



Kliniğimizde Ektopik Gebelik Tanısı Alan Hastaların İncelenmesi

The Evaluation of Patient with Diagnosis of Ectopic Pregnancy in Our Clinic

Servet Gençdal, Murat Bozkurt, Hacer Paşaoğlu, Kahraman Ülker, Yetkin Karasu, Suat Dede

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

ÖZET

Amaç: Ektopik gebelik nedeniyle kliniğimize yatırılan hastaların demografik bulgularının, risk faktörleri, tanı bulguları ve tedavi yöntemlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi.

Yöntemler: Bu çalışma Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Mart 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında Ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen 42 hastanın tıbbi kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile yapıldı. Kayıtların incelenmesi sırasında olguların yaşları, obstetrik öyküleri, son adet tarihleri, başvuru nedenleri, muayene bulguları, risk faktörleri, korunma yöntemleri, β -hCG değerleri, Transvaginal ultrasonografide (TV-USG) odak varlığı, büyüklüğü, fetal kardiyak aktivitenin varlığı ve uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 30,6 (20-44) yıl idi. On bir (26%) hasta ağrı, beş (%12) hasta adet rötari, 8 (%19) hasta vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Ortalama β -hCG değerleri 3541 mIU/mL (200- 29611) olarak bulundu. Ortalama gebelik haftaları 6 ($6\pm 1,8$) hafta, TV-USG 27 hasta da ektopik odak izlendi. Ektopik odak büyüklüklerinin ortalaması 37 mm (15- 54) olarak hesaplandı. Dört (%9,6) hastada fetal kalp aktivitesi mevcuttu. Hastalara uygulanan tedavi yöntemine bakılacak olursa 5 (%12) hastaya ekspektan, 4 (%9,5) hastaya medikal tedavi, 33 (%78,5) hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi uygulanan 33 hastanın 26'sına (%78,8) laparoskopi yöntemi, 7 hastaya (%21,2) laparotomi yöntemi uygulandı. Tüm hastalar şifa ile taburcu edildi. Mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Ektopik gebelik fertilitayı etkilemesi, mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle günümüzde hala önemini koruyan bir hastalıktır. Ektopik gebelik tedavisi hastaya yönelik olarak bireyselleştirilmeli, gelecekteki reproduktif performans ve tedavi seçenekleri hastayla tartışılmalıdır.

(JAREM 2014; 4: 93-6)

Anahtar Sözcükler: Ektopik gebelik, laparoskopi, laparotomi, metotreksat

ABSTRACT

Objective: To retrospectively evaluate risk factors, demographic features, findings, and treatment aspects in women hospitalized in our clinic with ectopic pregnancy.

Methods: A total of 42 women who were diagnosed as having an ectopic pregnancy at Kafkas University Medicine Faculty Health Research and Practice Center between March 2013 and May 2014 were enrolled in this study. During investigation of the records, age, obstetric history, last menstrual period, complaint, physical signs, risk factors, contraception method, β -HCG levels, fetal cardiac activity, and diameter of the ectopic mass in the transvaginal ultrasonography and treatment methods were evaluated.

Results: The mean age of the patients was 30.6 (20 ± 44) years; 11 patients applied with pain (26%), 5 (12%) applied with delay of menstrual bleeding, and 8 (19%) applied with vaginal bleeding. Mean β -HCG level was 3541 mIU/mL (200- 29611). Mean gestational age was 6 (6 ± 1.8). With the transvaginal ultrasonography, ectopic foci were detected in 27 (64.2%) patients. The mean diameter of ectopic foci was 37 mm (15-54). In 4 (9.6%) patients, fetal cardiac activity was obtained. As we looked to treatment procedures, 33 (78.5%) patients had surgery, 4 (9.5%) were treated medically, and 5 (12%) patients were managed expectantly. Among 33 patients who had surgery, 26 (78.8%) patients had laparoscopic surgery, and 7 (21.2%) had a laparotomy. All patients were discharged with complete recovery. No complications were observed.

Conclusion: Ectopic pregnancy is still an important issue because of the high mortality, morbidity, and influenced on fertility. The treatment of ectopic pregnancy should be individualized, and all treatment procedures and future reproductive performance must be argued with patients.

(JAREM 2014; 4: 93-6)

Key Words: Ectopic pregnancy, laparoscopy, laparotomy, methotrexate

Bu araştırma 12. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde sunulmuştur, 15- 19 Mayıs 2014, Antalya, Türkiye.
This study was presented at the 12th National Gynecology and Obstetrics Congress, 15-19 May 2014, Antalya, Turkey



Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Murat Bozkurt,
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Bülbül Mahallesi Kombine Yolu Üzeri, Merkez 36000 Kars, Türkiye
Tel: +90 532 227 90 72 E-posta: jindrmb@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 25.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted: 15.10.2014

© Telif Hakkı 2014 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. Makale metnine www.jarem.org web sayfasından ulaşılabilir.

