

Ektopik Gebelik ve Endometrial Değişiklikler

Nesrin Gürsan*, Sedat Kadanalı**, Metin İngeç**

Özet: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın doğum servisinde 1997-1999 yılları arasında ektopik gebelik tanısı cerrahi ve patolojik olarak kanıtlanmış 60 olgunun endometriyal küretaj materyali değerlendirildi. Ektopik gebeliğe eşlik eden en yaygın endometriyal değişiklik, Arias-Stella reaksiyonuydu (%68.3). Olguların yalnızca %6.7'sinde desidual değişiklik izlendi. Ayrıca %16.6 olguda sekretuar endometrium, %8.3 olguda proliferatif endometrium izlendi. Sonuç olarak endometrium küretajı ektopik gebelik tanısına % 75 katkıda bulunmakta ve hala önemini korumaktadır. Ayrıca bu çalışmalar ektopik gebelik ile ilişkili endometriyal değişikliklerin oldukça geniş bir varyasyonu olduğunu, trofoblast olmaksızın herhangi bir tür endometrial değişikliğin ektopik gebeliğe eşlik edebileceğini gösterdi. Bu endometrial histopatolojik varyasyonların bilinmesi ektopik gebelik tanısında önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler : Ektopik gebelik, endometriyal küretaj

Ektopik gebelik (EG) günümüzde oldukça sık görülmekte olup her 87 gebelikte bir görüldüğü bildirilmektedir (1,2). Bunun nedenleri artmış pelvik veya tubal enfeksiyon, intra uterin araç (İUD) kullanımı, infertilite için pelvis cerrahisi uygulama, sterilizasyon ve diğer cerrahi işlemlerdir (1).

Teşhis ve tedavideki ilerlemelere rağmen EG hala 1/1000 maternal ölüm riski taşımaktadır. Bunun için erken teşhis önemli rol oynar (2). Fakat teşhis ve tedavide hala öğrenilecek çok şey vardır (1). Sıklıkla teşhis laparaskopi veya dilatasyon ve küretaj uygulanıncaya kadar belirsizdir (3).

Ektopik gebelikte endometriumda en iyi bilinen gestasyonal değişiklik, trofoblastik dokunun yokluğu ve desidua ile Arias-Stella reaksiyonu (ASR) varlığıdır. Bu endometrium glandlarında olan genişleme, düzensizlik, hiperkromatik nükleus ve soluk vakuolize sitoplazmayı kapsar (2,4,5). Arias Stella veya desidual reaksiyonun yokluğu ektopik gebeliğin olmadığı gibi önemli teşhis hatalarına yol açabilir (6). Ektopik gebelik ile ilgili endometrial histoloji karakteristikleri çok değişkendir (4). Siklusun her fazına ait histolojik bulgular izlenebileceği ihtimali unutulmamalıdır (2,4,6).

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD.

**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr.Nesrin GÜRSAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD.
ERZURUM

Gereç ve Yöntem

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde 1997-1999 yılları arasında EG teşhisi konmuş ve opere edilmiş 60 hastanın küretaj materyali incelendi.

Endometriumda faz dikkate alınmaksızın, Arias-Stella tarafından tanımlanan epitelyal hücrelerde kümelenme, polarite kaybı, hobnail hücrelere benzeyen pleomorfik, hiperkromatik ve iri nükleus, geniş, şeffaf sitoplazmaya sahip hücrelerin varlığı, sadece bir bezde veya bezin bir odağında bulunsa bile ASR pozitif kabul edilerek, olgular Arias - Stella reaksiyonunun var olup olmadığı yönünden değerlendirildi. Bunun yokluğunda desidua varlığı ve bu parametrelerin yüzdesi ve her ikisinin yokluğunda hangi döneme ait endometrial morfoloji olduğu değerlendirildi.

