

# Ektopik gebelik: İki yüz yetmiş üç olgunun retrospektif analizi

Hüseyin CENGİZ (\*), Levent YAŞAR (\*\*), Murat EKİN (\*), Cihan KAYA (\*\*\*), Hediye DAĞDEVİREN (\*)

## ÖZET

## SUMMARY

Bu çalışmada kliniğimizdeki; ektopik gebelik olgularının risk faktörlerini, semptomlarını, tedavi seçeneklerini ve sonuçlarını retrospektif olarak analiz etmeyi amaçladık. Ocak 2007-Şubat 2011 yılları arasında kliniğimizde ektopik gebelik tanısı konulan ve tedavisi yapılan 273 olgu analiz edildi. Tüm olgular risk faktörleri, tanısal yöntemler ve tedavi seçeneklerine göre değerlendirildi. Hastalarımızın yaş ortalaması 31.47±6.06'dır. Hastaların gravida ve parite ortalamaları sırasıyla 2.07±1.55 ve 1.61±1.18'dir. Risk faktörleri sıklık sırasına göre abdominopelvik cerrahi öyküsü (% 29.3), pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü (% 25.3), rahim içi araç öyküsü (% 16.8), geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü (% 4) idi. Hastaların kliniğimize en sık başvuru yakınması karın ağrısıydı (% 87.5). Olguların % 71.4'ünde cerrahi, % 11'inde medikal tedavi (Metotreksat), % 17.6'sında bekleme tedavisi yapılmıştır. Risk faktörlerini modifiye etme olanağı kısıtlı olduğundan ektopik gebeliği önlemek zordur. Erken tanı morbidite-mortalitenin önlenmesinde önemlidir ve konservatif tedavi yaklaşımlarına olanak tanır.

## Ectopic pregnancy: Retrospective analysis of 273 patients

The aim of this study is to retrospectively analyze risk factors, symptoms, treatment choices and results in cases of ectopic pregnancy in our clinic. Between January 2007-February 2011, 273 cases who were diagnosed and treated as ectopic pregnancy in our clinic were analyzed. All cases were evaluated according to their risk factors, diagnostic procedures and treatment choices. The mean age of the patients was 31.47±6.06 years. The mean gravida and parity were 2.07±1.55 and 1.61±1.18, respectively. The risk factors in the order of frequencies were previous abdomino-pelvic surgery (29.3 %), pelvic inflammatory disease (25.3 %), use of intrauterine device (16.8 %) and ectopic pregnancies (4 %). The most common complaint on admission was abdominal pain (87.5 %). As a treatment option, surgery, medical therapy (methotrexate) and expectant management were applied on 71.4, 11 and 17.6 % of the patients, respectively. Ectopic pregnancy is difficult to prevent because risk factors are poorly modified. Early diagnosis is important for the prevention of morbidity-mortality and enables conservative management approaches.

**Anahtar kelimeler:** Ektopik gebelik, Metotreksat,  $\beta$ -HCG

**Key words:** Ectopic pregnancy, Methotrexate,  $\beta$ -HCG

Ektopik gebelik; embriyonun endometrial kavite dışında implantasyonu olarak tanımlanır. Tüm gebeliklerin yaklaşık % 1.3-2'si ektopiktir <sup>(1)</sup>. Tuba cerrahisi, infeksiyon veya konjenital tuba hasarı, pelvik inflamatuvar hastalık (PIH), rahim içi araç (RİA) varlığı, geçirilmiş ektopik gebelik en önemli risk faktörleridir <sup>(2)</sup>. Ancak, hastaların çoğunda herhangi bir risk faktörü saptanamaz <sup>(3)</sup>. Son 10 yılda insidansındaki artışa rağmen,  $\beta$ -hCG (İnsan Koryonik Gonadotropini) değerlerinin rutin bakılabilir olması ve transvajinal ultrasonografinin yaygınlaşması sayesinde ektopik gebeliğe bağlı ölüm oranlarında azalma söz konusudur <sup>(4)</sup>. Ektopik gebeliğin

klasik semptomları, âdet gecikmesi, vajinal kanama ve abdominal ağrıdır.

