

EKTOPIK GEBELİKLERİN LAPAROSKOPIK YAKLAŞIMLA TEDAVİSİ

Hulusi B ZEYNELOĞLU*, Mesut ÖKTEM*, Emrah YAVUZ**, Esra KUŞÇU*

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Sağlığı Bölümü, Ankara

** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Objektif: Laparoskopik yaklaşımla tedavi ettiğimiz ektopik gebelik olgularımızın retrospektif olarak değerlendirilmesi
Planlama: 2001–2005 yılları arasında kliniğimizde laparoskopik yaklaşımla ektopik gebelik tedavisi yapılan 43 olgunun verilerinin retrospektif olarak incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi

Ortam: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara Hastanesi

Hastalar: Kliniğimizde laparoskopik yaklaşımla tedavisi yapılan 43 ektopik gebelik hastası

Girişim: Ektopik tanısı konulan hastaların laparoskopik cerrahi yaklaşımlarla tedavi edilmeleri Değerlendirme parametreleri: Laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen tüm olgular yaş, parite, başvuru anında gebelik haftaları, başvuru şikâyetleri, tedavi öncesi ve sonrası β -hCG değerleri, tedavi öncesi ve sonrası hemoglobin değerleri (Hb), transvajinal ultrasonografi bulguları, uygulanan laparoskopik yöntemler, transfüzyon yapıp yapılmadığı, ek tedavi uygulanıp uygulanmadığı, endometrial örnekleme yapıldı ise histopatolojik tanuları ve de postoperatif fertilité durumları açısından incelendi.

Sonuç: Çalışmaya 43 olgu dahil edilmiştir. 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 organ koruyucu tedavi uygulanmışken, hastaların % 38'ne ise salpenjektomi uygulanmıştır. 2 hasta yeniden laparoskopiyeye alınırken, 12 hastaya da kan transfüzyonu yapılmıştır. Hastane kayıtlarından veya telefonla ulaşılan hastaların 5'inin postoperatif intrauterin gebeliği olduğu öğrenilmiştir. 28 hastaya endometrial örnekleme yapılmış olup, kesin histopatolojik tanuları sıklıkla desidual reaksiyon ve arias stella reaksiyonu olarak rapor edilmiştir. Hastaların tamamında 1. ayın sonunda β -hCG değerleri normal sınırlara dönmüştü.

Yorum: Özellikle genç, fertilité isteği olan, hemodinamik açıdan stabil ve de laparoskopi imkanının olduğu hallerde konservatif laparoskopik yaklaşımın ektopik gebelik tedavisinde gold standart olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: ektopik gebelik, laparoskopi, metotreksat tedavisi, tubal gebelik

SUMMARY

Laparoscopic Surgery for the Treatment of Ectopic Pregnancy

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic surgery for the treatment of ectopic pregnancy

Design: 43 women with ectopic pregnancy who underwent laparoscopic surgery in our department between 1996 and 2005 were included in this study.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Baskent University, Ankara

Patients: 43 women with ectopic pregnancy who underwent laparoscopic surgery

Yazışma adresi: Hulusi Bülent ZEYNELOĞLU, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kubilay Sokak,
No: 36 06570, Maltepe, ANKARA
Tel: (0312) 232 44 00
Fax: (0312) 232 39 12
e-mail:hbzeyneloglu@ttnet.net.tr

Alındığı tarih: 01. 07. 2005, kabul tarihi: 15. 07. 2005

Interventions: Laparoscopic surgery was performed the treatment of ectopic pregnancy

Main Outcome Measures: Patients characteristics such as age, parity, gestational age at the time of diagnosis, symptoms, preoperative and postoperative serum β -hCG and hemoglobin levels, sonographic findings, type of laparoscopic surgery, blood transfusion, additional treatments, endometrial sampling and postoperative fertility status were recorded. The size and the location of myomas were obtained from the surgeon's findings in the operative note. Preoperative and postoperative hemoglobin values, change in hemoglobin values, hemorrhage, blood transfusion, postoperative fever, duration of operation and length of postoperative hospital stay were the main outcomes.

