



EKTOPIK GEBELİKLERDE LAPAROSKOPİ SONUÇLARIMIZ

H. Seyhani KALENDER¹, İrfan ÖZER¹, Birol CENGİZÖĞLU², Mustafa ALTUNDAĞ², Orhan ÜNAL¹, Cem TURAN²

Ektopik gebelik rüptüre olması halinde hayatı tehdit eden, zamanında müdahale edilerek hemodinamik stabilitenin sağlanmadığı durumlarda mortal olabilen bir hastalık grubudur. Yapılacak cerrahi girişim hastaya özgü olarak planlanmalıdır. Kliniğimizde 1.1.1999-1.1.2001 tarihleri arasında 96 hasta ektopik gebelik nedeniyle yatırılarak takip ve tedavi edilmiş; 18'ine laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Laparoskopik cerrahi girişimlerin batin içi yapışıklık gelişimi, hastanede yatış süreleri ve maliyetini azalttığı gösterilmiştir. Prosedür hasta açısından ek bir komplikasyon riski getirmemektedir. Sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur. Laparoskopik cerrahi uygun hasta grubunda en azından açık cerrahi prosedürler kadar güvenilirdir.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, laparoskopi, cerrahi

LAPOROSCOPIC DATA OF OUR ECTOPIC PREGNANCY CASES

Ectopic pregnancy is a life threatening event. In the case of rupture it could be mortal if not diagnosed or misdiagnosed. Surgical procedure should be individualized. Between 1.1.1999-1.1.2001, 96 patients have been treated for an ectopic pregnancy in our clinic. Eighteen of 96 patients are treated with laparoscopic surgery. Laparoscopic surgery has decreased post operative adhesion, hospital stay and costs. Complications of laparoscopic surgery were not different than other surgical techniques. According to our results and with literature laparoscopic surgery is a method as safe as other open surgical procedures.

Keywords: Ectopic pregnancy, laparoscopy, surgery

Ektopik gebelik fertilize ovumun uterin kavite dışında; tubalarda, overlerde ya da abdominal kavitede yerleşerek oluşturduğu gebelik ve sonucunda gelişen klinik tabloların ortak ismidir. Klinik bulgular asemptomatik hastalıktan, akut batin tablosu ve hemodinamik şoka kadar değişen bir spektrum oluşturur. Rüptüre olmuş ektopik gebelikteki tanı ve tedavi protokolleri konusunda fikir birliği mevcuttur. Tedavide amaç hemodinamiyi düzeltmek ve hemostazı sağlamaktır.

İlk başvuruda semptomlar çok silik, muayene bulguları nonspesifik olabilir. Erken dönemde tanı şüphesi gerektirir. Erken dönemdeki bulgular adet gecikmesi, kanama miktarındaki değişiklikler, nonspesifik alt kadran ağrısıdır. Hikayede önceki gebelikleri, adet düzeni, fertilité, konsepsiyon yöntemleri sorgulanmalıdır. Klasik triadı ağrı, amenore ve vaginal kanamadır. Fakat yalnızca %50 hastada mevcuttur.

Tanıda muayene, hikaye, ultrasonografi bulguları ve β hCG düzeyleri (kalitatif ya da kantitatif) birlikte değerlendirilmelidir. β hCG düzeyi gestasyon yaşıyla uyumludur¹. β hCG'nin ikiye katlama zamanı ektopik gebelikte intrauterin gebelik ayırımında kullanılabilir. 48 saatte %66'lık bir artış %85 güvenilirlikle intrauterin canlı bir gebeliği gösterir². Bu hastalarda %15 olasılıkla ektopik gebelik olabilir. Eğer takip süresi 24 saate indirilirse daha sensitif ve spesifik sonuçlara ulaşmak mümkündür. Düşen seviyelerde 1.4 günden daha az bir yarılanma ömrü en belirleyici bulgudur.

