

Ektopik Gebelik Tedavi Yaklaşımında Laboratuvar mı? Fertilite mi?

Laboratory or Fertility? in Ectopic Pregnancy Management

Gülhan Güneş Elçi^{1*}, Erkan Elçi¹, Numan Çim², Recep Yıldızhan²

¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Van, Türkiye

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı kliniğimizde son üç yılda ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen olguların tanı ve tedavi yaklaşımlarının irdelenerek tedavi başarı oranlarımızın belirlenmesidir.

Yöntem ve Gereçler: Haziran 2013- Kasım 2016 tarihleri arasında ektopik gebelik nedeniyle tedavi edilen 140 olgunun bilgilerine ulaşılabilen 111 olgu yaş, gravida, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliği, kontrasepsiyon yöntemi, pelvik cerrahi öyküsü, hemodinamik stabilite, başlangıç β -hCG düzeyi, ultrasonografide batında serbest sıvı bulunup-bulunmadığı, adneksial alanda bulgu varlığı, bekle-gör yöntemi, methotrexate (MTX) ve cerrahi tedavi edilen olgu sayısı retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $29 \pm 5,6$, obstetrik öykülerinde; önceki gebelikleri abortus %12,6 (n=14), sezaryen ile doğum %12,6 (n=14), vajinal yol ile doğum %39,6 (n=44) idi. Daha önceki gebeliğinde ektopik cerrahisi geçirme oranı %3,6 (n=4) ve olguların %17,1'inde (n=19) geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü vardı. İlk başvuruda olguların %21,6'sında (n=24) hipovolemik bulgular mevcuttu, %78,4 olgunun (n=87) hemodinamisi stabil ve ektopik gebelik rüptür bulguları yoktu. Bu olguların ilk yaklaşımlarında ise, %23,4'ü (26) sadece izlenirken (bekle-gör), %55'ine (n=61) medikal tedavi, %21,6'sına (n=24) cerrahi tedavi uygulandı. Bekle-gör yaklaşımında bulunan olgularda başarı oranı %77, tek doz MTX tedavisinin başarı oranı %64 bulundu. Methotrexate tedavisi alan 2 olguda 2.doz MTX ile başarı elde edilemeyince cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi uygulanan 52 olgudan %75'ine (n=39) salpenjektomi, %19,2'sine (n=10) salpingostomi, %2'sine (n=1) salpingotomi ve %3,8'ine (n=2) overyal wedge rezeksiyon yapıldı.

Sonuç: Rüptür bulguları olmayan, genel durumu stabil hastalarda methotrexate ve bekle-gör tedavisi ilk seçenek olarak önerilebilir. Cerrahi tedavi genellikle genel durum ve fertilite durumu düşünülerek tercih edilmeli ve tedavide organ koruyucu cerrahi ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, methotrexate, bekle-gör tedavisi, cerrahi tedavi

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate diagnostic and treatment modalities with our treatment success rates of patients treated due to ectopic pregnancy.

Materials and Method: 111 out of 140 patients treated due to ectopic pregnancy whose information could be accessed were evaluated considering; age, gravidity, contraceptive method, history of pelvic surgery, hemodynamically stability, first β -hCG values, presence of free abdominal fluid, ultrasonographic findings suggesting adnexal masses, the number of treatment approaches as wait and see, Methotrexate and surgery in time period between June 2013 and December 2016.

Results: Mean age of the patients was 29-5,6, previous pregnancies with abortion 12,6%, cesarean 39,6%, vaginal delivery 3,6%, previous surgery due to ectopic pregnancy 17,1%. 21,6% of the patients were with hypovolemic findings and 78,4% of the patients were hemodynamically stable without rupture findings in the first attendance. In initial management, 23,4% of the patients had wait and see treatment, 55% (n=61) of the patients had medical treatment, 21,6% (n=24) of them had surgery. Success rate was 77% in the patients treated with wait and see and 64% was in the patients treated with single dose Methotrexate. Surgery was performed to two patients with failed two dose of Methotrexate treatment. 75% salpingectomy 19,2%, salpingostomy 2%, salpingotomy and 3,8%, ovarian wedge resection was performed to 52 patients with surgical treatment.

Conclusion: Methotrexate and wait and see treatment modalities can be offered as the first choice to the patients without rupture findings, and stable conditions. In surgical treatment, fertility preserving surgeries should be the first choice considering vital findings and fertility desire.