Tablo 1. Endometrial bulgular

	Olgu Sayısı	%
ASR	41	68.3
Desidua	4	6.7
Sekretuar faz	10	16.7
Proliferatif faz	5	8.3
TOPLAM	60	100.0

Bulgular

ASR'na öncelik tanınarak saptanan endometrial morfolojik bulgular Tablo 1'de görülmektedir. Buna göre 41 olguda (%68.3) ASR , 4 olguda (%6.7) desidua, 10 olguda (%16.6) sekretuar, 5 olguda (%8.3) proliferatif endometrium saptandı (Resim 1,2,3).

ASR içeren olguların 30'unda (%73.2) endometrium sekretuar paterndeydi, diğer 11 (%26.83) olguda patern belirlenemedi, olguların 33'üne (%80.48) desidua eşlik ediyordu.

Tablo 2. ASR ve desidua oranları

	Olgu Sayısı	%
ASR(+), Desidua (+)	33	55
ASR(+); Desidua (-)	8	13.3
ASR(-), Desidua (+)	4	6.7
ASR(-), Desidua (-)	15	25
TOPLAM	60	100.0

Tablo 3. A:Stella ve desidua reaksiyon oranlarının literatür ile karşılaştırılması

	Frederikson 1958	A.Stella 1957	Mackles 1961	HÜTF 1988	AÜTF 1999	Total
Ek.gebelik sayısı	32	44	42	56	60	234
ASR(+), Desidua (+)	7 (%22)	10 (%23)	4 (%10)	32 (%57)	33 (%55)	86 (%36.8)
ASR(+), Desidua (-)	6 (%19)	12 (%27)	13 (%30)	14 (%33)	8 (%13.3)	53 (%22.6)
ASR(-), Desidua (+)	4 (%13)	6 (%14)	14 (%33)	2 (%4)	4 (%6.7)	30 (%12.8)
ASR(-), Desidua (-)	15 (%46)	16 (%36)	11 (%26)	8 (%14)	15 (%25)	65 (%27.8)

Olguların 20'sinde (% 48.78) endometrit mevcuttu. Sekretuvar fazdaki olguların 3'ü (%30) erken, orta ve geç sekretuvar değişiklik gösteriyordu. Yine sekretuvar olguların 5'inde (%50) stroma ve glandlar arasında uyumsuzluk izleniyordu. Vakaların 1'inde (%10) sekretuvar faz yanısıra proliferatif fazda gland yapıları izleniyordu (Tablo 1).

Bulgular sadece ASR ve desidua yönünden incelendiğinde % 75 oranında faydalı olduğu izlendi. Olguların %61.7 de desidua pozitif ve %68.3'ünde ASR pozitif, %25'inde ise ASR ve desidua negatifti (Tablo 2).

Tartışma

Ektopik gebelik insidansı son birkaç yıldır artmış olup şu an 20-25 yıl öncesine göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir (1). Dorfman 1970 de 17800 olgu tanımlayarak tüm gebeliklerin %0.45'ni oluşturduğunu belirtmiştir (8). Fakat 1980'ler de bu rakamın 52.200'e yükseldiğini ifade ederek oranın %1'e çıktığını ifade etmiştir (2,4,7).

Teşhis ve tedavideki ilerlemelere rağmen anne ölümlerinin çoğunu oluşturur (1). Bunun en önemli nedeni şüphelenmemenin sonucu tedavinin gecikmesidir. Schneider ve arkadaşları ektopik gebelikten 102 ölüm olgusunu gözden geçirmiş ve çalışmaları ektopik gebelikli hastaların tedavi almadan önce 3.8 gün araştırıldıklarını ortaya koymuşlardır (9).

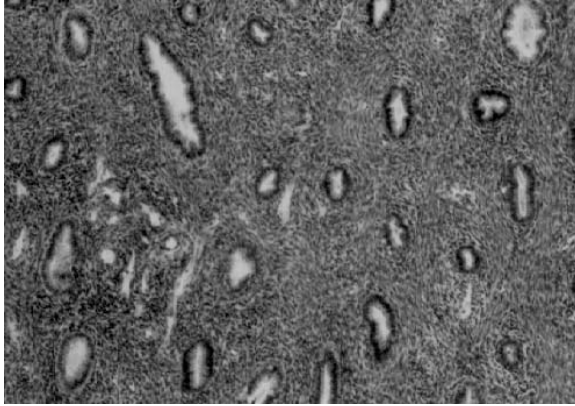
Klinik olarak ektopik gebelikten şüphelenilen hastalar sıklıkla ultrasonografi ile değerlendirilir.

