

Ektopik Gebelik: Risk Faktörleri ve Klinik Özellikleri, 68 Olgunun Değerlendirilmesi

Dr. Haluk BACANAKGİL (1), Dr. Fehmi ÜNAL (2), Dr. Serdar ÇELİK (2), Dr. Ahmet BİLGİ (2),
Doç. Dr. Birtan BORAN (3)

ÖZET

Amaç: Ektopik gebelik tanısıyla opere olmuş olguların risk faktörleri, yakınmaları, muayene ve USG bulguları açısından değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2005-2007 yılları arasında, ektopik gebelik tanısıyla opere edilen toplam 68 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm olgular ektopik gebelik etyolojisinde rol oynadığı gösterilmiş risk faktörleri, muayene, TVUSG bulguları ve tedavi yöntemleri açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bütün olgular risk faktörleri açısından incelendiğinde %50 ile geçirilmiş abdominopelvik cerrahi öyküsü ilk sırayı alıyordu. Olguların %7'de RIA mevcuttu. Hastaların %34'ü sigara içiyordu ve hiçbirinde PID öyküsü yoktu. Başvuru sırasındaki yakınmaları incelendiğinde %78 oranında abdominal ağrı, %60 vajinal kanama, %44 adet gecikmesi olduğu belirlendi. Diğer yakınmalar bulantı, kusma, bayılma, ateş idi. En yüksek oranda tespit edilen muayene bulgusu %68 ile abdominal hassasiyet idi. Bunu %47 ile ağrılı collum hareketleri ve yine %47 ile palpabl adneksiyel kitle izliyordu. Diğer bulgular defans %40 ve rebound %34 idi. TVUSG'de hastaların %84'ünde Douglas'da serbest sıvı, %74'ünde adneksiyel kitle (%52 sol, %48 sağ) izlendi. Tüm vakalarda serum β -hCG pozitifliği. 64 olguya salpenjektomi, 1 olguya kornual gebelik nedeniyle TAH, 1 olguya salpingooferektomi, 2 olguya ooferektomi uygulandı.

Sonuç: Geçirilmiş abdominopelvik cerrahinin en önemli risk faktörü olduğu görüldü. Hastaların majör başvuru şikayeti abdominal ağrı ve en sık tespit edilen muayene bulgusu abdominal hassasiyet, en sık tercih edilen tedavi yöntemi salpenjektomi idi. Ektopik gebelikte tedavi yöntemi seçilirken hastanın klinik durumu, fertilitesi ve tuba uterina'daki hasarın boyutu dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, risk faktörleri, cerrahi tedavi

SUMMARY

The Results of Risk Factors and Clinic Findings of Ectopic Pregnancy
Aim: To evaluate the risk factors, complaints, physical and ultrasonographic findings of the patients that had undergone surgery for ectopic pregnancy.

Materials and Method: 68 cases, who underwent surgery with ectopic pregnancy indication between years 2005-2007, in Istanbul Research and Education Hospital Obstetrics & Gynecology Clinics, had been reviewed retrospectively. All cases evaluated for the risk factors of ectopic pregnancy, physical and ultrasonographic findings and surgical procedure applied.

Results: Revision of all cases for the risk factors revealed that, the main risk factor was past abdominopelvic surgery (50%), IUD found in 7% of the cases. 34% of the patients were smoking and no one had PID in their medical history. Complaints during the admittance were abdominal pain 78%, vaginal bleeding 60% and delayed menstruation 44%, mainly. Other complaints include nausea, vomiting, faint and fever. Mostly detected physical finding was abdominal tenderness 68%, following tenderness of collum 47%, palpabl adnexial mass 47%, abdominal guarding 40% and rebound tenderness 34%. Free fluid in the pouch of Douglas 84% and adnexial mass (52 % left, 48% right) was detected by TVUSG., β -hCG was positive in all cases. 64 salpingectomy, 1 TAH because of cornual pregnancy, 1 salpingo-oophorectomy and 2 oophorectomy were the applied surgical procedures.

Conclusion: Past abdominopelvic surgery was the most encountered risk factor. The major complaint was abdominal pain. Most detected physical finding was abdominal tenderness. Salpingectomy was the most applied surgical procedure.

Deciding the surgical procedure for ectopic pregnancy; clinical stability, fertility and degree of tubal damage should be considered.