Key Words: Ectopic pregnancy, methotrexate, wait and see treatment, surgical treatment

*Sorumlu Yazar: Uzm. Dr. Gülhan Güneş Elçi

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Van, Türkiye
Tlf: +90 (530) 403 69 77, E-mail: gulhangunes@hotmail.com

Geliş Tarihi: 24.04.2017, Kabul Tarihi: 01.05.2017

Giriş

Dış gebelik, uterin kavitenin dışında bir embriyonun implantasyonu ve gelişimi ile karakterizedir. Ektopik gebelikler tuba uterinada interstisyel (%2.4), isthmik (%12.0), ampuller (%70.0) ve fimbrial (%11.1) bölgelere yerleşebileceği gibi, overde (%3.2) veya karın boşluğuna da (%1.3) yerleşebilir (1). Bütün gebeliklerin yaklaşık %2'sini ektopik gebelikler oluşturur. Ektopik gebelik maternal mortalitenin %10'undan sorumludur (2). Ektopik gebelik için çeşitli risk faktörleri olmasına rağmen, etyoloji halen belirsizliğini korumaktadır (3). Gelişmiş ülkelerde ektopik gebelik insidansı (1972-1992 yılları arasında) son yıllarda görece stabil kalmış olmasına rağmen, ektopik gebelik insidansında yaklaşık altı kat artış tesbit edilmiştir (4). Bu artış üç farklı risk faktörüne bağlanmaktadır. Bu risk faktörleri; artmış pelvik inflamatuvar hastalık, üreme çağındaki kadınlarda sigara kullanımı ve yardımcı üreme teknikleri (ART) dir (4). Bu çalışmanın amacı deprem sonrası Van ilinde son üç yılda ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen hastaların tanı ve tedavi yaklaşımlarının irdelenerek, tedavi başarı oranlarının belirlenmesidir.

Yöntem ve Gereçler

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Van İpekyolu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2012- Kasım 2015 tarihleri arasında ektopik gebelik tanısı olarak tedavi edilen ve dosya bilgilerine ulaşılan toplam 111 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, gebelik sayısı, doğum, düşük, önceki gebeliği ve küretaj sayısı, gebelikten korunma yöntemi, geçirilmiş ektopik gebelik, geçirilmiş pelvik cerrahi, tubal sterilizasyon öyküsü, başvuru sırasındaki β -hCG değeri, ultrasonografi bulguları ve tedavi şekli hasta dosyaları ve ameliyat raporları incelendi. Tanımlayıcı veriler ortalama \pm standart sapma, ortanca ve oran olarak sunuldu. Gruplar arasındaki verilerin ortalamaların karşılaştırmak için Non-parametrik Mann-Whitney U testi kullanıldı, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi. Veriler SPSS 22,0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular

Retrospektif olarak değerlendirilen toplam 111 vakanın ortalama yaş aralığı 18-43 olarak tespit edildi ve yaş ortalaması ise 29 ± 5 saptandı. Yaş

dağılımı incelendiğinde ise 15-24 yaş arası 23 olgu, 25-35 yaş arası 71 olgu ve 35 yaş üstü ise 17 olgu mevcuttu. Olguların obstetrik öyküsü incelendiğinde; 34 nullipar olgu mevcuttu. Bir önceki gebelik öyküsü aburtus ile sonuçlanan 14 olgu, ektopik gebelik ile sonuçlanan 4 olgu, sezaryen ile doğum yapan 14 olgu ve vajinal yol ile doğum yapan 44 olgu mevcuttu (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların Önceki Gebelik Özellikleri

Önceki Gebeliği	Sayı (n)
Nullipar	34
Abortus	14
Ektopik	4
Sezeryan	14
Vajinal doğum	44

Olguların ektopik gebelik risk faktörlerine bakıldığında; %39,6'nın (n=44) sigara kullandığı, %17,1'nin (n=19) pelvik cerrahi geçirdiği, %17,1'nin (n=19) RİA (Rahim İçi Araç) kullandığı, %12,6'sının (n=14) abortus geçirdiği, 16,2'sinin (n=18) küretaj öyküsünün olduğu ve % 4,5'inin (n=5) infertilite tedavisi (ART tedavisi) aldığı tespit edildi. Ayrıca olguların %19'unda ise (n=21) pelvik inflamatuvar hastalık (PID) öyküsü tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların ektopik gebelik risk faktörleri