Ektopik gebelik tedavisinde geleneksel tedavi cerrahi uygulamalar olmakla birlikte, günümüzde medikal ve bekleyici tedavi seçenekleri mevcuttur. Metotreksat ile medikal tedavi daha düşük  $\beta$ -hCG düzeylerinde, daha küçük gebelik kesesi varlığında, cerrahi tedavinin olası olmadığı durumlarda tercih edilirken,  $\beta$ -hCG ve progesteron düzeyi düşük olup, spontan gerileme eğiliminde olan, gebelik kesesi ultrasonografik olarak tespit edilemeyen ve yakın takip edilebilecek hastalarda konservatif bekleyici

Geliş tarihi: 21.09.2012

Kabul tarihi: 03.03.2013

\*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Op. Dr.\*; Doç. Dr.\*\*; Dr.\*\*\*

yaklaşım uygulanabilir <sup>(3,5,6)</sup>. Genellikle tedavi sırasında gelecekteki fertilité yeteneğinin korunması hedeflenmektedir <sup>(7)</sup>.

Çalışmamızın amacı, hastanemizde ektopik gebelik tanısı ile yatıp tedavi gören hastaların klinik bulgularını ve risk faktörleri ile tanı ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirmektir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak 2007-Şubat 2011 tarihleri arasında ektopik gebelik tanısı alan ve tedavi edilen toplam 273 olgu geriye dönük olarak incelendi. Tüm bilgiler hasta dosyaları ve bilgisayar kayıtlarından elde edildi. Olguların yaş, obstetrik öyküsü, kontrasepsiyon yöntemi, geçirilmiş ektopik gebelik, tuba cerrahisi ve sterilizasyon öyküsü,  $\beta$ -hCG düzeyleri, ultrasonografi bulguları ve tedavi yaklaşımı hasta dosyalarından incelendi.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi ve Fisher's Exact ki-kare testi kullanıldı.

## BULGULAR

Çalışma süresi boyunca kliniğimizde tanı alan 273 ektopik gebelik olgusu geriye dönük olarak incelendi. Olgularımızın yaş ortalaması  $31.47 \pm 6.06$  (17-46) idi. Gravida ve parite ortalamaları ise sırası ile  $2.07 \pm 1.55$  ve  $1.61 \pm 1.18$ 'dir. Hastaneye başvuru sırasındaki ortalama  $\beta$ -hCG düzeyi  $4525.44 \pm 6961.67$ 'dir. Olguların 153'ünde (% 68.6) vajinal doğum, 51'inde (% 22.9) sezaryen doğum,

19'unda da (% 8,5) hem vajinal hem de sezaryen doğum öyküsü görülmektedir. Olguların eğitim durumları incelendiğinde; 19'unun (% 7) eğitiminin olmadığı, 141'inin (% 51.6) ilkokul, 67'sinin (% 24.5) ortaokul, 33'ünün (% 12.1) lise, 13'ünün (% 4.8) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Yüz seksen iki hasta (% 66.7) sigara kullanmamakta iken, 91'i (% 33.3) sigara kullanmaktadır.