Fizik muayenede serviks hareketlerinde ağrı, defans ve şok rüptür bulgularıdır. Fizik muayene ile ektopik gebelik tanısı konulan hastalardan %50'sinden azında ektopik

gebelik vardır³. Ultrasonografik olarak erken gebeliklerin yerleşimlerinin belirlenmesi (intra-ekstra uterin) erken tanının yolunu açmıştır⁴. Transvaginal ultrasonografi (TV-USG), transabdominal ultrasonografiye (TA-USG) göre ektopik veya erken gebelik tanısında daha güvenilirdir. Boş bir uterus varlığında adneksiyal kitlenin olması, serbest sıvının olması ve ektopik odağın kendisi TV-USG ile daha güvenilir olarak belirlenebilmektedir^{5,6}. Yine de tanı kuşkuluysa endometrial örnekleme, "cul de sac" aspirasyonu ya da laparoskopi yapılabilir. Laparoskopi yerleşim yeri belirlenememiş bir gebeliği belirlemede kullanılabileceği gibi kesin tanı konulmuş gebeliklerin tedavisinde de kullanılabilir. Salpingostomi, salpenjektomi ya da segmental rezeksiyon yapılabilir. Cerrahi yaklaşım hemodinamik durum, kitle çapı, lokalizasyon ve cerrahin yetkinliğine bağlıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1999-Temmuz 2001 tarihleri arasında ektopik gebelik tanısıyla interne edilen 96 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan 18'inde laparoskopik prosedürler, 78'inde medikal ya da açık cerrahi prosedürler kullanılmıştı. Hastalar yaş grupları, gravida, abortus öyküsü, geçirilmiş obstetrik operasyon öyküsü, rahim içi araç kullanımı, tanıda kullanılan biokimyasal yöntemler, ilk başvuru şikayetleri, vajinal tuşe bulguları, başvuru esnasındaki hemoglobin, hematokrit, lökosit ve platelet düzeyleri, yapılan ultrasonografi tekniği ve sonuçları, tercih edilen laparoskopik cerrahi yöntemi, eksploratif görünüm, yerleşim yeri, komplikasyonlar, ortalama operasyon ve hastanede yatış süreleri ile kan transfüzyonu ihtiyacı yönünden retrospektif olarak incelendi.

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
¹ 1. Kadın-Doğum Kliniği, ² 2. Kadın-Doğum Kliniği



BULGULAR

1.1.1999-1.7.2001 tarihleri arasında başvuran 96 hastadan 18'ine (%18.8) laparoskopik prosedürler uygulandı. Olgularımızın yaş ortalaması 28.3 (21-38) idi. Gravida ortalama 3.1 (maksimum: 6) idi. 9 hastada abortus öyküsü mevcuttu. En sık başvuru şikayeti vajinal kanamaydı (Tablo I).

Tablo I. Olguların ilk başvuru şikayetleri

İlk başvuru şikayetleri	Hasta sayısı	Oranı(%)
Vajinal kanama	7	38
Karın ağrısı+vajinal kanama	7	38
Günü geçme	2	11
Kasık ağrısı	2	11
Günü geçme+vajinal kanama	1	2

Hastalardan ikisinde rahim içi araç, birinde primer infertilite sonrası tedavi ile gebelik, bir hastada ektopik gebelik nedeniyle metotreksat tedavisi sonrası akut başlangıçlı karın ağrısı, üç hastada sistemik hastalık öyküsü (psikoz, hipertansiyon, guatr) mevcuttu. On hastada (%55.5) ortalama 21 (5-45) gün adet gecikmesi şikayeti vardı. İki hastada plano test bakılmıştı. Onaltı hastada β hCG düzeyi bakıldı; ortalama 3035.9 (118-16484) mUI/ml idi. Hastalarda kuldosentez yapılmadı. Hastaların ilk başvurudaki hemoglobin, hematokrit, lökosit, trombosit düzeyleri tablo II'de görülmektedir.

Tablo II. Olguların ortalama hemoglobin, hematokrit, lökosit, trombosit düzeyleri

İlk başvuru şikayetleri	Ortalama	Minumum	Maksimum
Hemoglobin (mg/dl)	11.3	9.4	14.0
Hematokrit (%)	34.1	29.8	41.0
Lökosit sayısı (mm ³)	8980	3300	17300
Trombosit sayısı (mm ³)	244500	180000	406000

Hemoglobin düzeyi 16 hastada 10 mg/dl'nin üzerindeydi. Ondört hastada hematokrit %33'ün üzerindeydi. Altı hastada lökositoz mevcuttu. Platelet düzeyi tüm hastalarda normaldi.