Risk Faktörleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara	44	39,6
PID	21	19
Pelvik cerrahi	19	17,1
RİA kullanımı	19	17,1
Küretaj öyküsü	18	16,2
Abortus	14	12,6
Yardımcı üreme teknikleri (ART)	5	4,5

Ektopik gebelik tanısı konulduğunda olguların kullandıkları kontraseptif yöntemler incelendiğinde, %64,9 olgunun (n=72) herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı tespit edildi. Kontraseptif yöntem kullanan olgular incelendiğinde ise sırasıyla; %17,1 oranında (n=19) RİA, %0,9 oranında (n=1) OKS, %7,2 oranında (n=8) kondom, %5,4 oranında ise (n=6) geri çekme (coitus interruptus) yöntemi ile korundukları tespit edildi (Tablo 3). Olguların ektopik gebelik tanısı aldıkları mevsim dağılımı incelendiğinde, %19,8 (n=22) olgu ilkbahar, %35,1

(n=39) olgu yaz, %43,2 (n=48) olgu sonbahar, %1,8 (n=2) olgu ise kış mevsiminde tanı almıştı. Olgular ultrasonografi (USG) bulgularına göre ektopik gebeliğin lokalizasyon yeri bakımından incelendiğinde, sol adneksial alan yerleşimli %41,4 (n=46) olgu, sağ adneksial alan yerleşimli %30,6 (n=34) olgu, eski sezaryen insizyon yeri yerleşimli (skar yeri) %1,8 (n=2) olgu mevcuttu. Bununla birlikte %26,1 (n=29) olguda ise USG'de ektopik gebelik odağı tespit edilemedi (Tablo 4). Olguların %89,3'ünün (n=88) USG'sinde batında serbest sıvı mevcuttu.

Olguların ilk geliş şikayetinde ektopik gebelik tanısında yer alan klasik triad (karın ağrısı, adet rötari ve vajinal kanama) bulguları incelendiğinde ise; %38,7 (n=43) olguda karın ağrısı, vajinal kanama ve adet rötari mevcut idi. Olguların %36'sında (n=40) karın ağrısı, %19,8'inde (n=22) ise vajinal kanama mevcuttu. Başvuru sırasında

Tablo 3. Olguların kontrasepsiyon yöntemleri

Kontraseptif Yöntem	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yöntem Kullanmayanlar	72	64,9
RIA	19	17,1
Kondom	8	7,2
Geri Çekme Yöntemi	6	5,4
OKS	1	0,9

Tablo 4. USG'de ektopik gebelik lokalizasyon yeri

USG'de yerleşim yeri	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yerleşim yeri tespit edilemeyen	29	26,1
Sol Adnekslerde	46	41,4
Sağ Adnekslerde	34	30,6
Eski İnsizyon yeri	2	1,8

Tablo 5. Tedavide ilk yaklaşım ve sonuçları

Tedavi	İlk Yaklaşım (n)	Sonuç (n)
Bekle-Gör (Expectant management)	26	20
Metotreksat (MTX)	61	39
Cerrahi	24	52

Tablo 6. Tedavi yaklaşımına göre β -hCG ortalaması

Tedavi Yaklaşımı	β -hCG ortalaması (mIU/L)	β -hCG Max.	β -hCG Min.
Bekle-Gör (Expectant management)	563,6 \pm 216	96	4586
Metotreksat (MTX)	865 \pm 138,5	65	4750
Cerrahi	5819 \pm 807	138	24546

Tablo 7. Tedavi şekillerine göre olguların adet rötari süresi

Tedavi	Sayı	Ortalama hafta	Max	Min
Bekle-Gör	20	2,7 \pm 1,1	5	1
Methotrexate (MTX)	39	4,1 \pm 2	8	1
Cerrahi	52	5,2 \pm 1,6	9	2

%78,4 (n=87) olgunun hemodinamisi stabil olmasına rağmen, %21,6 olgunun (n=24) hemodinamisi unstabil idi.

Olguların ilk başvuru sırasındaki β -hCG değerlerinin ortalaması 2879 \pm 429,7 mIU/L (65-24546 mIU/L) olarak bulundu.