Results: Forty-three women with ectopic pregnancy who underwent laparoscopic surgery were included in this study. Patients were submitted usually with pelvic pain and abnormal vaginal bleeding. Adnexal mass and hemoperitoneum were seen by sonographic evaluation. Ampuller pregnancy was the most common. Most of patients had conservative surgery and 38% of patients underwent salpingectomy. 12 patient had blood transfusion and two ones underwent re-laparoscopy. After treatment 5 intrauterine pregnancies were occurred. Endometrial samplings usually defined as decidual en Aria stella reactions. Serum β -hCG levels were in normal range at the end of the month after the laparoscopy.

Conclusion: In conclusion according to these findings, laparoscopic surgery remains the definitive and universal treatment for ectopic pregnancy who are hemodynamically stable and who wish to preserve their fertility.

Key words: ectopic pregnancy, laparoscopy, methotrexate therapy, tubal pregnancy,

Son yıllarda ektopik gebeliğin (EG) tedavisinde önemli değişimler yaşanmış ve konservatif yaklaşımlar ön plana çıkmıştır⁽¹⁾. İki önemli tanı metodunun yaygın ve doğru kullanılması (serum β -hCG ve transvajinal ultrasonografi(TVUSG))sonucunda rüptüre ektopik gebelik ve hipovolemik şok tablosu ile acil servislere başvuran hasta sayılarında dramatik azalmalar olmaktadır. Günümüzde rüptüre olmayan, hemodinamik stabilitesi olan hastalarda cerrahi tedavi, medikal tedavi veya ekspektan tedavi seçenekleri olgunun kondisyonlarına ve de sağlık merkezinin olanaklarına göre uygulanabilmektedir. Özellikle laparoskopik salpingostomi uygulanması, hemodinamik açıdan stabil olan ve fertilitenin korunmasını isteyen olgularda gold standart tedavi yaklaşımı olarak karşıımıza çıkmaktadır^(1,2). Biz çalışmamızda, son yıllarda laparoskopik yolla tedavi ettiğimiz ektopik gebelik olgularımızı retrospektif olarak inceledik.

MATERYAL VE METOD

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Ocak 2001-Temmuz 2005 yılları arasında ektopik gebelik tanısı alan ve laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen toplam 43 olgu retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen tüm olgular yaşları, parite, başvuru anında

gebelik haftaları, başvuru şikâyetleri, tedavi öncesi ve sonrası β -hCG değerleri, tedavi öncesi ve sonrası hemoglobin değerleri (Hb), transvajinal ultrasonografi bulguları, uygulanan laparoskopik yöntemler, transfüzyon yapıp yapılmadığı, ek tedavi uygulanıp uygulanmadığı, endometrial örnekleme yapıldı ise histopatolojik tanıları ve de postoperatif fertilitite durumları açısından incelendi.

SONUÇLAR

Çalışmaya 43 olgu dahil edilmiştir. Hasta yaşları, parite, gebelik haftaları ve başvuru anındaki şikâyetleri Tablo I de gösterilmiştir.

Tablo I: Hasta yaşları, parite, gebelik haftaları ve başvuru anındaki şikâyetleri

Hasta yaşı (yıl)	31,3±4,8*
Parite	0,8±0,9
Gebelik haftası (hafta)	6,8±1,2
Başvuru anında şikâyet	
Kasık ağrısı ve vajinal kanama	15 (%34,9)
Kasık ağrısı	12 (%27,9)
Vajinal kanama	8 (%18,6)
Vajinal kanama ve adet gecikmesi	4 (%9,3)
Adet gecikmesi	3 (%7)
Kasık ağrısı, adet gecikmesi ve vajinal kanama	1 (2,3)

* ortalama±SD

Hastaların yaş ortalamaları 31 iken, ortalama gebelik haftaları ise 6,8 hafta idi. Hastalar sıklıkla kasık ağrısı ve vajinal kanama ile başvurmuşlardır. Tedavi öncesi β -hCG değerleri, tedavi öncesi Hb değerleri, preoperatif TVUSG bulguları, intraoperatif ektopik gebeliğin anatomik yerleşim yeri Tablo II de gösterilmiştir.

