

Laparoskopi ile Tedavi Edilen Ektopik Gebeliklerin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Laparoscopically Treated Ectopic Pregnancies

Osman Balcı, Alaa S. Mahmoud, Metin Çapar

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, KONYA

Özet

Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik yaklaşımla tedavi ettiğimiz ektopik gebelik olgularımızın değerlendirilmesini amaçladık. Ocak 2007 – Aralık 2009 yılları arasında kliniğimizde ektopik gebelik tanısı konulan ve laparoskopik yaklaşımla tedavisi yapılan 56 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm olgular yaş, gravida, parite, başvuru şikâyetleri, başvuru anındaki gebelik haftaları, transvajinal ultrasonografi (TVUSG) bulguları, tedavi öncesi ve sonrası β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) değerleri, tedavi öncesi ve sonrası hemoglobin (Hb) değerleri, uygulanan laparoskopik yöntemler, transfüzyon yapılıp yapılmadığı ve ek tedavi uygulanıp uygulanmadığı açısından incelendi. Hastaların ortalama yaşı 30.4 ± 4.2 ve ortalama gebelik haftaları 6.6 ± 1.4 hafta idi. Başvuru sırasında ortalama β -hCG değerleri 2932.4 ± 2276.8 IU/L idi. Hastalar sıklıkla kasık ağrısı ve vajinal kanama ile başvurmuşlardır. Hastalarda TVUSG bulguları olarak sıklıkla adneksiyal kitle ve hemoperitoneum gözlenmiştir. En sık ampuller gebelik tanısı konmuştur. Hastaların çoğuna tuba koruyucu cerrahi tedavi uygulanırken, sadece %10.7'sine salpenjektomi uygulanmıştır. Post-operatif kanama nedeniyle 2 hasta yeniden laparoskopiye alınırken, 10 hastaya da kan transfüzyonu yapılmıştır. Hastaların tamamında 1. ayın sonunda β -hCG değerlerinin normal sınırlara döndüğü görülmüştür. Sonuç olarak hemodinamik açıdan stabil ve laparoskopik tedaviye uygun özellikle de genç ve fertilitate isteği olan ektopik gebelik hastalarında, en iyi tedavi yaklaşımının konservatif laparoskopi olduğunu düşünmekteyiz.

Anhtar kelimeler: Ektopik gebelik, laparoskopi, tubal gebelik.

Abstract

In this study, we aimed the evaluation of the laparoscopically treated ectopic pregnancy cases in our clinic. This retrospective study included 56 cases that were diagnosed to have ectopic pregnancy and treated by laparoscopy between January 2007 and December 2009. Patients characteristics such as age, gravidity, parity, symptoms, gestational age at the time of diagnosis, sonographic findings, pre-operative and post-operative serum β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) and hemoglobin levels, type of laparoscopic surgery, blood transfusion and additional treatments were recorded. The average age of the patients was 30.4 ± 4.2 years, the average gestational age was 6.6 ± 1.4 weeks, and the average β -hCG value at presentation was 2932.4 ± 2276.8 IU/L. The patients presented usually with pelvic pain and abnormal vaginal bleeding. Adnexal mass and hemoperitoneum were mostly seen by sonographic evaluation. Ampuller pregnancy was the most common. Most of patients had conservative surgery; salpingectomy was applied to 10.7% of patients. Ten patients received blood transfusion and 2 patients underwent re-laparoscopy because of postoperative bleeding. Serum β -hCG levels returned to normal at the end of the 1st month after surgery in all patients. According to these findings, laparoscopic surgery is the most appropriate treatment for young patients with ectopic pregnancy who are hemodynamically stable and wish to preserve their fertility.

Key words: Ectopic pregnancy, laparoscopy, tubal pregnancy.

GİRİŞ

Ektopik gebelik hayatı tehdit eden ve fertilitateyi etkileyen jinekolojik acil durumlardan birisidir. İnsidansı genel popülasyonda yaklaşık %2 civarındadır (1). Ektopik gebelik hala birinci trimester maternal ölümlerine yol açmaktadır ve erken gebelik ölümlerinin %73'ünden sorumludur (2). Bununla birlikte erken teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile ektopik gebeliğe bağlı mortalite ve morbidite azalmıştır (3).