Olguların 26'sına bekle-gör yöntemi (expectant management) uygulanmış ve 20 olguda kür sağlanmış, 61 olguya methotrexate (MTX) tedavisi

(50 mg/ m²) uygulanmış, bu olguların 39'unda tedavi başarısı sağlanmıştır. Olguların sadece 24'üne ilk seçenek olarak cerrahi tedavi (salpenjektomi) uygulanmıştır. 28 olguya ise diğer tedaviler (bekle-gör ve/veya MTX tedavisi) uygulanmasında rağmen başarı sağlanmadığından dolayı cerrahi tedavi uygulanmıştır (Tablo 5).

Bekle-gör tedavisi (expectant management) uygulanan olguların β -hCG ortalaması 563,6 \pm 216 mIU/L (96-4586 mIU/L), methotrexate (MTX) tedavisi uygulanan olguların β -hCG ortalaması 865 \pm 138,5 mIU/L (65-4750 mIU/L) ve cerrahi tedavi uygulanan olguların β -hCG ortalamaları ise 5819 \pm 807 mIU/L (138-24546 mIU/L) idi (Tablo 6). Bekle-gör tedavisi uygulanan olguların ortalama adet rötari süresi 2,7 hafta (1-5 hafta), MTX tedavisi uygulanan olguların 4,1 hafta (1-8 hafta), cerrahi tedavi uygulanan olguların ise 5,2 hafta (2-9 hafta) idi (Tablo 7).

Bekle-gör ve MTX tedavisi sonrası tedavi sağlanamayan 28 (%25,2) olguya cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi uygulanan olguların %65,3'üne (n=34) laparotomi, %30,7'sine (n=16) ise laparoskopik uygulandı.

Tartışma

Ektopik gebelik, fetüsün endometrial kavite dışında implante olmasına sebep olan, insan üreme sistemi fizyolojisinin bir kusuru sonucu oluşur. Tanı ve tedavideki gecikmeler hayatı tehdit eden durumlara neden olabilmektedir (5). Ektopik gebeliğe bağlı morbidite ve mortalite, erken tanı ve etkin tedavi yöntemleri ile son yıllarda giderek azalmasına rağmen, cinsel yolla bulaşan hastalıkların giderek artması, ileri anne yaşı ve buna paralel olarak yardımcı üreme tekniklerine başvuru sayısının artması ile ektopik gebelik prevalansında artış olmaktadır (5). Bu yükselen insidans, şiddetli pelvik inflamatuvar hastalık (PID) insidansındaki artış ile ilişkilidir (6). Ektopik gebelik olgularının 25-35 yaş arasında daha sık olduğu, ancak riskin ilerleyen yaşla 3-4 katına çıktığı gösterilmiştir (5,7). Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 29 yaş idi ve literature benzer şekilde 25-35 (n=71) yaş aralığında daha sık izlendi.

Ektopik gebeliğin etyopatogenezinde multifaktöryel olaylar yer almaktadır. Bunların en önemlileri; geçirilmiş PID, RİA kullanımı, tubal cerrahi öyküsü, progesteron içeren kontraseptif yöntemlerinin kullanımı, geçirilmiş laparotomiler, infertilite öyküsü ve endometriozistir (8). Rahim içi aracı olanlar ile tubal ligasyon geçirenlerde gebelik gelişirse bunların ektopik gebelik olma riski daha fazladır (9). Çalışmamızda PID tanısı için yeterli anemnez alınamamış, ancak hastaların %17,1'i pelvik cerrahi geçirmişti, %17,1'i RİA kullanımı mevcuttu, %4,5'i abortus sonrası küretaj olmuştu ve %39,6'sı sigara kullanmaktaydı. Çalışmamızdaki olgularda ektopik gebelik risk faktörleri değerlendirildiğinde; %39,6 (n=44) olgunun sigara kullandığını, %17,1 (n=19) olgunun pelvik cerrahi geçirdiğini, %17,1 (n=19) olgunun ise RİA kullandığını tespit ettik.

Ektopik gebeliğin mevsimsel ile ilişkisi incelendiğinde, mevsimsel dağılımda farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Strolego ve ark. (10) yaptıkları çalışmada ektopik gebeliğin yaz döneminde daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir. Benzer şekilde bu başka bir çalışmada da teyid edilmiştir (11). Bu çalışmaların aksine, bazı çalışmalarda ise, kış ve bahar aylarında daha fazla saptanmıştır (12). Bazı çalışmalarda ise

mevsimler ile ektopik gebelik sıklığı arasında herhangi bir farklılık olmadığını ifade etmişlerdir (13). Çalışmamızda %35,1 (n=39) olgu yaz mevsiminde, %43,2 (n=48) olgu ise sonbahar mevsiminde tanı almıştır. Çalışmamızda sonbahar mevsiminde ektopik gebe olgularının daha sık olduğu tespit ettik.

