

Tekrarlayan Ektopik Gebelik

RECURRENT ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT

Dr. Mehmet Nafi SAKAR,^a Dr. Talip GÜL^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, DİYARBAKIR

Özet

Dört kez ektopik gebelik geçiren bir olguyu sunarak, tekrarlayan ektopik gebelik olgularına yaklaşımla ilgili literatürü tartışmak amaçlanmıştır.

Hasta, adet gecikmesi ve karın ağrısı şikayeti ile gittiği hastanede ektopik gebelik tanısı olarak kliniğimize refere edildi. Üç ektopik gebelik öyküsü olan hasta dördüncü ektopik gebelik tanısıyla kliniğe yatırıldı. Akut batin bulguları olan ve ultrasonda Douglas poşunda serbest mayi saptanan hasta operasyona alındı. Ektopik gebeliğin kaynaklandığı sağ tubada gross bir harabiyet saptanmadı. Sağ fimbrial uçtan, oluşan spontan tubal abortusa bağlı kanama izlendi. Sağ fimbrial uçta kanama kontrolü sağlandı, aspirasyon ve irrigasyon yapıldı.

Tekrarlayan ektopik gebelik olgularına yaklaşım ve ektopik gebelik sonrası fertilité sonuçları literatür bilgileri ışığında tartışıldı. Tekrarlayan ektopik gebeliklerde canlı doğum oranı düşmektedir. Bu nedenle fertilité arzusu olan bu kadınlarda mümkün olduğunca tubalar korunmalıdır. Ancak iki ve üzerinde tubal cerrahi geçiren olgularda organ koruyucu müdahale her zaman mümkün olmadığından yardımcı üreme teknikleri için de hazırlık düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik, gebelik; tekrarlama

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17:221-223

Abstract

It is aimed to discuss the literature related with the management of recurrent ectopic pregnancy cases by presenting a case which had four times of ectopic pregnancy.

The patient who had delayed menstruation and abdominal pain was referred to our clinic with the diagnosis of ectopic pregnancy. The patient with 3 ectopic pregnancy before was hospitalized with the diagnosis of the forth ectopic pregnancy. The patient was operated so that she had acute abdomen with free fluid in the Douglas's pouch in ultrasound. Bleeding was detected due to spontaneous tubal abortus from the distal end of right fimbria, while no gross injury was observed in the right fallopian tube. Hemostasis was sustained in the right fimbrial end; aspiration and irrigation was done.

Management of recurrent ectopic pregnancy cases and results of fertility after ectopic pregnancy were discussed according to the literature. The rate of live birth is decreased in recurrent ectopic pregnancies. Thus, fallopian tubes must be preserved in such women with reproductive demand. Preparation for the assisted reproductive techniques must also be considered in cases having two or more tubal surgeries, since the organ conservative surgery is not convenient in most of the cases.

Key Words: Pregnancy, ectopic; recurrence

Ektopik gebelik, maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir.¹ Ektopik gebelik, ilk trimester gebeliğe bağlı ölümlerin en önemli nedenidir (%9). İlerlemiş teşhis ve tedavi metodları sayesinde insidansının artış göstermesine rağmen ektopik gebeliğin, potansiyel morbidite ve mortalite oranlarında be-

lirgin azalma sağlanabilmiştir.² Ektopik gebelik ölümle sonuçlanabilecek acil bir olay olmasının yanında, kadının bir sonraki gebelik için fertilité potansiyeli de klinisyenin karşılaştığı önemli bir problemdir. Gelişmiş ülkelerde ektopik gebeliklerde tanı ve tedavinin gelişmesiyle birlikte asıl sorun daha sonraki fertilité prognozunun ne olacağı yönüne kaymıştır. İlk ektopik gebelik geçirme yaşı, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, rahim içi araç kullanımı gibi faktörlerin her biri ektopik gebeliğin tekrarı açısından risk faktörü olarak ele alınsa da, en önemli risk faktörü bir ektopik gebelik geçirmiş olmaktır.³ Birinci ektopik gebelikten sonra rekürrens oranı salpenjektomi yapılmışsa %10, salpingotomi yapılmışsa %15'tir.¹ Bir ektopik

Geliş Tarihi/Received: 03.09.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 20.11.2006

Bu makale 5. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde poster olarak tebliğ edilmiştir (16-21 Mayıs 2006, Antalya).

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Mehmet Nafi SAKAR
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, DİYARBAKIR
nafisakar@hotmail.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17

221

gebeliği takiben spontan konsepsiyon sonrası canlı bebek doğum şansını %50-85 oranında değiştirmektedir.^{3,4} İki ektopik gebelik sonrası tekrar ektopik gebelik olma olasılığı, bir ektopik geçirene göre 10 kat artmaktadır. İki ektopik gebelik geçiren bir kadının canlı bebek doğum oranı %4'e düşmektedir.