Vajinal tuşe ve batin muayeneleri değerlendirildi. Beş hastada (%27.8) akut batin tablosu, 4 hastada (%22.2) tek taraflı adneksiyal hassasiyet, 4 hastada (%22.2) normal vajinal tuşe, 3 hastada (%16.7) tek taraflı adneksiyal dolgunluk, 2 hastada (%11.1) bilateral adneksiyal hassasiyet mevcuttu.

Preoperatif 5 hasta (%27.7) TA-USG ile, 13 hasta TV-USG ile değerlendirilmişti. USG değerlendirilmesi nöbet şartlarında TA-USG, diğer durumlarda TV-USG olarak yapıldı. TA-USG yapılan tüm hastalarda adneksiyal kitle ve Douglas'ta sıvı mevcuttu. Bir hastada batında sıvı vardı, fakat ölçülebilir bir kitle yoktu. Diğer 4 olguda ortalama 38 (25-55) mm'lik kitle vardı. TV-USG yapılan 3 hastada

(%23.1) bulgular tamamen normaldi. Kompleks görünümlü kitlesi olan 4 hastadan birinde kitle çapı ölçülemedi. Fakat sıvı mevcuttu. İki hastada sıvı yok, fakat kitle vardı. 9 hastada (%60.2) kitle vardı ve ortalama çap 32.2 (25-44) mm idi (Tablo III).

Tablo III. Olguların transvajinal ultrasonografik değerlendirme bulguları

	Kompleks	Kistik	Solid	Groses
Hasta sayısı	4	1	3	2
Mayi olan	2	-	1	1
Çap	24,34,28,?	30	30,44,32	28, 39

Hastalardan 14'üne (%77.8) salpingostomi, 2'sine (%11.1) salpenjektomi, 2'sine ise laparoskopi esnasında gelişen komplikasyonlar nedeniyle laparotomi uygulandı. Laparotomiye geçilmesinin nedeni kanama kontrolünün yapılamamasıydı. Bu hastalardan birinde salpenjektomi (istmik yerleşimliydi), diğerinde salpingostomi (ampuller yerleşimliydi) yapıldı. Laparoskopik eksplorasyonda 17 gebeliğin (%94.5) nonruptüre, bir gebeliğin ruptüre (%5.5) olduğu görüldü. Ondört hastada ampuller, 2 hastada infundibuler, 2 hastada istmik yerleşimli ektopik odak mevcuttu. Sadece bir hastaya bir ünite kan replasmanı yapıldı. Hastanede kalış süresi ortalama 2, maksimum 4 gündü (Tablo IV). Operasyon süresi ortalama 95 (40-215) dakikaydı.

Tablo IV. Hastanede kalış süreleri

	Hasta sayısı	Oranı (%)
1 gün	7	38.9
2 gün	5	27,8
3 gün	5	27,8
4 gün	1	5,5

TARTIŞMA

Ektopik gebelik, tanı ve tedavisinde çeşitli varyasyonları olan bir klinik tablodur. ABD istatistiklerine göre son 20 yıl içerisinde insidansı artmıştır⁷. 1989 verilerine göre insidans 14/1000'di. En sık görülme yaşı 25-44 yaşlar arasıdır. Bizim çalışmamızda 19 hasta (%19.8) 15-24 yaş grubunda, 57 hasta (%59.3) 25-34 yaş grubunda, 20 hasta (%20.8) ise 35-44 yaş grubundaydı. Bu sonuçlar literatür ile uyumsuzdu. En sık görüldüğü yaş grubu 25-34 yaş grubu olarak tespit edildi.

Ektopik gebelik etiyojisinde kesin olarak gösterilmiş risk faktörleri:

1. Geçirildiği laparoskopik olarak ispatlanmış pelvik inflamatuvar hastalık
2. Geçirilmiş tubal gebelik
3. Rahim içi araç kullanımı
4. İnfertilite nedeniyle geçirilmiş cerrahi olarak sıralanabilir.