Ektopik gebeliğin klasik semptom triadı tanı için kullanılmasına rağmen, patognomonik değildir. Bu semptomlar hem rüptüre olmuş, hem de rüptüre olmamış ektopik gebelik olgularında olabilmektedir. Ektopik gebeliğin klasik semptom triadı; adet gecikmesi, karın ağrısı ve vajinal kanamadır. Fakat, 3 semptomunda birlikte olduğu olgular %50 oranındadır. Semptomatik olgularda ektopik gebeliğin komplike olma olasılığı daha yüksektir (14). Ektopik gebelikte karın ağrısı ve/veya vajinal kanama 6.- 10. gebelik haftalarında yaygın bir semptomdur. Ancak, gebe kadınların üçte birinde bu semptomlar erken gebelikte de görülen belirtilerdir (15). Ağrı kalıcı ve şiddetli olmakta ve genellikle tek taraflı olmaktadır (16,17). Alsuleiman ve ark. (18) yaptıkları bir çalışmada ektopik gebeliği olan olguların en sık başvuru semptomlarının abdominal ağrı (%98,6), amenore (% 74,1) ve vajinal kanama (%56,4) olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise, en sık başvuru yakınmasının karın ağrısı (%67,5) olduğu ve en sık muayene bulgusunun ise abdominal hassasiyet (%97,5) olduğunu bildirilmiştir (19). Benzer başka bir çalışmada da ektopik gebe olgularındaki semptomların abdomino-pelvik ağrı (%77,4), vajinal kanama (% 45,2) ve ağrının (%35,5) olduğunu ifade edilmiştir (20). Çalışmamızda olguların başvuru şikayetleri incelendiğinde % 43 oranında karın ağrısının vajinal kanama ile birlikte olduğu, % 40 oranında olguda karın ağrısının olduğu, % 22 oranında olguda ise vajinal kanamanın olduğu tespit edildi.

Ektopik gebelik tanısında anemnez, β -hCG ve transvajinal USG (TV-USG) önemli rol oynamaktadır. TV-USG' de uterin kavitede gebelik kesesinin olmaması ve adneksiyal alanda kistik olmayan kitle imajı ektopik gebelik tanısında % 94-99 özgüllük ve % 84-90 duyarlılık ile tanı koydurucudur (21). Kadar ve ark. %85 güven aralığı kullanılarak, normal devam eden gebeliklerde β -hCG artışının asgari 2 gün içinde % 66 olduğunu bildirmişlerdir (22). Ağrı veya kanama semptomları olan olgularda yapılan başka bir çalışmada, intrauterin gebelik için β -hCG minimum artışının 24 saatte % 24 oranında olduğu, 48 saatte ise %53 olduğu ifade edilmiştir (23). Ayrıca Seeber ve ark. 2 gün boyunca minimum β -hCG artışının %35 olması gerektiğini

bildirmişlerdir (24). Mevcut uygulamada normal gebelikte β -hCG artışı 48 saat sonra minimum %50-66 olarak kabul edilir (25). Erken gebelikte β -hCG düzeyinde beklenen bu artışın olmaması mevcut gebeliğin sağlıklı olmadığını göstermektedir. Çalışmamızdaki olguların TV-USG'sinde %30,6'sında sağ adnexe, %41,4'ünde sol adnexe ve %1,8'inde sezaryen insizyon yerinde ektopik gebelikte uyumlu görünüm izlendi ve bu olguların %79,3'ünde douglusta serbest sıvı izlendi. Olguların %20,7'sinde ise ultrasonografik bulgu mevcut değildi. Olguların başvuru esnasında β -hCG değerleri ise $2879 \pm 429,7$ mIU/L (65-24546 mIU/L) olarak bulundu.

