

Ektopik gebeliğin tedavisinde medikal ve cerrahi yaklaşım

Hikmet KOÇER (*), M. Üner KARACAOĞLU (**), Hüseyin DAYAN (*), Tolga KARACAN (*),
Selim ÖZTÜRK (*), M. Murat NAKİ (**)

ÖZET

Amaç: Ektopik gebelik en sık tuba uterinaya (% 97) yerleşim gösterir. Etiyolojideki en sık etken pelvik inflamatuvar hastalık iken, geçirilmiş tubal cerrahi en önemli risk faktörüdür. Bu çalışma ile kliniğimizdeki ektopik gebeliklerin medikal ve cerrahi tedavi sonuçlarını inceledik.

Gereç ve Yöntem: Bağcılar EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 1 Ocak 2011 ile 31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran 73 ektopik gebelik olgusunu retrospektif olarak inceledik. Olgularda pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik, rahim içi araç (RİA) ve geçirilmiş tubal cerrahi öyküsü araştırıldı. Hemodinamik olarak stabil ve Beta HCG değeri 5000'den düşük olan olgulara tek doz Metotreksat (50 mg/m² IM) yapılmıştır. Fetal kardiyak aktivitesi olan olgularda ve/veya Beta HCG değeri 5000'den yüksek olan olgularda ise cerrahi tedavi(laparotomi, laparoskopi) planlanmıştır. Tedavi sonrası Beta HCG değeri 5'ın altına düşene kadar olgular takip edilmiştir.

Bulgular: Yetmiş olguda (% 95.8) ektopik odak tubal, 3 olguda ise kornual yerleşimliydi (% 4.2). En sık başvuru yakınması kasık ağrısıydı (% 82.1). Olguların öyküsünde geçirilmiş abdomino-pelvik cerrahi (% 10.9), ektopik gebelik (% 9.5), RİA (% 9.5) ve pelvik enfeksiyon (% 6.8) vardı. Otuz dokuz olguya cerrahi tedavi yapılmıştır (24 laparotomi, 15 laparoskopi). Cerrahi yapılan olgular salpenjektomi ile tedavi edilirken, kornual gebelik olgularında salpenjektomi ve kornual rezeksiyon birlikte uygulanmıştır. Otuz dört olguya tek doz metotreksat uygulanmış ancak 6 olguda hemodinaminin bozulması nedeniyle cerrahiye gereksinim duyulmuştur. Tek doz metotreksat ile % 82.3 oranında tedavi sağlanırken, doz tekrarı yapılmamıştır.

Sonuç: Cerrahi yapılan tüm olgularda etkin tedavi sağlanmıştır. Medikal tedavide de başarı oranı yüksektir. Ektopik olgularında erken tanı konması durumunda özellikle çocuk istemi olanlarda medikal tedavi de iyi bir seçenek olarak görünmektedir.

SUMMARY

Medical and surgical approach in the treatment of ectopic pregnancy

Objective: Ectopic pregnancy is mostly settles in a fallopian tube (97 %). The most common cause of ectopic pregnancy is the pelvic inflammatory disease, while tubal surgery is the most important risk factor for ectopic pregnancy. In this study we analyzed medical and surgical results of ectopic pregnancies in our clinic.

Material and Method: We retrospectively analyzed 73 cases of ectopic pregnancy hospitalized in the out-patient clinics of Obstetrics and Gynecology Bağcılar Training and Research Hospital between 1 January - 31 December 2011. Previous pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy, IUD, tubal surgery were investigated. Single dose methotrexate (50 mg/m² IM) was injected to hemodynamically stable cases, and cases with β -hCG values below 500=IU. Surgical treatment (laparotomy, laparoscopy) was planned for cases with fetal cardiac activity and/or those with higher β -hCG levels (>5000). Patients were followed after the treatment until β -hCG levels dropped below 5 IU.

Results: In 70 cases (95.8 %) ectopic pregnancy was located in tubes and in 3 cases (4.2 %) in the cornual area. The most common presenting complaint was groin pain (82.1 %). Previous abdominopelvic surgery (10.9 %), ectopic pregnancy (9.5 %), IUD (9.5 %), and pelvic infections (6.8 %) was learnt from their anamneses. Thirty-nine cases underwent surgical interventions (24 laparotomies, and 15 laparoscopies). Cases with a history of surgery was treated with salpingectomy, while for cases with cornual pregnancies salpingectomy was combined with cornual resection. Single dose methotrexate was injected into 34 cases but in 6 of them whose hemodynamic status deteriorated, needed surgery afterwards. Single dose methotrexate was succesful in 82.3 % of the patients and none of them needed repetitive doses of methotrexate.