Günümüzde ektopik gebeliğin tedavisinde özellikle konservatif yaklaşımlar ön plandadır (4). Tanıda serum β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) ve transvajinal ultrasonografinin (TVUSG) yaygın kullanılması sonucunda rüptüre ektopik gebelik ve buna bağlı hipovolemik şok tablosu ile hastanelere başvuran hasta sayıları önemli ölçüde azalmıştır. Rüptüre olmayan ve hemodinamik olarak stabil

olan hastalarda bekleme ve gözlem, medikal veya cerrahi tedavi seçenekleri hastanın durumuna ve sağlık merkezinin olanaklarına göre uygulanabilmektedir. Cerrahi tedaviler içinde laparoskopi özellikle hemodinamik olarak stabil olan ve fertilitatesinin korunmasını isteyen olgularda en iyi tedavi yaklaşımı olarak görünmektedir (4,5). Biz çalışmamızda, laparoskopik yaklaşımla tedavi ettiğimiz ektopik gebelik olgularımızı retrospektif olarak inceledik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 2007 – Aralık 2009 yılları arasında ektopik gebelik tanısı alan ve laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen toplam 56 olgu retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen tüm olgular

Tablo 1. Hasta yaşları, gravida, parite, gebelik haftaları ve başvuru anındaki şikayetleri.

Hasta yaşı (yıl)	30.4±4.2
Gravida	2.3±1.0
Parite	1.4±1.2
Gebelik haftası	6.6±1.4
Kasık ağrısı ve vajinal kanama	22 (%39.2)
Kasık ağrısı	15 (%26.7)
Vajinal kanama	12 (%21.4)
Vajinal kanama ve adet gecikmesi	5 (%8.9)
Adet gecikmesi	2 (%3.5)

yaşları, gravida, parite, başvuru şikâyetleri, başvuru anındaki gebelik haftaları, transvajinal ultrasonografi bulguları, tedavi öncesi ve sonrası β -hCG değerleri, tedavi öncesi ve sonrası hemogloblin (Hb) değerleri, uygulanan laparoskopik yöntemler, transfüzyon yapıp yapılmadığı ve ek tedavi uygulanıp uygulanmadığı açısından incelendi.

BULGULAR

Çalışmamız 56 hastadan oluşmaktaydı. Hastaların yaşları, gravida, parite, gebelik haftaları ve başvuru anındaki şikayetleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Hastaların yaş ortalamaları 30.4±4.2 iken, ortalama gebelik haftaları ise 6.6±1.4 hafta idi. Hastalar sıklıkla kasık ağrısı ve vajinal kanama şikayeti ile başvurmuşlardı. Hastaların tedavi öncesi β -hCG değerleri, tedavi öncesi Hb değerleri, pre-operatif TVUSG bulguları, intra-operatif ektopik gebeliğin anatomik yerleşim yerleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Hastalarda TVUSG bulguları olarak sıklıkla adneksiyal kitle ve ikinci sıklıkta da adneksiyal kitle ile birlikte hemoperitoneum gözlenmiştir. En sık ampuller ektopik gebelik tespit edilmiştir. Hastalara uygulanan laparoskopik yöntemler, tedavi sonrası β -hCG değerleri, tedavi sonrası Hb değerleri, transfüzyon gereksinimi ve ek tedavi uygulaması Tablo 3’de gösterilmiştir. Hastaların çoğuna tuba koruyucu cerrahi tedavi uygulanırken, sadece %10.7’sine salpenjektomi uygulanmıştır. Post-operatif

Tablo 3. Uygulanan laparoskopik yöntemler, tedavi sonrası β -hCG değerleri, tedavi sonrası Hb değerleri, transfüzyon gereksinimi ve ek tedavi uygulaması.

Laparoskopik yöntemler	n (%)
Salpingostomi	28 (%50.0)
Milking	20 (%35.7)
Salpenjektomi	6 (%10.7)
Segmental rezeksiyon	2 (%3.5)
Tedavi sonrası β -hCG değeri (IU/L) (postop. 1. ay)	1<
Tedavi sonrası Hb değeri (g/dl) (postop. 1.gün)	10.4±1.2
Transfüzyon yapılan olgular	10 (%17.8)
Tek doz methotrexate uygulanan olgular	10 (%17.8)
Re-laparoskopi uygulanan olgular	2 (%3.5)

Tablo 2. Tedavi öncesi β -hCG değerleri, tedavi öncesi Hb değerleri, pre-operatif TVUSG bulguları ve intra-operatif ektopik gebelik yerleşim yeri.