Tablo II: Tedavi öncesi β -hCG değerleri, tedavi öncesi Hb değerleri, preoperatif TVUSG bulguları, intraoperatif EG anatomik yerleşim yeri

Tedavi öncesi β -hCG değeri (IU/L)	2906,5 \pm 3501,9
Tedavi öncesi Hb değeri (g/dl)	11 \pm 2
Preoperatif TVUSG bulguları	
Adneksiyal kitle	26 (%60,5)
Hemoperitoneum ve adneksiyal kitle	11(%25,6)
Hemoperitoneum	3 (%7)
FKA pozitif gebelik kesesi	2 (%4,7)
Normal bulgular	1 (%2,3)
Ektopik gebelik yerleşim yeri	
Ampulla	34 (%79,1)
İstmik	5 (%11,6)
Fimbrial	4 (%9,3)

Hastalarda TVUSG bulguları olarak sıklıkla adneksiyal kitle ve hemoperitoneum gözlenmiştir. En sık ampuller gebelik tanısı konmuştur. Tedavi sonrası β -hCG değerleri, tedavi sonrası Hb değerleri, uygulanan laparoskopik yöntemler, transfüzyon gereksinimi, ek tedavi uygulaması ve postoperatif fertilitte durumları Tablo III de gösterilmiştir. Hastaların çoğuna organ koruyucu tedavi uygulanmışken, hastaların % 38'ne ise salpenjektomi uygulanmıştır. 2 hasta yeniden laparoskopiye alınırken, 12 hastaya da kan transfüzyonu yapılmıştır. Hastane kayıtlarından veya telefonla ulaşılan hastaların 5'inin postoperatif intrauterin gebeliği olduğu öğrenilmiştir. Tablo IV de ise endometrial örnekleme yapılan hastaların histopatolojik tanıları yer almaktadır.

Tablo III: Tedavi sonrası β -hCG değerleri, tedavi sonrası Hb değerleri, uygulanan laparoskopik yöntemler, transfüzyon gereksinimi, ek tedavi uygulaması ve postoperatif fertilitte durumları

Laparoskopik yöntemler	
Salfingostomi	17 (%39,5)
Salpenjektomi	16 (%37,2)
Milking	5 (%11,6)
Segmental rezeksiyon	5 (%11,6)
Tedavi sonrası β -hCG değeri (IU/L)(postop. 1. ay)	5<
Tedavi sonrası Hb değeri (g/dl)(postop. 1.gün)	10,2 \pm 1,4
Transfüzyon yapılan olgular	12 (%27,9)
Ek tedavi uygulanan olgular (relaparoskopi)	2 (%4,7)
Postoperatif intrauterin gebelik kalan olgular	5 (%11,6)

Tablo IV: Endometrial örnekleme yapılan olgularda histopatolojik tanıları (28 olgu)

Desidual reaksiyon	14 (% 50)
Arias stella reaksiyonu	12 (% 42,8)
Sekretuar endometrium	1 (%3,6)
Endometrit	1 (%3,6)

28 hastaya endometrial örnekleme yapılmış olup, kesin histopatolojik tanıları sıklıkla desidual reaksiyon ve arias stella reaksiyonu olarak rapor edilmiştir. Hastaların tamamında 1. ayın sonunda β -hCG değerleri normal sınırlara dönmüştür.

TARTIŞMA

Son yıllarda ektopik gebeliğin insidansı 19/ 1000 olarak belirtilmekte, özellikle İVF uygulamaları sonrası interstisiyel ve heterotopik gebelik gibi az görülen tiplerinde artış olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle tubal faktör varlığında IVF uygulandığında ektopik gebelik riskinin %4'lere kadar çıktığı bildirilmektedir⁽³⁾. Transvajinal ultrasonografi ve kantitatif serum β -hCG ölçümü ile ektopik gebeliğin tanısı erkenden konmakta, böylece tedavi modalitelerinde köklü değişikliklere neden olmaktadır. Böylelikle son yıllarda organ koruyucu medikal veya cerrahi yaklaşımlar popülerite kazanmışlardır. Bununla beraber hiçbir şekilde kontrasepsiyon yöntemi kullanmayanlarda, tubal hasar veya infertilite öyküsü olanlarda, ovülasyon indüksiyonu durumlarında ve de β -hCG değerinin 10.000 IU/L üzerinde olan durumlarda tubal rüptür şansının yüksek olduğu unutulmamalıdır⁽⁴⁾. Hemodinamik açıdan stabil olan ve fertilitte isteği olan hastalarda salfingostominin kesin tedavi şekli olduğu açıktır. Toplam 231 vakanın incelendiği bir çalışmada laparoskopinin laparotomiye üstün olduğu ortaya konmuştur⁽²⁾. Yapılan çalışmalarda salfingostomi yapılan hastalarda diğer tübün sağlıklı olması halinde intrauterin gebelik oranları yüksek(%75), dış gebelik oranları ise düşük (%9,6) bulunmuştur⁽⁵⁾. Medikal tedavi olarak ise en popüler olan yöntem tek doz methotrexate uygulanmasıdır. Pratik bir yöntem olup seçilmiş hasta gruplarında % 94'e varan başarı oranları bildirilmiştir⁽²⁾. Özellikle 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⁽⁶⁾. Bununla beraber

mifepiristone ve methotrexate tedavisinin kombine edildiği ve daha iyi sonuçların alındığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.

