göre değişmez, ancak daha önceki infertilite sorunundan etkilenir.

Literatürdeki yaklaşım oranları arasındaki fark cerrahın tecrübesi ve hastanın hemodinamiği ile yakından ilgilidir. Çalışmamızda her iki grupta uygulanan kan transfüzyonu miktarları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sherman'ın çalışmasında radikal ve konservatif laparoskopik cerrahi uygulanan olgularda intrauterin gebelik şanslarının arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (8). Laparoskopinin uygun olmadığı, laparotomi uygulanan olgularda salpingotomi prosedürünün de fertiliteye olumsuz etkisinin olmayacağı belirtilmiştir (9).

Çalışmamızda sadece bir olguda laparotomi ile salpingotomi uygulanmıştır. Fertiliteyi koruma başarımızın literatürle karşılaştırılarak değerlendirilmesi için olgu sayımızın yetersiz olduğunu düşünmekteyiz. Geçmişte ektopik gebelik cerrahi tedavisinde salpinjektomi tercih edilen bir yöntem olarak savunulurdu. Salpinjektominin laparotomi veya laparoskopi yo-

luyla uygulanması hastanın koşullarına ve fertilite arzusuna bağlı olarak değişirdi (1). Günümüzde laparoskopik salpingostomi, rüptüre olmamış tubal gebeliklerde gold standard olarak kabul edilmekte ve olguların belirli bir süre, % 3-20 oranında insidansa sahip olan persiste ektopik gebelik açısından β -hCG ile izlemleri önerilmektedir (9).

Persiste ektopik gebelik erken ektopik gebelik olgularında daha sık görülür. Persiste ektopik gebelik olgularında tek doz Metotrexate (50 mg, İM) uygulanır. Prospektif randomize çalışmalarda, ektopik gebeliklerin laparoskopi ile tedavisinin hastanede kalma süresini kısalttığı, iyileşmenin daha hızlı olduğu ve daha az adezyon geliştiği bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Stock RJ. Tubal pregnancy, associated hystopathology. Clin N Am 1991; 18:73-94.
2. Coste J, Spira JN, et al. Incidence of ectopic pregnancy. First results of a population-based register in France. Hum Reprod 1994; 9:742-45.
3. Bruhat MA, Manhes H, et al. Trial of endoscopic treatment of extrauterine pregnancy. Report of 26 observations. Rev Fr Gynecol Obstet 1977; 72:667-74.
4. Reich H, Johns DA, DeCaprio J, McGlynn F, Reich E. Laparoscopic treatment of 109 consecutive ectopic pregnancies. J Reprod Med 1988; 33:885.
5. Silva PD, Schaper AM, Rooney B. Reproductive outcome after 143 laparoscopic procedures for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1993; 81:710-15.
6. Smith DC, Donohue LR, Waszak SJ. A hospital review of advanced gynecologic endoscopic procedures. Am J Obstet Gynecol 1994; 170:1635-40.
7. Ou CS. Laparoscopic management of ectopic pregnancy. J Reprod Med 1993; 38:849-52.
8. Sherman D, Langer R. Improved fertility following ectopic pregnancy. Fertil Steril 1982; 37:497.
9. Grainger DA, Seifer DB. Laparoscopic management of ectopic pregnancy. Current Op Obstet Gynecol 1995; 7:277-82.

Alındığı tarih: 17 Eylül 1996

Yazışma adresi: Dr. Zeki Şahinoğlu, Ethemefendi Cad. No:6/15 Erenköy-İstanbul