Bu çalışmada laparoskopi yapılan hastalardan ikisinde rahim içi araç kullanımı mevcuttu. Hastalarda geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü özellikle sorgulanmadı. Fakat literatürde laparoskopik olarak gösterilmiş olması risk faktörü olarak kabul edilmekteydi. Rahim içi araç kullanılırken gebelik gelişmesi durumunda tubal gebelik riski 6-10 kat artmaktadır⁸. Spontan gebelik kayıplarının ektopik gebelik riskini artırdığı gösterilememiştir. Dokuz hastada (%50) spontan abortus öyküsü mevcuttu. Fizik muayene ve anamneze göre ektopik gebelik tanısı konulan hastaların %50'sinden azında ektopik gebelik tespit edilmiştir³.

Hasta grubumuzun %49'unda nonspesifik karın ve kasık ağrısı vardı. Fakat en sık yakınma (%78) vajinal kanamaydı. Adet gecikmesi sadece 2 hastada ilk başvuru şikayeti idi. Fakat 10 hastada (%55.5) adet gecikmesi sorguda ortaya konuldu.

Seri β hCG takipleri, tek β hCG düzeyine göre daha az yararlıdır. Ektopik gebeliğin yerleşim yeri β hCG düzeyiyle uyumlu değildir⁹. Onsekiz hastadan sadece birinde seri β hCG takibi yapılmış, ikiye katlanma zamanı açısından gecikme izlenmiştir. İki hastada kalitatif 16 hastada kantitatif β hCG düzeyi bakılmış ve tümünde sonuç gebeliği teyit etmişti. Hemodinamik instabiliteye neden olacağından dolayı rüptüre ektopik gebeliklerde anemi gelişimi normal bir bulgudur. Hastalarımızın 4'ünde aneminin laboratuvar bulguları (%33'ün altında hematokrit düzeyi) mevcuttu. Bu hastalardan bir tanesi rüptüreydi. Bu aynı zamanda çalışma grubundaki tek rüptüre ektopik gebelik olgusuydu.

Hastaların yarısında abdominal hassasiyet mevcuttu^{10,11}. Hastalardan 5'inde akut batın tablosu vardı. Fakat sadece biri rüptüreydi. Fizik muayene bulgularına göre acil cerrahi endikasyonu konulan 5 hastadan sadece birinde gerçek bir akut batın tablosu vardı. %66 hastada batın veya adneksiyal hassasiyet vardı.

TA-USG yapılan 5 hastanın 4'ünde, TV-USG yapılan 13 hastanın 9'unda ölçülebilir bir kitle tespit edildi. Adneksiyal yerleşimli gestasyonel sak ile birlikte kardiyak aktivitesi olan bir fetus gösterilmesi ektopik gebeliğin kesin tanısıdır. Fakat hassasiyeti %10-17'dir¹². 2 hastada (%11.5) kardiyak aktivitesi olan adneksiyal yerleşimli gebelik gösterildi. Solid, kistik ya da kompleks kitleler ektopik gebeliklerle birlikte olabilir. Fakat ultrasonografik görünüm tanı konulmasını sağlayacak kadar spesifik değildir¹³. Douglas'ta mayi çoğunlukla ektopik gebeliklerle birlikte bulunur. Fakat ultrasonografik görünüm tanı konulmasını sağlayacak kadar spesifik değildir¹³. Douglas'ta mayi çoğunlukla ektopik gebeliklerle birlikte bulunur. Fakat rüptür için kesin delil değildir. USG bulguları β hCG düzeyiyle korele edilmelidir¹⁴. Gerekirse endometrial kavite örnekleme yapılmalıdır. Koryon villus gösterilmesi kavite örnekleme yapılmalıdır. Koryon villus gösterilmesi kavite örnekleme yapılmalıdır. Heterotopik gebelik nadir görülen bir klinik durumdur. Özellikle yardımcı üreme teknikleri kullanılan hastalarda dikkate alınmalıdır.