Laparoskopik yöntemlerle methotrexate tedavisini karşılaştıran çalışmalarda ise her iki grupta da birbirine yakın başarı oranları belirtilmektedir⁽⁷⁾. Son zamanlarda yapılan bir meta-analize göre tek doz methotrexate tedavisi ile laparoskopik salpingostomi arasında benzer sonuçların alındığı gösterilmektedir (sırasıyla %87, %91)⁽⁸⁾. Öte yandan methotrexate tedavisi sırasında veya sonrasında tubal rüptür olabileceği, uzun bir izlem suresine gereksinim duyulacağı, abdominal ağrıların hasta konforunu etkileyebileceği, ikinci bir doza ihtiyaç duyulabileceği ve de cerrahi bir işleme gereksinim duyulabileceği akılda tutulmalı, hasta bu yönlerden bilgilendirilmelidir. Serum β -hCG değerinin 1500 IU/L'nin altında olduğu hallerde methotrexate tedavisi kost-efektif iken, daha yüksek değerlerde laparoskopik yöntemlere göre daha pahalı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır⁽⁹⁾. Tüm bu bilgilere rağmen laparoskopik yaklaşım methotrexate göre daha başarılı görülmekte, düşük serum β -hCG değerlerinde methotrexate laparoskopik yaklaşıma alternatif olabilmektedir⁽¹⁰⁾. Bazı seçilmiş olgularda, örneğin, lokalizasyonu tam bilinmeyen, serum β -hCG düşük olan, hemodinamik açıdan stabil olan hallerde ekspektan tedavi uygulanabilmekte ve de başarılı sonuçlar alınabilmektedir⁽¹¹⁾. Lokal olarak hiperosmolar glükoz, potasyum klorid, PG F2- β ve methotrexate verilen hallerde de özellikle seçilmiş vakalarda başarılı sonuçlar alınabilmektedir^(12,13).

Bizde kliniğimizde uygun olgularda laparoskopik yaklaşımı tercih etmekteyiz. Hastalarımıza daha çok organ koruyucu cerrahi yaklaşımlar uygulamaktayız (salpingostomi, milking, segmentel rezeksiyon gibi). Hastalarımızın serum β -hCG değerlerinin normale inmesi ve de ulaşılabilen hastalarımızın beşinde intrauterin gebelik bildirilmesi laparoskopik yaklaşımın başarılı olduğunu ortaya koymaktadır. Maliyet açısından ise literatürde belirtildiği gibi genel olarak laparoskopik tedavinin uygun ellerde yapılması durumunda kost efektif olduğuna inanmaktayız.

Özellikle geç, fertilitte isteği olan, hemodinamik açıdan stabil ve de laparoskopi imkanının olduğu hallerde konservatif laparoskopik yaklaşımın ektopik gebelik

tedavisinde gold standart olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Tulandi T. Current protocol for ectopic pregnancy. *Contemp Obstet Gynecol* 1999;44:42-55.
2. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and non-surgical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997;67:421-433
3. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999;71:282-286.
4. 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;180:938-944.
5. Dubuisson JB, Morice P, Chapron C, et al. Salpingectomy \pm the laparoscopic surgical choice for ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1996;11:1199-1203.
6. 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;341:1974-1978.
7. Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BWJ, et al. Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet* 1997;350:774-779.
8. Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D. Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:407-412.
9. 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;181:945-951.
10. 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
11. Banerjee S, Aslam N, Zosmer N, et al. The expectant management of women with early pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;14:231-236.
12. Fernandez H, Vincent SCY, Pauthier S, et al. Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Hum Reprod* 1998;13:3239-3243.
13. Tzafettas JM, Stephanatos A, Loufopoulos A, et al. Single high dose of local methotrexate for the management of relatively advanced ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 1999;71:1010-1013.