© Copyright 2014 by AVES Yayıncılık Ltd. Available online at www.jarem.org

DOI: 10.5152/jarem.2014.571

GİRİŞ

Ektopik gebelik, embriyonun endometriyal kavite dışındaki herhangi bir yere implantasyonu olarak tanımlanır (1). Ektopik gebelik tüm gebeliklerin %2'sinde görülür ve gebeliğe bağlı anne ölümlerinin %10'undan sorumludur (2). Ektopik gebeliğin klasik semptomları, adet gecikmesi, vajinal kanama ve abdominal ağrıdır. Genel olarak tüm gebeliklerin %1-2'sini; acil servise erken gebelikte vajinal hemoraji ya da ağrı şikayeti ile başvuran hastaların %6-16'sını oluşturmaktadır (3, 4). En sık tuba uterinaya (%97) yerleşim gösterir. Patofizyolojisinde tuba uterinanın hareketini bozan birçok faktör yer almaktadır (mini haplar, progesteronlu rahim içi araç, ileri anne yaşı, sigara, ovulasyon induksiyonu gibi) (5). Ektopik gebeliğe en sık pelvik inflamatuvar hastalık (özellikle salpenjitis) neden olurken, geçirilmiş tubal cerrahi en önemli risk faktörüdür (6). Günümüzde, seri hormonal değerlendirme ve transvaginal ultrasonografinin kullanımı tanıyı kolaylaştırmış, rüptür meydana gelmeden önce ektopik gebelik olgularının tedavisini sağlamıştır. Erken tanı ve tedavi ektopik gebeliğe bağlı mortalitede dramatik bir azalma sağlamıştır (2). Ektopik gebelik için üç farklı tedavi yöntemi mevcuttur; ekspektan yaklaşım, medikal tedavi ve cerrahi tedavi. Tedavi seçiminde hastanın hemodinamik stabilitesi, fertilitate arzusu ve tubal hasar düzeyi göz önüne alınmalıdır. Bu çalışmada kliniğimizde ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen hastaların retrospektif olarak incelenmesi ve sonuçların sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER

Bu çalışma Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Mart 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında Ektopik gebelik tanısı ile tedavi edilen 42 hastanın tıbbi kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile yapıldı.

Çalışmanın retrospektif doğasından dolayı çalışma için hasta onam formu ve etik kurul raporu alınmadı. Ektopik gebelik tanısı, serum β -hCG değeri ≥ 1500 IU/mL iken transvaginal ultrasonografide intrauterin gebelik kesesinin izlenememesi yada β -hCG takiplerinde anormal artış (48 saat ara ile bakılan β -hCG değerlerinde %66'dan daha az artış) tespit edilmesi ve bazı olgularda probe küretaj ile konuldu. Kayıtların incelenmesi sırasında olguların yaşları, obstetrik öyküleri, son adet tarihleri, başvuru nedenleri, muayene bulguları, risk faktörleri, korunma yöntemleri, β -hCG

değerleri, Transvaginal ultrasonografide (TV-USG) odak varlığı, büyüklüğü, fetal kardiyak aktivitenin varlığı ve uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildi. Hastalar uygulanan tedavi yöntemlerine göre cerrahi, medikal veya ekspektan yöntemleri ile tedavi edildi.

İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki datarların analizi için Statistical Package for Social Sciences Software 21 (SPSS IBM, Newyork, U.S.A) programı kullanıldı.

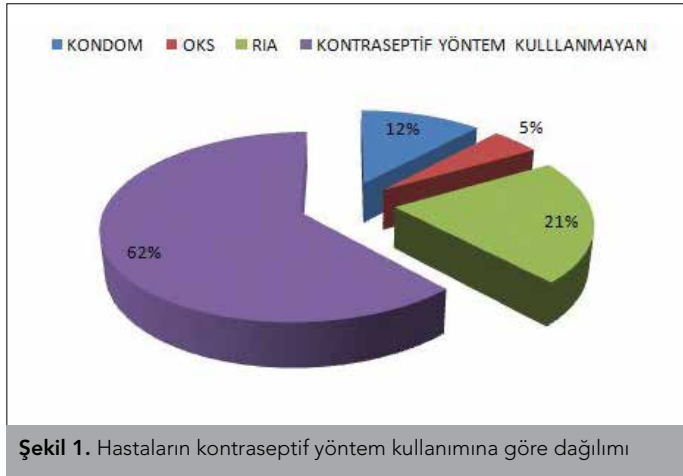
Çalışmanın niceliksel verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar: ortalama olarak, kategorik veriler ise % yüzde ile ifade edildi.