Günümüzde ektopik gebelik tedavisinde 3 yaklaşım mevcuttur (bekle-gör, medikal tedavi ve cerrahi tedavi). Bekle-gör (expectant management) tedavisinin ilk β -hCG değerlerinin <1000 IU / L olduğu olgularda daha yararlı olduğu bildirilmiştir (26). Bu yaklaşımda başarı oranının %47- %82 arasında olduğu bildirilmiştir (27). Ayrıca bekle-gör yaklaşımında β -hCG düzeylerinin 1000 mIU/ml'nin altında olması, 3 cm'den küçük gebelik kesesinin olması ve fetal kalp atımlarının görülmemesi önerilen kriterlerdir (27,28). Çalışma olgularımızdaki 26 olguya bekle-gör yaklaşımı uygulandı. Bu olguların β -hCG değerleri ortalama $563,6 \pm 216$ mIU/L ($96-4586$ mIU/L) ve tedavi başarı oranımız %76 olarak tespit edildi.

Medikal tedavide en sık kullanılan ajan methotrexate (MTX)'tir Tek doz MTX tedavi rejimi tercih edilmekte ve 50 mg / m^2 dozunda kas içine enjekte edilmesi ile uygulanır (29). Tekrar dozu gerektirecek tek doz tedavisi alan olguların oranı yaklaşık %14-20'dir (30,31). Tedavi uygulanan olgularda β -hCG düzeyi ilaç dozundan sonraki 7. gün ile 4. gün arasında en az % 15 düşüş göstermesi gerektirir. Aksi halde tekrar dozu uygulamak gerekir. Ektopik gebelik rüptürü medical tedavi sırasında da olası bir durumdur. Methotrexate uygulanan olguların yaklaşık %10'u, cerrahi müdahale gerektirir (32). Methotrexate tedavisinde hasta gözetimi, personel ve hasta bilinci tedavi başarısızlığı açısından hayati önem taşımaktadır. Non-randomize çalışmaların meta-analizi, tek doz tedavisi ve çoklu doz protokollerinin başarı oranlarının sırasıyla %93 ve %88 olduğunu göstermiştir (33). Olgularımızın % 55'ine (n=61) tek doz MTX tedavisi verildi, %18'ine ise (n=20) 2. doz MTX tedavisi yapıldı. Bekle-gör ve MTX tedavisi sonrası tedavi sağlanamayan 28 (%25,2) olguya cerrahi tedavi uygulandı. Medikal tedavi başarı oranımız % 64 olarak tespit edildi.

Cerrahi tedaviyi (laparotomi ya da laparoskopik) belirlemede esas etken hemodinamik instabilite ve fertilitedir. RCOG (The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) çoğu ektopik gebelik olgusunda laparoskopik yaklaşımı ve şayet karşı tuba sağlamsa salpenjektomiyi önermektedir (34). Tozer ve ark. fallop tüplerini korumaya yönelik, cerrahi tedavide salpingostomi uygulamasını önermişlerdir (35). Ayrıca yapılan çalışmalarda laparoskopik veya laparotomi ile yapılan salpingostomi arasında reproduktif sonuçlar yönünden fark olmadığı gösterilmiştir (36,37). Cerrahi tedavi uygulanan olguların %21,6'sında hemodinamik stabilite mevcuttu. Olguların %65,3'üne (n=34) laparotomi yapılırken, %30,7'sine ise (n=16) laparaskopi yapıldı. Laparotomi yapılan olguların %27'sine (n=30) salpanjektomi, %3,6'sına (n=4) salpingostomi, % 1'ine (n=1) salpingotomi ve %1'ine ise (n=1) over wedge rezeksiyon yapıldı. Laparaskopi yapılan olguların %8,1'ine (n=9) salpanjektomi, %5,4'üne (n=6) salpingostomi ve %1'ine (n=1) over wedge rezeksiyonu yapıldı.

Sonuç olarak; ektopik gebelikte tedavi seçeneğinde hemodinamik stabilite, fertilitite durumu ve arzusu, β -hCG değeri ve ultrasonografik bulgular önemli kriterlerdir. Seçilecek tedavi olguya göre bireyselleştirilmeli, olgunun fertilitesi ve hemodinamisine göre planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17(12): 3224-3230.
2. Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, Van Der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000324.
3. Shaw JL, Dey SK, Critchley HO, Horne AW. Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy. Hum Reprod Update 2010; 16(4): 432-444.
4. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, Syverson CJ. Pregnancy-related mortality surveillance--United States, 1991--1999. MMWR Surveill Summ 2003; 52(2): 1-8.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical management of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2008; 111(6): 1479-1485.
6. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28