Korunma yöntemleri incelendiğinde; 110 (% 40.3) olgunun korunmadığı, 96 (% 35.2) olgunun geri çekme, 46 (% 16.8) olgunun RİA, 11 (% 4) olgunun kondom, 6 (% 2.2) olgunun OKS, 2 (% 0.7) olgunun depo provera, 2 (% 0.7) olgunun da BTL yöntemini kullandığı görülmektedir. RİA kullanan 46 olgunun 14'ünde (% 30.4) RİA yerinde değilken, 32'sinde (% 69.6) yerindedir. Hastaların korunma yöntemleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Olguların doğum kontrol yöntemleri.**

Doğum Kontrol Yöntemi	n	%
Korunma yöntemi kullanmayan	110	40.3
Koitus interruptus	96	35.2
Rahim içi araç	46	16.8
Kondom	11	4
Doğum kontrol hapı	6	2.2
Depo Provera	2	0.7
Tüp Ligasyonu	2	0.7

Olguların 62'sinde (% 22.7) küretaj, 27'sinde (% 9.9) abort, 11'inde (% 4) ektopik gebelik, 21'inde (% 7.7) infertil, 69'unda (% 25.3) PIH, 108'inde (% 51.4) rüptür, 16'sında (% 7.6) tubal abort görülmektedir. Olguların operasyon öyküleri Tablo 2'de görülmektedir. Olguların 239'unda (% 87,5) ağrı, 183'ünde (% 67) vajinal kanama, 82'sinde (% 30) âdet rötari görülmektedir.

**Tablo 2. Olguların operasyon öyküleri.**

Operasyon Öyküsü	n	%
Yok	192	70.3
Sezaryen doğum	64	23.4
Akut apandisit	1	0.4
Tubal cerahi	4	1.5
Laparotomi (ektopik gebelik)	6	2.2
Laparotomi (over kisti)	1	0.4
Sezaryen doğum/laparotomi (ektopik gebelik)	4	1.5
Sezaryen doğum/laparotomi (over kisti)	1	0.4

Olguların 48'inde (% 17.6) bekle-gör tedavisi görülmekte iken, 30'u (% 11) metotreksat tedavisi görülmektedir. Yüz yirmi altı (% 46.2) olguya laparotomi yapılmış olup, bu hastaların % 41.8'ine salpenjektomi, % 4.4'üne lineer salpingostomi yapılmıştır. Laparoskopik cerrahi yapılan olguların oranı % 25.3'tür.

Tablo 2. Olguların operasyon öyküleri.

Tedavi	n	%	
Bekle Gör	Başarılı	48	17.6
	Başarısız opere	36	13.2
	Başarısız MTX	11	4.0
		1	0.4
MTX	Tek doz	30	11.0
	Başarısız 2. doz	25	9.2
	Başarısız opere	4	1.4
		1	0.4
Laparotomi		126	46.2
	LT Salpenjektomi	114	41.8
	LT Salpingostomi	12	4.4
		69	25.3
Laparoskopi	LS Salpenjektomi	54	19.8
	LS Salpingostomi	13	4.7
	Başarısız Metotreksat	1	0.4
	Başarısız Bekle-gör	1	0.4

## TARTIŞMA

Ektopik gebelik, kadınların gelecekteki fertilité yeteneğini bozan ve özellikle geç kalınan olgularda hastaların yaşamını tehdit eden ciddi bir durumdur (8). İlk trimester anne ölümlerinin % 73'ten sorumlu tutulmuştur (9). Son yıllarda tıbbi tanısız alandaki gelişmelere bağlı olarak erken tanı koyulması ile bu hastalığa ait morbidite ve mortalite azaltılırken, değişen yaşam şekli ve uygulanan bazı tıbbi tedavilerle bu hastalığın görülme insidansı hızla artış göstermektedir.

Ektopik gebelik için en önemli risk faktörleri geçirilmiş ektopik gebelik, geçirilmiş PIH, RİA kullanımı, tubal cerrahi öyküsü ve infertilitedir. Araştırmamızda olguların 62'sinde (% 22.7) küretaj, 11'inde (% 4) geçirilmiş ektopik gebelik, 21'inde (% 7.7) infertilite, 69'unda (% 25.3) PIH öyküsü mevcuttu. Ektopik gebelik insidansı ve yaşı arasında belirgin bir korelasyon vardır (10). Storeide ve ark. (11) 35 yaşın

üzerindeki kadınlarda ektopik gebelik oluşma riskinin, 15-29 yaş grubundakilere göre 8 kat daha fazla olduğunu bildirmişler ve bunu da yaşla beraber artan risk faktörlerine bağlamışlardır. Çalışmamızda, olguların yaşları 17 ile 46 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 31.47±6.0 yıldır.