BULGULAR

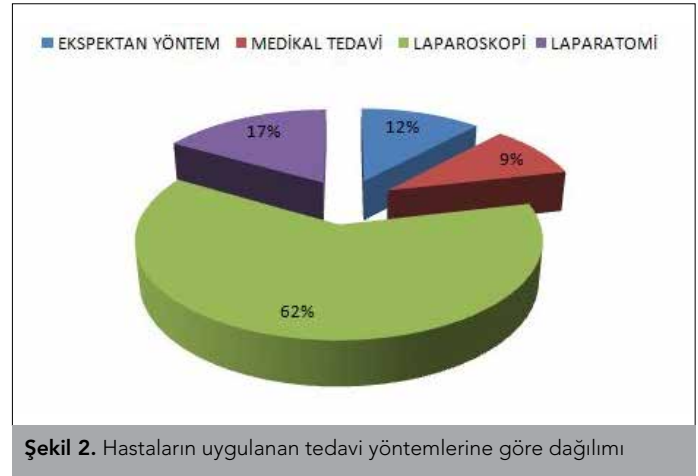
Hastaların yaş ortalaması 30,6 (20-44) yıl idi. 11 (26%) hasta ağrı, 5 (%12) hasta adet rötarı, 8 (%19) hasta vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Ortalama β -hCG değerleri 3541 mIU/mL (200-29611) olarak bulundu. Ortalama gebelik haftaları 6 (5-8) hafta, TV-USG 27 hasta da ektopik odak izlendi. Ektopik odak büyüklüklerinin ortalaması 37 mm (15-54) olarak hesaplandı. Dört (%9,6) hastada fetal kalp aktivitesi mevcuttu. Kontrasepsiyon yöntemi olarak beş (%12) hasta kondom, 2 hasta (%4,8) oral kontraseptif ilaç, dokuz (%21) hasta rahim içi araç (RIA), 26 (%62) olgu herhangi bir yöntem kullanmıyordu (Şekil 1). Beş (%12) hasta sezaryen operasyonu, 2 (%5) hasta ektopik gebelik operasyonu, 2 (%5) hasta operatif histeroskopi, 1 (%2) hasta over kist operasyonu ve 2 (%5) hastanın apendektomi öyküsü mevcuttu. Hastalara uygulanan tedavi yöntemine bakılacak olursa 5 (%12) hastaya ekspektan, 4 (%9,5) hastaya medikal tedavi, 33 (%78,5) hastaya cerrahi tedavi uygulandı (Şekil 2). Cerrahi uygulanan 33 hastanın 26'sına (%78,8) laparoskopik yöntemi, 7 hastaya (%21,2) laparotomi yöntemi uygulandı. Tüm hastalar şifa ile taburcu edildi. Mortalite gözlenmedi. Uygulanan tedavi yöntemleri ile hasta yaşı, odak büyüklüğü, β -hCG düzeyi ve fetal kardiyak aktivite varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu.

TARTIŞMA

Ektopik gebelik, kadınların gelecekteki fertilitate yeteneğini bozan ve özellikle geç kalınan vakalarda hastaların hayatını tehdit eden ciddi bir durumdur (7). İlk trimesterde maternal mortalitenin