Tedavi öncesi β -hCG değeri (IU/L)	2932.4±2276.8
Tedavi öncesi Hb değeri (g/dl)	11.4±1.8
Preoperatif TVUSG bulguları	
Adneksiyal kitle	32 (%57.1)
Hemoperitoneum ve adneksiyal kitle	14 (%25.0)
Hemoperitoneum	6 (%10.7)
FKA pozitif gebelik kesesi	4 (%7.1)
Ektopik gebelik yerleşim yeri	
Ampulla	44 (%78.5)
İstmik	6 (%10.7)
Fimbrial	4 (%7.1)
İnterstisyel	2 (%3.5)

FKA: Fetal kalp atımı

kanama nedeniyle 2 hasta yeniden laparoskopiye alınırken 10 hastaya da kan transfüzyonu yapılmıştır. Hastaların tamamında 1. ayın sonunda β -hCG değerlerinin normal sınırlara döndüğü görülmüştür.

TARTIŞMA

Ektopik gebelik, kadınların gelecekteki fertilitate yeteneğini bozan ve özellikle geç kalınan vakalarda hayatı tehdit eden ciddi bir durumdur (6). Son yıllarda seksüel geçişli hastalıklar ve yardımcı üreme tekniklerindeki artışa bağlı olarak ektopik gebelik insidansı artmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu 35–44 yaşları arasındadır (7). Özellikle invitro fertilizasyon (IVF) uygulamaları sonrası ektopik gebeliğin az görülen tipleri olan interstisyel ve heterotopik gebelikte artış olduğu belirtilmektedir. Tubal faktör varlığında IVF uygulandığında ektopik gebelik insidansı %4'lere kadar çıkabilmektedir (8). Serum β -hCG ölçümü ve TVUSG'nin kullanılması ile ektopik gebeliğin tanısı erken dönemde konulabilmektedir. Erken dönemde tanı konulması medikal tedavi veya organ koruyucu cerrahi yaklaşım uygulanması imkânını arttırmaktadır (9). Ektopik gebelik insidansı yaşla birlikte artmaktadır (10). Storeide ve arkadaşları ektopik gebelik oluşma riskinin 35 yaşın üzerindeki kadınlarda, 15–29 yaş arasındakilere göre 8 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bunu da yaşla beraber artan risk faktörlerine bağlamışlardır (11). Bizim çalışma grubumuzda yaş ortalaması 30.4±4.2 olup, olguların yaklaşık yarısı 30 yaşın üzerinde olan hastalardı. Olgularımızın hastaneye başvuru şikâyetleri sıklık sırasına göre; ağrı ile birlikte vajinal kanama (%39.2), sadece ağrı (%26.7) ve sadece vajinal kanama (%21.4) olarak saptanmıştır. Alsuleiman ve arkadaşları ektopik gebelik vakalarının hastaneye en sık başvuru şikâyetinin sırası ile ağrı, adet gecikmesi ve vajinal kanama olduğunu saptamışlardır (12). Çalışmamızda adet gecikmesi nedeni ile başvuran hastalar en az grubu oluşturmakta idi.

Hemodinamik açıdan stabil ve fertilitate isteği olan hastalarda en uygun tedavi şekli salpingostomidir. Yao ve Tulandi'nin yaptığı ve toplam 231 vakanın incelendiği bir çalışmada

laparoskopinin laparotomiye üstün olduğu belirtilmiştir (5). Ektopik gebeliğin cerrahi tedavisinde uygun ekipman ve uzman varlığında laparoskopi standart yaklaşım olmalıdır. Laparoskopik tedavi laparotomi ile karşılaştırıldığında daha az post-operatif ağrı, daha kısa süre hastanede kalma, daha kısa sürede normal aktiviteye dönme ve daha az maliyetli olmasından dolayı avantajlıdır (13). Medikal tedavide ise en çok kullanılan yöntem tek doz methotrexate uygulanmasıdır. Pratik bir yöntem olup seçilmiş hasta gruplarında %94'e varan başarı oranları bildirilmiştir (5). Ancak serum β -hCG değerinin 5000 IU/L üzerinde olan vakalarda başarısızlık oranlarının arttığı bildirilmektedir. Bu nedenle serum β -hCG değerinin methotrexate tedavisini etkileyen en önemli parametre olduğu belirtilmektedir (14). Bizim yaptığımız, serum β -hCG değeri 10000 IU/L'nin altında, hemodinamik olarak stabil ve multiple doz methotrexate tedavisi uygulanan 294 hastayı içeren çalışmada başarı oranını %78.2 bulurken başarısızlık oranını ise %21.8 olarak bulduk ve bu hastalara cerrahi tedavi uyguladık. Ayrıca başarı oranını etkileyen en önemli faktör olarak TVUSG de ölçülen gestasyonel kitle boyutu olduğunu ve özellikle kitle boyutu ≥ 3 cm ise methotrexate tedavisi başarısının daha az olduğunu bulduk (15).