RİA kullanımı, ektopik gebelik açısından bir riski faktörüdür ve bu durum RİA'nın infeksiyona yatkınlık oluşturması ile açıklanmaktadır (12). Çalışmamızda ektopik gebelik en sık korunmayan grupta izlenmiştir (% 40.3), RİA kullanımı 46 hastada (% 16.8) görülmüştür. RİA kullanan 46 olgunun 14'ünde (% 30.4) RİA yerinde değilken, 32'sinde (% 69.6) yerindedir.

Geçirilmiş abdomino-pelvik cerrahi öyküsü, ektopik gebelik risk faktörlerinden biridir (13). Yapılan bir çalışmada ektopik gebelik olgularının % 19'unda pelvik operasyon öyküsü saptanmıştır (14). Araştırmamızda geçirilmiş cerrahi oranlarını literatürden biraz daha fazla % 29.3 olarak tespit ettik. Alsuleiman ve ark. (15) ektopik gebelik olgularının hastaneye en sık başvuru yakınmasının sırası ile ağrı, âdet gecikmesi ve vajinal kanama olduğunu saptamışlardır.

Ektopik gebelikte âdet gecikmesi ve vajinal kanama hastadan direkt anamnez ile alınabilecek iki önemli bulgudur. Bunlar olgularımızda sırası ile % 30 ve % 67 oranlarında pozitif idi. Ancak, bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak önde gelen semptom % 87,5 ile karın ağrısıydı. Olguların eğitim durumları incelendiğinde; 19'unun (% 7) eğitiminin olmadığı, 141'inin (% 51.6) ilkokul, 67'sinin (% 24,5) ortaokul, 33'ünün (% 12.1) lise, 13'ünün (% 4.8) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hastalarımızın eğitim durumları göz önüne alındığında, âdet gecikmesi nedeniyle hastaneye başvurmadıklarını düşünmekteyiz. Bu yüzden amenore oranını diğer araştırmalara göre düşük tespit etmiş bulunmaktayız.

Ektopik gebelik tedavisi cerrahi, medikal veya konservatif şekilde olabilir. Erken gebelik haftasında ektopik gebelik tanısı koyulan hastalarda hemodi-

namik açıdan stabil, metotreksat tedavisi için kontrendikasyonu yok ve hasta medikal tedavi sonrası takip altında olabilecek ise ilk tercih edilecek yöntem Metotreksat ile tıbbi tedavi ve sonrasında gözlemdir. Metotreksat tedavisi ülkemizde % 13,5 ile % 22,5 gibi oranlarla bildirilmiştir<sup>(16-18)</sup>. Araştırmamızda olguların, 30'unda (% 11) metotreksat tedavisi uygulanmış olup, başarı oranımız % 96.7 olup, literatürdeki başarı oranına (% 88) ile benzerdir<sup>(19)</sup>. Yalnızca bir olguda ek olarak ikinci doz uygulanması gerekli görülmüştür. Kliniğimizde uygulanan tedavi protokolü tek doz 50 mg/m<sup>2</sup> metotreksat uygulaması sonrası 4. gün ile 7. gün arasında  $\beta$ -HCG seviyeleri arasındaki fark eğer % 15'ten az ise ikinci doz uygulaması şeklindedir<sup>(20)</sup>.

İleri gebelik haftalarında tespit edilen, adnekslerde kitle görünümü oluşturan, batın içerisinde serbest sıvı izlenen veya hemodinamik açıdan stabil olmayan hastalarda tercih edilen tedavi yöntemi cerrahi yaklaşımdır. Kliniğimizde 126 (% 46.2) olguya laparotomi yapılmış olup, bu hastaların % 41.8'ine salpenjektomi, % 4.4'üne lineer salpingostomi yapılmıştır. Laparoskopik cerrahi yapılan olguların oranı % 25.3'tür.