Conclusions: Effective treatment is achieved by surgery in all patients. The success rate was high in the medical treatment too. In cases with ectopic pregnancy, provided that early diagnosis is made, medical treatment seems to be a good option in women who desire to have a child.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, medikal, cerrahi, tedavi

Key words: Ectopic pregnancy, Medical, Surgery, Treatment

Geliş tarihi: 17.11.2012

Kabul tarihi: 21.05.2013

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, *Dr.; **Op. Dr.

Ektopik gebelik embriyonun endometrial kavite dışında herhangi bir dokuya yerleşmesidir. Görülme insidansı % 1-2'dir⁽¹⁻³⁾. İlk trimesterde gebeliğe bağlı anne ölümlerinin en önemli nedenidir (% 10-15). Ölüm riski siyah ırkta beyaz ırka oranla daha fazla bulunmuştur. Her iki ırk için, 13-19 yaş grubu en yüksek mortalite oranına sahiptir⁽²⁾. En sık tuba uterinaya (% 97) yerleşim gösterir. Patofizyolojisinde tuba uterinanın hareketlerini bozan birçok faktör yer almaktadır (minihaplar, progesteronlu RİA, ileri anne yaşı, sigara, ovulasyon indüksiyonu, vb.)⁽⁴⁾. Ektopik gebeliğe en sık pelvik inflamatuvar hastalık(özellikle salpenjit) neden olurken, geçirilmiş tubal cerrahi en önemli risk faktörüdür,⁽⁵⁻⁷⁾ ancak tubal cerrahinin ektopik gebelik riskini arttırdığı bilinmesine rağmen, risk artışının cerrahi prosedür sonucu mu yoksa altta yatan sorun sonucu mu geliştiği kesin değildir. Chlamydia trachomatis, tubal hasara ve ileride tubal gebeliğe neden olan önemli bir patojendir. Chlamidyal salpenjit olgularını çoğu ağrısız olduğundan bu olgular teşhis edilmemiş olabilir. Tubal gebeliği olan hastaların % 7-30'unda chlamydia kültürüne edilmiştir^(8,9). Etyopatogenezi multifaktöryel olan ektopik gebeliğin tedavisinde konservatif yaklaşım (izlem, medikal tedavi) ve cerrahi yaklaşımın yeri vardır.

Biz bu çalışmamızda kliniğimize başvuran ektopik gebelik olgularında medikal ve cerrahi tedavi sonuçlarını karşılaştırdık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 1 Ocak 2011 ile 31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran 73 ektopik gebelik olgusunu retrospektif olarak inceledik. Tüm olgulardan tedavi için aydınlatılmış onam alındı. Olgularda pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü, ektopik gebelik öyküsü, RİA öyküsü ve geçirilmiş tubal cerrahi öyküsü araştırıldı. Metotreksat yapılmadan önce tüm olguların kan grupları, tam kan sayımları, karaciğer fonksiyon testleri, kan üre azotu ve kreatinin değerlerine bakıldı. Akciğer hastalığı öyküsü olan olgular akciğer grafisi ile değerlendirildi. Rh

uygunsuzluğu olan olgulara Rh immunglobulini yapıldı. Hemodinamik olarak stabil ve Beta HCG değeri 5000'den düşük olan olgulara tek doz Metotreksat (50 mg/m² IM) yapılmıştır. Fetal kardiyak aktivitesi olan olgularda ve/veya Beta HCG değeri 5000'den yüksek olan olgularda cerrahi tedavi (laparotomi, laparoskopi) planlanmıştır. Tedavi sonrası Beta HCG değeri 5'in altına düşene kadar olgular takip edilmiştir.

BULGULAR

Bizim çalışmamızda 70 olguda (% 95.8) ektopik odak tubal yerleşimliydi. Üç olguda (% 4.2) ise kornual yerleşim söz konusuydu. En sık başvuru yakınması kasık ağrısıydı (60 olgu-% 82.1). Sekiz olguda (% 10.9) geçirilmiş abdomino-pelvik cerrahi öyküsü, 7 olguda (% 9,5) ektopik gebelik öyküsü, 7 olguda (% 9,5) RİA öyküsü, 5 olguda (% 6.8) pelvik infeksiyon öyküsü vardı. Otuz dokuz olguya direkt cerrahi tedavi yapılmıştı (24'ü laparotomi, 15'i laparoskopi). Bu olgular salpenjektomi ile tedavi edilirken, kornual gebelik olgularında salpenjektomi ve kornual rezeksiyon yapılmıştı.