Keywords: Ectopic pregnancy, risk factors, surgical treatment

GİRİŞ

Ektopik gebelik fertilize ovumun normal yeri olan endometrial kavite dışında bir yere implante olmasıdır. %95'den fazla olguda lokalizasyonu tubalardır. Nadir

olarak overlere, servikse ve abdomene yerleşebilir. Ektopik gebelik tüm gebeliklerin %2'inde görülür ve gebeliğe bağlı anne ölümlerinin %10'dan sorumludur (1). 20-40 yaşları arasında pik yapar. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygınlaşması ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımının artması gibi nedenlerle son yıllarda ektopik gebelik insidansında bir artış olmasına rağmen β -hCG

Tablo 1. Etiyolojik Faktörler

<p>Mekanik ve fonksiyonel : Salpinjitis ; özellikle endosalpinjitis Peritubal adezyonlar ; PID, endometriozis Tubal gelişim bozuklukları Geçirilmiş ektopik gebelik Geçirilmiş tubal cerrahi Geçirilmiş abdominopelvik cerrahi ; özellikle sezaryen, appendektomi RİA kullanımı Tubal maligniteler</p>
<p>Fonksiyonel : Menstrüel reflü Tubal motiliteyi etkileyen hormonal değişiklikler ; sadece progesteron içeren OKS kullanım, morning after pill kullanımı, luteal faz defekti Yardımcı üreme teknikleri Anormal embriyo (blighted ovum) Sigara Vajinal duş</p>

Tablo 2. Olguların karakteristik özellikleri

	n	%
Gravida	dağılım 1-9 ; ortalama 3±1.8	
• 1	12	18
• 2	24	35
• ≥3	32	47
Parite	dağılım 0-5 ; ortalama 2±1	
• 0	12	18
• 1	26	38
• 2	20	29
• ≥3	10	15
Sigara içenler	23	34
RİA	5	7
Abdominopelvik operasyon	34	50
• Appendektomi	8	12*
• Tubal cerrahi	1	-
• Endometriozis	1	-
• Ektopik gebelik	1	-
• Sezaryen	20	29*
• Birden fazla operasyon	3	4*

*Totalin %'si

değerlerinin rutin bakılabilir olması ve transvajinal ultrasonografinin yaygınlaşması sayesinde ektopik gebeliğe bağlı ölüm oranlarında azalma söz konusudur (2).

Ektopik gebeliğin klasik semptomları adet gecikmesi, ağrı ve vajinal kanama şeklindedir. Etiyolojisinde birçok faktör rol oynar (Tablo 1) (1,3).

Bu çalışmanın amacı, ektopik gebelik olgularının retrospektif incelenmesi ile etiyojide rol oynayan risk faktörlerinin belirlenmesi, ayırıcı tanıda klinisyene yardımcı olacak bulgular , tanı ve cerrahi tedavi yönteminin irdelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2005-2007 yılları arasında ektopik gebelik tanısıyla opere edilen toplam 68 olgu retrospektif olarak incelendi. Tüm olgular ektopik gebelik etiyojisinde rol oynadığı gösterilmiş olan risk faktörleri, yakınmaları, muayene, transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ve laboratuvar bulguları, uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri ve intraoperatif eksplorasyon bulguları açısından değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler ortalama, oran ve ortanca olarak sunuldu.

Bulgular

68 olgunun yaş dağılımı 19-46 arasında olup yaş ortalaması 32.43±5.6 idi. Ortalama gravida sayısı 3±1.8 ve parite ise 2±1 idi. Hastaların %34'ü sigara kullanıyordu. Olguların 5'inde (%7) rahim içi araç (RİA) mevcuttu.

Tablo 3. Hasta yakınmaları

	n	%
Abdominal ağrı	53	78
Vajinal kanama	41	60
Adet gecikmesi	30	44
Bulantı	9	13
Bayılma hissi	6	9
Kusma	5	7
Ateş	4	6

Tablo 4. Muayene bulguları

	n	%
Abdominal hassasiyet	46	68
Ağrılı kollum hareketleri	32	47
Palpabl adneksiyel kitle	32	47
Defans	27	40
Rebound	23	34

Olguların hiçbirinde pelvik enflamatuvar hastalık (PID) öyküsü saptanmadı. Olguların %50'i abdominopelvik operasyon geçirmiş olup, bunlar arasında ilk sırayı %29 ile sezaryen alıyordu (Tablo 2).

Hastaların acil servisimize başvuru nedenleri arasında abdominal ağrı, vajinal kanama ve adet gecikmesi ilk üç sırayı alıyordu (Tablo 3).

Hastaların muayene bulguları arasında en sık tespit edilen abdominal hassasiyet (%68) idi.