Sonuç olarak, ektopik gebelik için risk faktörleri tamamen modifiye edilemeyeceği için, önlenmesi zor bir hastalıktır. Ancak, bugünkü diagnostik testlerle erken tanı, kolay ve morbidite-mortaliteyi önlemek açısından çok önemlidir ve konservatif tedavi yaklaşımlarına olanak tanır.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmiştir.

### KAYNAKLAR

1. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005;366:583-91. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67103-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67103-6)
2. Keith Edmonds Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology, Blackwell Publishing; 2007.
3. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005;173:905-12. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.050222> PMID:16217116 PMCID:PMC1247706
4. Kirk E, Condous G, Bourne T. Ectopic pregnancy deaths: what should we be doing? *Hosp Med* 2004;65:657-60.

5. Berek, Jonathan S. Berek & Novak's Gynecology. 14<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins Publications; 2007. PMCID:PMC2359970
6. Canis M, Savary D, Pouly JL, Wattiez A, Mage G. Ectopic pregnancy: criteria to decide between medical and conservative surgical treatment? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003;32:54-63.
7. Minnick-Smith K, Cook F. Current treatment options for ectopic pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1997;22:21-5. <http://dx.doi.org/10.1097/00005721-199701000-00008>
8. Musa J, Daru PH, Mutihir JT, Ujah IA. Ectopic pregnancy in Jos Northern Nigeria: prevalence and impact on subsequent fertility. *Niger J Med* 2009;18:35-8. PMID:19485145
9. Condous G. Ectopic pregnancy--risk factors and diagnosis. *Aust Fam Physician* 2006;35:854-7. PMID:17099802
10. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy--United States, 1970-1989. *MMWR CDC Surveill Summ* 1993;42:73-85. PMID:8139528
11. Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjø P, Sandvei R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland Country, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:345-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.1997.tb07990.x> PMID:9174429
12. Randic L, Haller H. Ectopic pregnancy among past iud users. *Int J Gynaecol Obstet* 1992;38:299-304. [http://dx.doi.org/10.1016/0020-7292\(92\)91022-G](http://dx.doi.org/10.1016/0020-7292(92)91022-G)
13. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertil Steril* 1996;65:1093-9. PMID:8641479
14. Job-Spira N, Coste J, Aublet-Cuvellier B, Germain E, Fernandez H, Bouyer J, et al. Incidence of extra-uterine pregnancy and characteristics of treated patients. First results of the auvergne registry. *Presse Med* 1995;24:351-5. PMID:7899405
15. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy. A review of 147 cases. *J Reprod Med* 1982;27:101-6. PMID:7097661
16. Alper AGO, Büyükbayrak EE, Bayramoğlu MB, Karşıdağ AYK, Kars B, Pirimoğlu ZM ve ark. Ektopik Gebelikte Tedavi Yaklaşımları: Tersiyer Bir Merkezin 4 Yıllık Retrospektif Analizi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20:362-66.
17. Somunkıran A, Sarohan AR, Demirci F, Yücel O. Ektopik gebelik nedeniyle tedavi edilen 60 olgunun retrospektif analizi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;1:5-9.
18. Turhan NO, İnegöl İ, Seçkin NC. A Three-Year Audit of the Management of Ectopic Pregnancy. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2004;5:310-13.
19. Gamzu R, Almog B, Levin Y, Avni A, Jaffa A, Lessing JB et al. Efficacy of methotrexate treatment in extrauterine pregnancies defined by stable or increasing human chorionic gonadotropin concentrations. *Fertil Steril* 2002;77:761-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)03256-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(01)03256-3)
20. Lipscomb GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):93-8. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-970048> PMID:17377896