Ultrasonografi gebeliğin intrauterin veya ekstrauterin mi olduğunu teşhis etmek, eğer adneksel kitle varsa ekstrauterin gebelikmi olduğunu belirlemek içindir. Ayrıca ektopik gebelik teşhisi için serumda HCG değeri bakılır. Sonuçlar beklenen değer altında olduğu zamanlarda ise seri olarak bakılır (10). Fakat ektopik gebeliğin teşhisi sonografi ve biyolojik teknolojide ilerlemelere rağmen hala kesin değildir. Teşhis laparaskopi ve dilatasyon küretaj uygulananca kadar belirsizdir (3). Küretaj incelemesi ile hastalara gereksiz laparaskopi uygulamasını azaltmak mümkündür (11).

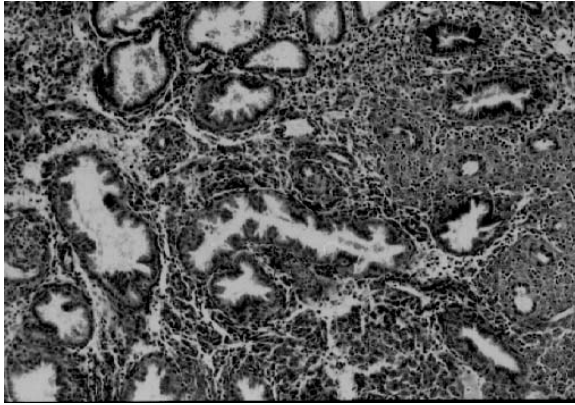
Ektopik gebelikte küretajın değeri hakkında farklı görüşler vardır. Çoğu otör küretajı değerli bir diagnostik araç olarak görmüştür. Fetal doku ve plasenta komponentleri olmaksızın Arias-Stella fenomeninin mevcut olması teşhis kriteri olarak ele alınarak olguların %70'de ektopik gebeliği doğrulamıştır. Geri kalan %30'da endometrial dokuda gebeliği tanımlamak mümkün değildir (5). Kerestury materyal dikkatle incelendiğinde bu oranın %76'ya çıktığını belirtmiştir (12). Ollendof çalışmasında küretajda tanı oranı olarak %41.6 olarak bildirmiştir.

Ektopik gebelikte endometrial histolojinin geniş varyansları vardır (6). Desidua görünümü ve Arias-Stella reaksiyonu ektopik gebelik için yalnızca temel teşhis olmamalıdır (13). Ektopik gebelik ile abortuslar aynı histolojik bulguları verebilir (7). EG şüphesi olan vakalarda

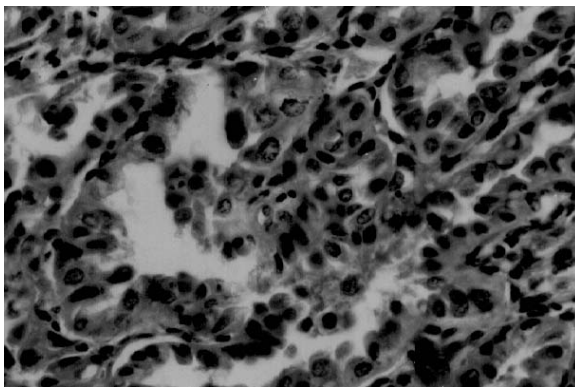
endometriyumun mikroskopik incelenmesinde negatif sonuç elde edilebilir (5). Bu da yanlış



Resim 1. Ektopik gebelik olgusunda proliferatif Paternde endometriyum. HE X 100



Resim 2. Ektopik Gebelik olgusunda sekreteruar paternde endometriyum. HE X 100



Resim 3. Sekreteruar paternde endometriyal bezlerde Arias-Stella atipisi. HEX 400

teşhise yol açıp daha ciddi komplikasyonlara sebep olur (13).