Bunu palpabl adneksiyel kitle (%47) ve ağrılı kollum hareketleri (%47) izliyordu.

Defans (% 40) ve rebound (%34) diğer önemli muayene bulguları arasındaydı (Tablo 4).

TVUSG'de hiçbir hastada intrauterin gestasyonel sac saptanmadı. 57 hastada çeşitli miktarlarda batın içi serbest sıvı gözlemlendi (%84). 50 vakada adneksiyel kitle tespit edildi (%74). Ektopik gebelik düşündürülen adneksiyel

Tablo 5. TV USG bulguları

	n	%
Intrauterin GS	-	-
Adneksiyel kitle	50	74
•Sağ	24	48
•Sol	26	52
•FKA pozitif	3	6
Serbest sıvı	57	84

Tablo 6. Laboratuvar bulguları

	Dağılım	Ortalama±SD	Medyan değer
Serum β-hCG (mIU/ml)	101-230000	8383.96±30099.40	1462.5
Hb (gr/dl)	4-14	10.54±2.28	11
Hct (%)	14-41	31.71±7.34	33

Tablo 7. Ektopik odak yerleşim yerleri

	n	%
Tuba uterina	65	96
•Sağ	26	38
•ampuller	24	92
•fimbrial	2	8
•Sol	39	58
•ampuller	22	56
•fimbrial	8	21
•isthmik	6	15
•infundibuler	3	8
Overyal	2	3
Kornual	1	1

Tablo 8. Uygulanan cerrahi yöntemler

	n	%
Salpenjektomi	64	94
• Sağ	25	39
•parsiyel	5	8
•total	20	31
• Sol	39	61
•parsiyel	9	14
•total	30	47
Salpingooferektomi	1	1.5
Ooferektomi	2	3
TAH	1	1.5

kitle hastaların 26'sında sol (%52), 24'ünde sağ da (%48) idi. 3 olguda (%6) kitle içerisinde fetal kardiyak aktivite (FKA) (+) tespit edildi (Tablo 5).

Serum, -hCG tüm olgularda pozitif idi. Hastaneye başvuru anındaki ortalama değerler, -hCG için 8393.96±30099.40 mIU/ml, hemogloblin (Hb) için 10.54±2.28 gr/dl, hematokrit (Hct) için ise % 31.71±7.34 idi (Tablo 6).

Olgularda intraoperatif ektopik odak yerleşiminin %96 ile tuba uterina'da olduğu saptandı. 2 olguda (%3) over, 1 olguda ise (%1) kornual yerleşim söz konusuydu (Tablo 7).

Çalışmaya alınan olguların tamamı acil servise başvuran ve acil şartlarda cerrahi olarak tedavi edilen hastalardı. Vakaların 58'inde (%85) operasyon sırasında intraabdominal kanlı serbest sıvı tespit edildi. 64 hastaya (%94) tubal hasar nedeniyle salpenjektomi uygulandı. 1 hastaya kornual gebelik nedeniyle total abdominal histerektomi (TAH), 1 hastaya salpingooferektomi, 1 hastaya parsiyel ve 1 hastaya da total olmak üzere ooferektomi yapıldı (Tablo 8). Hastaların 25'ine (%37) kan transfüzyonu gerekli oldu.

Tartışma

Ektopik gebelik reproduktif dönemin cinsel aktif kadınlarında ortaya çıkabilen çok önemli hastalıklarından biridir. Tanı ve tedavisinde geç kalınması nedeniyle hayatı tehdit eden sonuçlara varabilmesi ile birlikte fertilitiyi de tehlikeye sokan bir durumdur. Patofizyolojisi fertilize ovumun endometrial kaviteye ulaşmasını geciktiren veya engelleyen faktörlerin sebep olduğu prematür implantasyon şeklinde açıklanmaktadır. Çoğu ektopik gebelik rüptürle ilgili klinik belirtiler ortaya çıkmadan, pozitif gebelik testi varlığında karın ağrısı ve anormal vajinal kanama gibi erken belirtilerle tanınabilmektedir.

Ektopik gebelik genellikle 20-40 yaşları arasında görülür ve bu aralık dışında insidansında belirgin bir düşüş gözlenir (1,3,4,5,6). Olgularımızın yaş dağılımı 19-46 yaş aralığında olup, özellikle 18 yaşın altında yok denecek kadar az görülmesi (3,4,6,7) toplumumuzun cinsel aktiflik açısından diğer toplumlara göre etik değerlere daha bağlı olması ile açıklanabilir.