Şekil 1. Hastaların kontraseptif yöntem kullanımına göre dağılımı



Şekil 2. Hastaların uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı

%73'ünden sorumludur (8). Ektopik gebeliğe bağlı morbidite ve mortalite, son yıllarda erken tanı ve etkin tedavi yöntemlerindeki gelişmelere birlikte giderek azalmasına rağmen, cinsel yolla bulaşan hastalıkların giderek artması, ileri anne yaşı ve bununla beraber yardımcı üreme tekniklerine daha fazla başvurulması nedeni ile görülme sıklığında son zamanlarda artış izlenmektedir (9). Storeide ve ark. (10) 35 yaşın üzerindeki kadınlarda ektopik gebelik oluşma riskinin, 15-29 yaş grubundakilere göre 8 kat daha fazla olduğunu bildirmişler, bunun sebebini yaşla beraber artan risk faktörlerine bağlamışlardır. Bizim çalışmamızda, olguların yaşları 20 ile 44 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 30 yıldır. Alsuleiman ve arkadaşları çalışmalarında hastaların hastaneye en sık başvuru şikâyetlerini sırasıyla ağrı, adet rötarı ve vajinal kanama olarak bildirmişlerdir (11). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar Alsuleiman ve arkadaşları çalışmalarındaki sonuçlarla uyumlu bulundu. RIA kullanımı, enfeksiyona yatkınlık oluşturması nedeniyle ektopik gebelik tanısı almış hastalarda sık karşılaştığımız bir kontrasepsiyon yöntemidir. Hatta gebelik testi pozitif olup rahim içi araç kullanımı olan kadınların aksi ispat edilinceye kadar ektopik gebelik olarak kabul edilmesi önerilmektedir (12). Sunulan bu çalışmada ektopik gebelik herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan hasta grubunda daha sık izlendi. RIA kullanım oranı ise %21 saptandı. Ektopik gebelikte en önemli risk faktörleri; geçirilmiş tubal cerrahi, ektopik gebelik öyküsü, tanımlanmış tuba yapısı ve motilitesini bozan patolojiler (geçirilmiş abdominal- pelvik cerrahi, endometriozis, enfeksiyonlar), infertilite tedavisi için başvuru alan medikal ve cerrahi tedaviler, geçirilmiş genital enfeksiyonlar, multipartner, sigara ve vajinal duştur (13). Ektopik gebelik olgularında geçirilmiş pelvik cerrahi oranı %12 ile %42,6 arasında değişmektedir (14). Bizim olgularımızda ise geçirilmiş pelvik cerrahi oranı %19 idi, bu oran literatür ile uyumlu bulundu. Günümüzde ektopik gebelik tanısı TV-USG ve serum β -hCG ölçümü ile kolaylıkla yapılabilmektedir. Pozitif β -hCG testi ile birlikte TV-USG'de intrauterin gestasyonel kesenin izlenmemesi ve adneksiyal kitle varlığı belirleyici kriterlerdir. TV-USG'de olgularımızın tamamında adneksiyal kitle varlığı %59,5 ve bunların %13,8'inde fetal kardiyak atım izlenmekteydi. Condous ve ark. çalışmaların da TV-USG'de %78,3 nonhomojen adneksiyel kitle, %7,3 fetal kardiyak atım pozitifliği saptamışlardır (15).

Ektopik gebelikte tedavi yaklaşımı hastanın hemodinamik stabilitesine, fertilitate arzusuna, tubal hasar varlığına bağlı olarak değişiklikler göstermektedir. Ektopik gebeliğin tedavisinde esas olarak ekspektan yaklaşım (Bekle ve gör), medikal tedavi ve cerrahi tedavi üzere üç yaklaşım mevcuttur. Ekspektan tedavi yönteminin başarısı %47-82 oranları arasında olduğu bildirilmiştir. β -hCG düzeylerinin 1000 mIU/mL'nin altında olması, 3 cm'den küçük ektopik odağın bulunması ve fetal kalp atımlarının olmaması ekspektan tedavi olarak tercih edilecek hastalar için önerilen kriterlerdir (16, 17). Bizim çalışmamızda hastaların %12'sine ekspektan tedavi yaklaşımı uygulanmıştır. Bu oran Gamzu ve arkadaşlarının çalışmasında %17, Makinen ve arkadaşlarının çalışmasında ise %18 olarak bulunmuştur (17,18). Medikal tedavi; hemodinamik olarak stabil, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk olmayan hastalarda uygulanabilir. En sık olarak kullanılan ajan bir folik asit antimetaboliti olan metotreksattır. Metotreksat tek doz ya da multidoz şeklinde uygulanabilir. Çalışmamızda hastaların %9,5'ine metotreksat tedavisi uygulanmış ve başarı oranı %100

olarak bulunmuştur. Bu oran literatürdeki orandan biraz fazla olup muhtemel nedeni seçilen hasta sayısının az olmasından kaynaklı rölâtif bir yükseklik şeklinde yorumlanabilir (19). Çalışmamızda hastaların %78,5'ine cerrahi tedavi uygulanmıştır. Bu oran literatürdeki verilerden daha fazla bulunmuştur (20). Bunun nedeni hastalara önerilen ekspektan yada medikal tedaviyi kabul etmemesi, ayrıca tersiyer bir merkez olan kliniğimize stabil olmayan hastaların kabulü nedeniyle olabilir. Cerrahi uygulanan hastaların %78,8'sine laparoskopi uygulanmıştır. Laparoskopi, maliyet etkin ve altın standart olarak kabul edildiğinden dolayı tercih edilmiştir. Ayrıca yöntem olarak hastaların hepsine salpenjektomi uygulanmıştır. Salpingostomi persistan trofoblastik aktivite ve tubal kanama riski, Milking ise rekürrens riski nedeniyle hiçbir hastaya uygulanmamıştır. Çalışmamıza alınan tüm hastalar şifa ile taburcu edilmiş, mortalite ise görülmemiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak ektopik gebelik fertilitate etkilemesi, mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle günümüzde hala önemini koruyan bir hastalıktır. Ektopik gebelik tedavisi hastaya yönelik olarak bireyselleştirilmeli, gelecekteki reproduktif performans ve tedavi seçenekleri hastayla tartışılmalıdır. Erken tanı konulabilen vakalarda cerrahi tedavi yerine ekspektan tedavi yaklaşımı ya da medikal tedavi hem hasta uyumunu artırması hem de maliyeti düşürmesi açısından çok önemli olsa da günümüzde halen en sık uygulana tedavi yöntemi cerrahidir.