Laparoskopik yöntemlerle methotrexate tedavisini karşılaştıran çalışmalarda ise her iki grupta da birbirine yakın başarı oranları belirtilmektedir (16). Yapılan bir meta-analize göre tek doz methotrexate tedavisi ile laparoskopik salpingostomi arasında benzer sonuçların alındığı gösterilmektedir ve başarı oranları sırasıyla %87 ve %91 olarak verilmiştir. (17). Methotrexate tedavisinin birtakım dezavantajları mevcuttur. Bunlar tedavi sırasında veya sonrasında tubal rüptür, uzun bir izlem süresine gereksinim duyulması, ikinci bir doza ihtiyaç duyulması ve cerrahi bir işleme gereksinim duyulabilmesidir. Methotrexate tedavisi düşünülen hasta bu yönlerden bilgilendirilmelidir. Mol ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada serum β -hCG değeri 1500 IU/L'nin altında olan hastalarda methotrexate tedavisinin maliyeti daha düşükken, serum β -hCG değeri daha yüksek olan hastalarda laparoskopik yöntemlere göre methotrexate tedavisi daha pahalı bir yöntem olarak belirtilmiştir (18). Tüm bunlara rağmen laparoskopik yaklaşım methotrexate göre daha başarılı görülmekte, düşük serum β -hCG değerlerinde methotrexate laparoskopik yaklaşıma alternatif olabilmektedir (19). Bizde kliniğimizde uygun olgularda öncelikle methotrexate tedavisini seçmekteyiz. Cerrahi tedavi düşündüğümüz hastalarda ise öncelikle laparoskopik yaklaşımı tercih etmekteyiz ve hastalarımıza daha çok salpingostomi ve milking gibi organ koruyucu cerrahi yaklaşımlar uygulamaktayız. Maliyet açısından düşünüldüğünde ise literatürde belirtildiği gibi laparoskopik tedavinin uygun hastalarda ve uygun ellerde yapılması durumunda daha düşük maliyetli olduğuna inanmaktayız. Sonuç olarak; ektopik gebelik hastanın fertilitatesini etkilemesi ve hatta maternal mortaliteye yol açabilmesi nedeniyle önemlidir. Hemodinamik açıdan stabil ve laparoskopik tedaviye uygun, özellikle de genç ve fertilitate isteği olan ektopik gebelik hastalarında, laparoskopi imkanının da olduğu hallerde en iyi tedavi yaklaşımının konservatif laparoskopi olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Kriebs JM, Fahey JO. Ectopic pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2006;51:431-9.
2. Condous G. Ectopic pregnancy-risk factors and diagnosis. *Aust Fam Physician* 2006;35:854-7.
3. Mukul LV, Teal SB. Current management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007;34:403-19.
4. Tulandi T. Current protocol for ectopic pregnancy. *Contemp Obstet Gynecol* 1999;44:42-55.
5. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and non-surgical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997;67:421-33
6. Musa J, Daru PH, Muthir JT, Ujah IA. Ectopic pregnancy in Jos Northern Nigeria: prevalence and impact on subsequent fertility. *Niger J Med* 2009;18:35-8.
7. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy-United States, 1970-1989. *MMWR CDC Surveill Summ* 1993;42:73-85.
8. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999;71:282-6.
9. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J et al. Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:938-44.
10. 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;157:185-94.
11. Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjø P, Sandvei R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland county, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:345-9.
12. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy. A review of 147 cases. *J Reprod Med* 1982;27:101-6.
13. Ehrenberg-Buchner S, Sandadi S, Moawad NS, Pinkerton JS, Hurd WW. Ectopic pregnancy: role of laparoscopic treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:372-9.
14. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG et al. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999;341:1974-8.
15. Balci O, Ozdemir S, Mahmoud AS, Acar A, Colakoglu MC. The efficacy of multiple-dose methotrexate treatment for unruptured tubal ectopic pregnancy and conversion rate to surgery: a study on 294 cases. *Fertil Steril* 2010 Feb 3. [Epub ahead of print]
16. Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BWJ et al. Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet* 1997;350:774-9.
17. Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D. Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:407-12.
18. Mol BW, Hajenius PJ, Engelsbel S et al. Treatment of tubal pregnancy in the Netherlands: an economic comparison of systemic methotrexate administration and laparoscopic salpingostomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:945-51.
19. Sowter MC, Farquhar CM, Petrie KJ, Gudex G. A randomized trial comparing single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 2000;108:192-203.