Olgularımızın tamamında gravida sayısı 1 ve üzerindedir. Bu oran Yenen ve ark.da (3) %81.7, Butts ve ark.da (5) %59.4 olarak bildirilmiştir. Ortalama gravida sayımız 3±1.8 iken Butts ve ark.nın çalışmasında 2.45±2.46'dır. Hastaların pariteleri incelendiğinde ise nullipar olanlar %16, 1 ve üzerinde doğum yapanlar %82 olarak bulunmuştur. Ektopik gebelik olgularında incelenen literatürler için nulliparite ortalaması %21.64, 1 ve üzerinde doğum yapanların oranı ise ortalama %78.36'dır (3,4,6,7,8). Butts ve ark. ise bu değerleri nulliparlar için %50.98, 1 ve üzeri doğum yapmışlar için ise %49,03 olarak farklı şekilde bildirmişlerdir (5). Oransal olarak 1 ve üzerinde doğum yapmışlarda ektopik gebelik daha sık görülmekle birlikte risk analizlerinde istatistiki

anlamlılık tespit edilmemiştir (5,6,9).

Hastalarımızın %34'ü sigara içiyordu. Karaer ve ark. bu oranı %39.1 olarak bildirmişler ve sigara içmenin (özellikle konsepsiyon esnasında) ektopik gebelik için anlamlı-ana risk faktörlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir (6). Buna karşın, Bouyer ve ark. sigara içme oranını %48.1 olarak belirttikleri çalışmalarında istatistiki bir fark bulmamışlardır (9).

RİA kullanımı da risk faktörlerinden biridir. RİA kullananlarda genital enfeksiyonlara ve özellikle PİD'ye yatkınlık olması ve gelişen enfeksiyonlar sonucu tubal bütünlüğün bozulması söz konusudur. Hastalarımızın RİA kullanım oranı %7'dir. Bu oran incelenen literatürlerde ortalama %19.22 olarak tespit edilmiştir (3-9). RİA kullanımı ile ektopik gebelik arasında anlamlı bir ilişki vardır (6,9). Diğer bir risk faktörü olan PİD ise % 4-24,5 arasında görülmektedir (3,5,6). Olgularımızda PİD saptanmamış olması, hastaların öykü vermemiş olmasına ya da eksik öykü alınmasına veya intraoperatif PİD bulgularının kayıt edilmemiş olmasına bağlı olabilir.

Geçirilmiş cerrahi öykü ektopik gebeliğin etiyolojisinde en önemli risk faktörlerinden biridir (1,3,5,6,9). Geçirilmiş cerrahi adezyonlara, tubal bütünlüğün bozulmasına, tubal lümenin distorsiyonuna neden olarak fertilize ovumun migrasyonunun belirli noktalarda engellenmesi suretiyle hastalığa neden olduğu düşünülmektedir. Hastalarımızın %50'si daha önce bir cerrahi operasyon geçirmişti. İlk sırada %29 ile sezaryen operasyonu yer alıyordu. Literatürde ektopik gebelik olgularında geçirilmiş sezaryen oranı ortalama %16.52 olarak bulundu (3,4,5,6,8,10). Karaer ve ark.(6) geçirilmiş sezaryen ile ektopik gebelik arasında pozitif bir ilişki bulmuşlarken, Tütüncü ve ark. (10) çalışmalarında böyle bir ilişki bulmamışlardır.

Hastalarımızda ki ağrı, vajinal kanama, adet gecikmesi üçlemesi ve abdominal hassasiyet, ağırlı kollum hareketleri, palpabl adneksiyel kitle şeklinde görülen muayene bulguları literatürle uyumludur.

Günümüzde ektopik gebelik tanısı TVUSG ve serum , -hCG ölçümü ile kolaylıkla konabilmektedir Pozitif , -hCG testi ile birlikte TVUSG'de boş uterus ve adneksiyel kitle varlığı belirleyici kriterlerdir. TVUSG'de olgularımızın tamamında boş uterus, %74 adneksiyel kitle ve bunlarında %6'ında kitle içerisinde FKA (+) idi. Condous ve ark.(11) çalışmalarında TVUSG'de %78.3 nonho-

mojen adneksiyel kitle, %7.3 FKA pozitifliği ve %1.3 intrauterin gebelik saptamışlardır. TVUSG'nin sensitivitesi %90.9, spesifitesi %99.9, pozitif prediktif değeri %93.5 ve negatif prediktif değeri ise %99.8'dir (11). TVUSG'de diğer önemli bulgulardan biri de ektopik odaktan kaynaklanan kanama nedeniyle özellikle Douglas'da değişen miktarlarda serbest sıvının izlenmesidir. Olgularımızın %84'de TVUSG'de serbest sıvı izlendi. Bu oranı İvit ve ark. %81, Condous ve ark. %31 olarak bildirmişlerdir (4,11).