Laparoskopi ektopik gebelik tanısında altın standarttır. Çok küçük ektopik gebeliklerin %3-4'ü laparoskopi esnasında atlanabilmektedir. Hastalardan 3'ünde ultrasonografi tamamen normal olmasına rağmen β hCG düzeyleri gebeliği işaret etmekteydi. Bu hastalarda laparoskopide ektopik odak gözlemlendi.

Laparotomi cerrahiden kaynaklanan riskleri minimize etmektedir. Laparotomi büyük koagülümlemler varlığında, geçirilmiş batın cerrahisi durumunda, şok tablosunda tercih edilebilir. Fakat rüptür laparoskopi için kontrendikasyon değildir.

Laparoskopi yapılan hastalarda hastanede kalış süresi, transfüzyon ihtiyacı, ameliyat süreleri kısadır¹⁵. Hastalardan 14'ünde salpingostomi, 2'sinde salpenjektomi, 2'sinde ise (prosedür tamamlanmasına rağmen) kanama nedeniyle laparotomi yapıldı. Laparoskopi sonrası laparotomi oranı %11.1'di. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 2 gündü. Bu laparotomi geçiren hastalarda 3.8 gün olarak tespit edildi. Hastane süreleri anlamlı düzeyde daha kısaydı. Operasyon süresi ortalama 95 dakikaydı. Laparotomi için bu süre 55 dakikaydı. Operasyon süresindeki bu fark cerrahi yetkinlikle ilgili olabilir. Hastalarda postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Sonuç olarak ektopik gebeliklerin tanı ve tedavisi klinik karmaşaya neden olmayı sürdürmektedir. Laparoskopi hastanede kalma süresi, transfüzyon ihtiyacı yönünden daha avantajlıdır. Prosedürün uygulanmasının önündeki en önemli engel cerrahin yetkinliğidir. Bulgularımız genel literatürle uyumludur. İleri dönem reproduktif sonuçlarla ilişkisi göz önüne alındığında tercih edilecek tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Marshall JR, Hammond CB, Ross GT, Jacobson A, Rayford P. Plasma and urinary chorionic gonadotropin during early human pregnancy. *Obstet Gynecol* 1980; 84: 295-310.
2. Kadar N, Caldwell BV, Romero RA. Method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 162-5.
3. Tuomivaara L, Kauppila A, Puolakka J. Ectopic pregnancy-an analysis of the etiology, diagnosis, and treatment in 522 cases. *Arch Gynecol* 1986; 237: 135-47.
4. Cacciatore B. Can the status of tubal pregnancy be predicted with transvaginal sonography? A prospective comparison of sonographic, surgical, and serum β hCG findings. *Radiology* 1990; 177: 481-4.
5. Thorsen MK, Lawson TL, Aiman EJ, et al. Diagnosis of ectopic pregnancy: Endovaginal vs transabdominal sonography. *Am J Roentgenol* 1990; 155: 307-10.
6. Timor-Tritsch IE, Yeh MN, Peisner DB, Lesser KD, Slavik TA. The use of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 157-61.



7. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy-United states. 1970-1989. MMWR CDC Surveillance Summary 1993; 42: 55(6); 73-85.
8. Ory HW. The Women's Health Study. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: New perspectives. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 137-44.
9. Chow WH, Daling JR, Cates W Jr, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev* 1987; 70-94.
10. Cartwright PS, Tuttle D, Vaughn B. Culdocentesis and ectopic pregnancy. *J Reprod Med* 1984; 29: 88.
11. Cartwright PS. Diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 18(1): 19-37.
12. Nyberg DA, Hughes MP, Mack LA, Wong KY. Extrauterine findings of ectopic pregnancy of transvaginal US: Importance of echogenic fluid. *Radiology* 1991; 178: 823-6.
13. Westrom L, Bengtsson LPH, Mardh PA. Incidence, trends, and risks of ectopic pregnancy in a population of women. *BMJ* 1981; 282: 15-8.
14. Abramovichi H, Auslander R, Lewin A, Faktor JH. Gestational-pseudogestational sac: A new ultrasonic criterion for differential diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 377-9.
15. Brumsted J, Kessler C, Gibson C, Nakajima S, Riddick DH, Gibson M. A Comparison of laparoscopy and laparotomy for the treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 889-92.