Otuz dört olguya direkt tek doz metotreksat uygulanmıştı. Altı olguda hemodinaminin bozulması nedeniyle cerrahiye gereksinim duyulmuştu (4'ü laparotomi, 2'si laparoskopi). Yirmi sekiz olgu tek doz metotreksat ile tedavi edilmişti (% 82.3).

Dördüncü ve 7. günler arasında beta HCG değerinde % 15'ten fazla azalma görüldüğünden hiçbir olguda doz tekrarı yapılmamıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda cerrahi yapılan tüm olgular (45 olgu) tam tedavi edilmiştir. Medikal tedavide ise başarı % 82.3 (28 olgu) olarak bulunmuştur. Maternal mortalite görülmemiştir.

Ektopik gebelik ilk trimesterde gebeliğe bağlı anne ölümlerinin en önemli nedeni olması nedeniyle tedavisinin iyi planlanması gerekir⁽²⁾.

Etyopatogenezi multifaktoryel olan ektopik gebeliğin tanısında günümüzde laparoskopi altın standarttır. Laparoskopinin tanı ve tedavide giderek yaygın kullanımını söz konusudur.

Ektopik gebelikte cerrahi tedavi küratiftir. Ancak, erken tanı konması durumunda, hemodinamik olarak stabil olgularda, gebelik istemi de varsa medikal tedavi de iyi bir seçenek olarak görünmektedir. Lipscomb ve ark. göre serum β -hCG değerleri tek doz metotreksat tedavisinin başarısında en önemli faktördür ⁽¹⁰⁾. Barnhart ve ark. ⁽¹¹⁾ 26 makale ve 1327 olguyu değerlendirildiği bir meta-analizde metotreksat ile ektopik gebeliğin medikal tedavisinde, multiple-doz rejiminin başarı oranı % 92.7, tek doz rejiminin başarı oranı % 88.1 ve metotreksat tedavisinin tüm başarısı % 89 olarak bulunmuştur. Diğer taraftan rüptüre olmamış ektopik gebeliklerde cerrahi müdahale düşünülüyorsa özellikle gelecekte fertilitate isteği olan olgularda laparoskopik lineer salpingostomi de halen tercih edilen bir prosedürdür ⁽¹²⁾.

Metotreksat tedavisine yanıtız olguların acil cerrahi girişim gerektireceği ve metotreksatın oluşabilecek yan etkilerinin belirlenmesinde yakın klinik takibinin gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lipscomb GH. Ectopic Pregnancy; Copeland LJ Textbook of Gynecology 2nd Edition, W.B. Saunders company, 2000;273-283.
2. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005;173(8):905.
<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.050222>
PMid:16217116 PMCID:PMC1247706
3. National Center for Health Statistics. Annual summary of births, marriages, divorces and deaths: United States, 1989. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1990;38(13):23.
4. Pulkkinen MO, Talo A. Tubal physiologic consideration in ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30:164-172.
<http://dx.doi.org/10.1097/00003081-198703000-00023>
PMid:3555914
5. Chi IC, Potts M, Wilkens L. Rare events associated with tubal sterilizations:an international experience. *Obstet Gynecol Surv* 1986;41:7-19.
<http://dx.doi.org/10.1097/00006254-198601000-00002>
6. Westrom L, Bengtsson LPH, Mardh PA. Incidence, trends and risks of ectopic pregnancy in a population of women. *BMJ* 1981;282:15-18.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.282.6257.15>
7. Westrom L. Influence of sexually transmitted diseases on sterility and ectopic pregnancy. *Acta Eur Fertil* 1985;16:21-24.
PMid:3839339
8. Diquelou JY, Pia P, Tesquier L, et al. The role of chlamydia trochomatis in the infectious etiology of extra-uterine pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1988;17:325-332.
9. Berenson A, Hammill H, Martens M et al. Bacteriologic findings with ectopic pregnancy. *J Reprod Med* 1991;36:118-120.
PMid:2010893
10. Lipscomb GH, McCord MI, Stovall TG, Huff G, Portera SG, Ling FW. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999;341:1974-1978.
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199912233412604>
PMid:10607814
11. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta analysis comparing 'single dose and multidose' regimens. *Obstet Gynecol* 2003;101:778-784.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)03158-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(02)03158-7)
12. Ory SJ, Nnadi E, Herrmann R, et al. Fertility after ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1993;60:231-235.
PMid:8339816