Taniya direkt katkıda bulunan diğer bir tetkik ise serum , -hCG ölçümüdür. Olgularımızda ki ortalama , -hCG değeri 8383.96 mIU/ml idi. Bu konuda ki veriler 1649 ile 6997.4 mIU/ml arasında değişkenlik göstermektedir (3,4,5,7,8,11,12). Semptomatik ve asemptomatik ektopik gebelik olgularının , -hCG değerleri arasında bir fark bulunmamıştır (11). Ektopik gebelik olgularında hematolojik incelemelerin ise taniya katkısı yoktur ve kan kaybının şiddetine bağlı olarak anemi saptanır.

Hastalarımızın tamamı, acil şartlarda ve mesai saatleri dışında laparoskopik müdahale yapılabilmesi olanaklı olmadığından, acil laparotomiye alınmış ve %94 oranında parsiyel yada total salpenjektomi uygulanmıştır. Olguların %85'de hemoperitoneum mevcuttu. İvit ve ark.(11) %93 cerrahiye başvurmuşlar ve %47 oranında salpenjektomi uygulamışlar, %81 olguda da hemoperitoneum saptamışlardır. Tosun ve ark.(12) ise hastalarının %83.82'ne operasyon uygulamışlar ve %51.54'de salpenjektomiyi tercih etmişlerdir. Olgularımızın tamamına radikal cerrahi yöntemlerin uygulanması, ektopik odak için yerine yada rüptürüne bağlı olarak kanamanın kontrol altına alınmaması ve doku bütünlüğünün sağlanamamasından kaynaklanmıştır. Ektopik odak %95 tuba'da ve özellikle ampuller bölgede lokalize olur (1,4,9,12). Olgularımızda ki ektopik odak yerleşiminin dağılımı literatür ile uyumludur.

Ektopik gebelik günümüzde tanı ve tedavi yaklaşımlarında ki gelişmelere rağmen, anne mortalitesi

ve fertilitesi açısından güncelliğini korumaya devam etmektedir. Risk faktörleri arasında geçirilmiş operasyon ve RİA kullanımının ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. TVUSG ve , -hCG tanı koymada çok yüksek bir duyarlılığa sahiptir. Tedavi de ise hastanın klinik durumu, fertilitesi, ve tuba'daki hasarın boyutu dikkate alınarak planlama yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. **Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al** (ed's). Ectopic pregnancy. In Williams Obstetrics; 22. edition, 2005, New-York, The McGraw Hill Company: 253-273.
2. **Kirk E, Condous G, Bourne T**: Ectopic pregnancy deaths: what should we be doing? *Hosp Med*, 2004; 65: 657-660.
3. **Yenen MC, Dede M, Göktolga Ü, et al**. Ektopik gebelikte risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2003; 45(3): 244-248.
4. **İvit H, Köksal A, Çukurova K, et al**. Kliniğimizdeki son beş yıldaki ektopik gebelik olgularının değerlendirilmesi. *İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi*, 2005; 43(4): 163-168.
5. **Butts S, Sammel M, Hummel A, et al**. Risk factors and clinical features of recurrent ectopic pregnancy: a case control study. *Fertil Steril*, 2003; 80(6): 1340-4.
6. **Karaer A, Avşar FA, Batioğlu S**. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study. *ANZ-JOG*, 2006; 46: 521-527.
7. **Duran B, Çetin M, Timuroğlu Y, et al**. Ektopik gebelik olgularının , -hCG düzeylerinin ve mevsimlere göre dağılımının değerlendirilmesi. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003; 25(4): 193-196.
8. **Somunkıran A, Sarohan AR, Demirci F, et al**. Ektopik gebelik nedeniyle tedavi edilen 60 olgunun retrospektif analizi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 1: 4-7.
9. **Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al**. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*, 2002; 17(12): 3224-3230.
10. **Tütüncü L, Müngen E, Muhcu M, et al**. Geçirilmiş sezaryen doğum ektopik gebelik riskini artırır mı?. *Perinatoloji Dergisi*, 2005; 13(2): 1-5.
11. **Condous G, Okaro E, Khalid A, et al**. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod*, 2005; 20(5): 1404-1409.
12. **Tosun M, Kaya A, Kökçü A, et al**. Ektopik gebelik olgularında tedavi yaklaşımları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 2007; 24(2): 37-42.