- year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2000; 76(1): 28-32.
7. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003; 157(3): 185-194.
 8. Coste J, Job-Spira N, Aublet-Cuvelier B, Germain E, Glowaczower E, Fernandez H, Pouly JL: Incidence of ectopic pregnancy. First results of a population-based register in France. *Hum Reprod* 1994; 9: 742-745.
 9. Rossing MA, Daling JR, Voigt LF, Stergachis AS, Weiss NS. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology* 1993; 4(3): 252-258.
 10. Strolego F, Rustico M, Pregazzi R. [Seasonal incidence of extrauterine pregnancy]. [Article in Italian] *Minerva Ginecol* 1995; 47(11): 499-502.
 11. Michelas S, Creatsas G, Fakas G, Kaskarelis D. Ectopic pregnancy: outcome of 152 cases. *Int Surg* 1980; 65(4): 355-358.
 12. Goldenberg M, Bider D, Seidman DS, Lipitz S, Mashiach S, Oelsner G. Seasonal patterns in tubal pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1993; 35(3): 149-151.
 13. Römer T, Schmidt T, Negwer U, Rösel HD, Lober R. [Is there a seasonal incidence of ectopic pregnancy?-A retrospective analysis]. [Article in German] *Zentralbl Gynakol* 1994; 116(11): 628-630.
 14. Downey LV, Zun LS. Indicators of potential for rupture for ectopics seen in the emergency department. *J Emerg Trauma Shock* 2011; 4(3): 374-377.
 15. Walker JJ. Ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50(1): 89-99.
 16. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann KE. Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. *Ann Epidemiol* 2010; 20(7): 524-531.
 17. Jehle D, Krause R, Braen GR. Ectopic pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 1994; 12(1): 55-71.
 18. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy: a review of 147 cases. *J Reprod Med* 1982; 27(2): 101-106.
 19. Turhan NÖ, İnegöl İ, Seçkin NC. A Three-Year Audit of the Management of Ectopic Pregnancy. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2004; 5: 310-313.
 20. Şahin HG; Zeteroğlu Ş. Sürücü R, Sucaklı MH, Kamacı M. Ektopik gebeliklerde risk faktörleri ve tanı yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor* 2004; 10: 696-700.
 21. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod* 2005; 20(5): 1404-1409.
 22. Kadar N, Romero R. HCG assays and ectopic pregnancy. *Lancet* 1981; 1(8231): 1205-1206.
 23. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, Zhou L, Hummel AC, Guo W. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. *Obstet Gynecol* 2004; 104(1): 50-55.
 24. Seeber BE, Sammel MD, Guo W, Zhou L, Hummel A, Barnhart KT. Application of redefined human chorionic gonadotropin curves for the diagnosis of women at risk for ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2006; 86(2): 454-459.
 25. Horne AW, McBride R, Denison FC. Normally rising hCG does not predict live birth in women presenting with pain and bleeding in early pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156(1): 120-121.
 26. Horne AW, Shaw JL, Murdoch A, McDonald SE, Williams AR, Jabbour HN, et al. Placental growth factor: a promising diagnostic biomarker for tubal ectopic pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(1): E104-108.
 27. Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M. Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy: natural history. *Fertil Steril* 1995; 63(1): 15-19.
 28. Trio D, Strobelt N, Picciolo C, Lapinski RH, Ghidini A. Prognostic factors for successful expectant management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1995; 63(3): 469-472.
 29. Della-Giustina D, Denny M. Ectopic pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21(3): 565-584.
 30. Lipscomb GH, McCord ML, 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(26): 1974-1978.
 31. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, Portera JC, Ling FW. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178(6): 1354-1358.
 32. Sowter MC, Farquhar CM, Petrie KJ, Gudex G. A randomised trial comparing single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. *BJOG* 2001; 108(2): 192-203.
 33. 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(4): 778-784.
 34. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD000324.

35. Tozer AJ, Shaxted E. A review of the use of minimally invasive surgery in the management of ectopic pregnancy in a district general hospital. *Gynaecological Endoscopy* 1996; 5: 21-24.
36. Lunderff P, Thorburn J, Lindblom B. Fertility outcome after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy evaluated in a randomized trial. *Fertil Steril* 1992; 57(5): 998-1002.
37. Aharoni A, Guyot B, Salat-Baroux J. Operative laparoscopy for ectopic pregnancy: how experienced should the surgeon be? *Hum Reprod* 1993; 8(12): 2227-2230.