Etik Komite Onayı: Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı etik kurul onayı alınmamıştır.

Hasta Onamı: Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı hasta onamı alınmamıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.B., S.G., Y.K.; Tasarım - M.B., S.G, H.P.; Denetleme - S.D., S.G, M.B.; Kaynaklar - M.B., K.U., Y.K.; Malzemeler - M.B., S.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - S.G., Y.K, M.B.; Analiz ve/veya Yorum - S.G., M.B.; Literatür Taraması - M.B., K.U.Y.K.; Yazıyı Yazan - S.G., M.B.; Eleştirel İnceleme: S.D., K.U.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was not received due to the retrospective nature of the study.

Informed Consent: Informed consent was not obtained due to the retrospective nature of the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.B., S.G., Y.K.; Design - M.B,S,G, H.P.; Supervision - S.D., S.G., M.B.; Funding - M.B., K.U., Y.K.; Materials - M.B., S.G.; Data Collection and/or Processing - S.G., Y.K., M.B.; Analysis and/or Interpretation - S.G., M.B.; Literature Review - M.B., K.U., Y.K.; Writing - S.G., M.B.; Critical Review - S.D., K.U.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005; 366: 583-91. [\[CrossRef\]](#)
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Ectopic pregnancy. In *Williams Obstetrics*; 22. edition, 2005, New York, The McGraw Hill Company: 253-73.
3. Buckley RG, King KJ, Disney JD, Gorman JD. History and physical examination to estimate the risk of ectopic pregnancy: Validation of a clinical prediction model. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 589-94. [\[CrossRef\]](#)
4. Dart RG, Kaplan B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 1999; 33: 283-90. [\[CrossRef\]](#)
5. Pulkkinen MO, Talo A. Tubal physiologic consideration in ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gyneco* 1987; 30: 164-72. [\[CrossRef\]](#)
6. Westrom L. Influence of sexually transmitted diseases on sterility and ectopic pregnancy. *ActaEurFertil* 1985; 16: 21-4.
7. Musa J, Daru PH, Mutahir JT, Ujah IA. Ectopic Pregnancy in Jos Northern Nigeria: prevalence and impact on subsequent fertility. *Niger J Med* 2009; 18: 35-8.
8. Condous G. Ectopic pregnancy-risk factors and diagnosis. *Aust Fam Physician* 2006; 35: 854-7.
9. Medical Management of EctopicPregnancy. *ACOG Practice Bulletin* No. 94: 2008; 111: 1479-85.
10. Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjo P, Sandvei R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 345-9. [\[CrossRef\]](#)
11. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic Pregnancy: a review of 147 cases. *J Reprod Med* 1982; 27: 101-6.
12. Doyle MB, De Cherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 18: 1-17.
13. 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. [\[CrossRef\]](#)
14. Kazandi M, Turan V. Ectopic pregnancy; risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2011; 38: 67-70.
15. Condous G, Okaro E, Khalid A. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod* 2005; 20: 1404-9. [\[CrossRef\]](#)
16. Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M. Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy: natural history. *Fertil Steril* 1995; 63: 15-9.
17. Trio D, Strobelt N, Picciolo C, Lapinski RH, Ghidini A. Prognostic factors for successful expectant management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1995; 63: 469-72.
18. Gamzu R, Almog B, Levin Y. Efficacy of methotrexate treatment in extra uterine pregnancies defined by stable or increasing human chorionic gonadotropin concentrations. *Fertil Steril* 2002; 77: 761-5. [\[CrossRef\]](#)
19. Makinen JI, Kivijarvi AK, Irljala KM. Success of nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Lancet* 1990; 335: 1099-100 [\[CrossRef\]](#)
20. Cooray H, Harilall M, Farquhar CM. A six-year audit of the management of ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42: 538-42. [\[CrossRef\]](#)