Bizim çalışmamızda kriterlere uyularak ASR oranı %80 olarak saptanmıştır. Ancak burada vurgulanması gereken önemli bir konu ASR nin

sadece paterne göre değil, bez epitelindeki değişikliklere de bakılarak yapılmalıdır; ayrıca %12 oranında proliferatif endometriyum izlenmesi de dikkat çekici olup, ASR veya desidua olmadığında ektopik gebelik ekarte edilemeyeceğidir.

Sonuç olarak EG teşhisinde hala endometriyum küretajının değerini koruduğu, şüpheli vakalarda küretajın vakit geçirilmeden uygulanması gerektiğidir. Ancak endometrial histopatoloji de varyansların olabileceğini bilmesi klinisyeni hata yapmadan koruyacaktır.

Ectopic Pregnancy and Endometrial Changes

Abstract: *In this study, the endometrial curettage material from 60 women who were operated for ectopic pregnancy at the Gynecology and Obstetrics Department, Medical School, Atatürk University between 1997-1999 years, were evaluated. The diagnosis of the cases were verified (confirmed) histologically and surgically. The most frequent finding was Arias-Stella phenomenon (reaction) (68%). While only 6.7% patients had desidual changes, secretory endometrium and proliferative endometrium were present in 16.6% and 8.33% of the cases, respectively. As a conclusion, endometrial curettage aids in the diagnosis of ectopic pregnancy at a rate of 75% and still keeps its importance (for diagnostic approach). Additionally, these findings revealed that a wide variety of endometrial histologies are seen in ectopic pregnancy and any change in the endometrium, unless trophoblasts are present, might be associated with ectopic pregnancy. Knowledge of these endometrial histopathologic variance may be useful in the diagnosis of ectopic pregnancy.*

Key Words: *Ectopic pregnancy, endometrial curettage*

KAYNAKLAR

1. Hebertson RM, Storey ND: Ectopic pregnancy. Crit Care Clin 7(4):899-915,1991.
2. Ayhan A, Özyılmaz F, Özen E: Etopik gebelik tanısında endometriyal morfolojik bulguların değeri. Ankara Patoloji Bülteni 8:22-25,1991.
3. Cartwright PS: Diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 18 (1):19-37, 1991.
4. Ollendorff da et al: The value of curettage in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 157: 71-72, 1987.
5. Legarth J, Nielsen PL: Freeze microscopy of the endometrium in ectopic pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 59:505-508, 1980.

6. Lopez HB, Micheelsen U: Ectopic pregnancy and its associated endometrial changes. *Gynecol Obstet Invest* 38(2): 104-106, 1994.
7. Geppert M, Smyczek GB, Bauer M, Schrage R. Suspected abortion morphologic aspects -value of histological examination of curettage specimen in suspected abortion and extra-uterine pregnancy, *Zentralbl Gynakol* 115(1):13-17, 1993.
8. Dorfman SF: Ectopic pregnancy 'thinking ectopic', key to diagnosis. *Postgrad Medi* 76:65-68, 1984.
9. Schneider J, Berger C, Cattell C: Maternal mortality due to ectopic pregnancy_a review of 102 deaths. *Obstet Gynecol* 49:557-561, 1977.
10. Spandorfer SD, Barnhart KT: Endometrial stripe thickness as a predictor of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility* 66:474-477, 1996.
11. Stovall TG, Ling FW, Carson SA, Buster JE.:Serum progesterone and uterine curettage in differential diagnosis of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 57:456-458, 1992.
12. Keresztury S: Examination of curettage material for the diagnosis of ectopic pregnancy. *Acta Morphol Hung* 24:359-367, 1976.
13. Lu H, Xin L: Morphologic changes of endometrium in patients with ectopic pregnancy. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih* 32 (3):145-147, 1997.