Bu olgu sunumunda 4 kez ektopik gebelik geçiren bir olgu irdelendi ve tekrarlayan ektopik gebelik olgularına yaklaşımla ilgili literatür tartışıldı.

Olgu

33 yaşında 14 yıllık evli hasta, 2 haftalık adet gecikmesi ve alt karın ağrısı şikayetinin olması üzerine gittiği Doğumevi'nde ektopik gebelik tanısı alarak kliniğimize refere edilmiş.

Hastanın tansiyon arteriyeli 110/70 mmHg, nabız: 96/dk idi. Hastanın obstetrik anamnezi, G:4 P:0 ve 3 ektopik gebelik geçirdiği şeklindeydi. Hasta 1994 yılında sol tubal gebelik nedeniyle laparotomi ile sol lineer salpingotomi, 1996 yılında sol tubal gebelik nedeniyle laparotomi ile sol salpenjektomi geçirmiş. 2000 yılında sağ tubal gebelik nedeniyle methotrexate tedavisi almıştı.

Hastanın son adet tarihine göre 6 hafta 3 günlük gebe olması bekleniyordu. Hastanın ilk başvurduğu Doğumevi'nde bakılan beta hCG değeri 7633 mIU/ml idi. Batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu; defans ve rebound tespit edilmedi. Pelvik muayenede vajinal kanama saptanmadı, uterus normalden az iri, serviks hareketleri ağrılı, sağ adneksiyal alanda hassasiyet mevcut idi. Tam kan sayımında Hb: 11.9 g/dl, Hct: % 31.3, WBC: 10.4 K/UL, PLT: 230 K/UL idi. Transvajinal USG'de endometrial kalınlık 8 mm, sağ tubada 7 x 9 mm.lik kese imajı ve posterior cul de sac'ta serbest mayi izlendi. Hasta bu bulgular ile hospitalize edilerek takibe alındı.

Hospitalizasyondan 1 gün sonra hastada karın ağrısının şiddetlenmesi ve akut batın bulgularının saptanması üzerine hastaya laparotomi uygulandı. Her iki over ve uterus normal izlendi, sol tuba izlenmedi (opere). Ektopik gebeliğin kaynaklandığı sağ tubada ise gross bir harabiyet saptanmadı. Sağ fimbrial uçtan, oluşan spontan tubal abortusa bağlı kanama ve Douglas boşluğunda yaklaşık 500 cc

hemorajik mayi izlendi. Sağ fimbrial uçta, küçük olan kanama alanı, 4/0 vicryl ile tek basit sütür atılarak durduruldu, aspirasyon ve irrigasyon yapıldı. Hastanın postoperatif ilk beta hCG değeri belirgin düşüş göstererek 503 mIU/ml düzeyine kadar indi. Postoperatif histopatolojik incelemede ektopik gebelik lehine olarak plasental doku saptandı. Postoperatif dönemde problemi olmayan hasta 3. gününde taburcu edildi.

Tartışma

Ektopik gebeliğin acil bir müdahale gerektiren bir olay olması yanında, sonucunda ortaya çıkan gebelik prognozu ile ilgili problemler hem kadın hem de doktor için endişe kaynağıdır. Bu nedenle hem erken tanı hem de doğru tedavi yöntemlerinin gelişmesi önem taşımaktadır.

Son yıllarda gelişen duyarlı beta hCG ölçüm yöntemleri, yüksek rezolüsyonlu transvajinal ultrasonografi sayesinde tanı ve tedavide ilerleme sağlanmıştır.¹ Ektopik gebelik, pozitif gebelik testi varlığında karın ağrısı ve anormal vaginal kanama gibi erken belirtilerle tanınabilmektedir ve artık tanısal anlamda laparotomi gibi invaziv prosedürlere gerek kalmamaktadır.⁵

Ektopik gebelik tedavisinde medikal ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Gelişmiş teknolojiyle birlikte erken tanı konulan hastalarda daha konservatif davranmak mümkün olabilmektedir. Son yıllarda ektopik gebeliğin methotrexate (Mtx) ile konservatif tedavisi sınırlı olgularda kullanılmasına rağmen çok önemli bir aşama olmuştur. Ektopik gebeliğin rüptüre olmaması, hastanın asemptomatik olması, gebelik materyalinin boyutunun 3.5 cm'den az olması, ultrasonografide kardiyak aktivitenin bulunmaması ve serum beta hCG değerlerinin düşük (< 6000-10000 mIU/ml) olması gibi konservatif medikal tedavi kullanılması için gereken koşulların sağlanması gerekir.⁶

Bayram ve ark. yaptıkları çalışmada Mtx kullanımının artan dozla daha belirgin olmak üzere tubanın yüzey epitelinde yapısal değişiklikler oluşturduğunu saptamışlardır. Tubal silier aktivitenin azalması ve tubal açıklığın olumsuz etkilenebilmesi neticesinde infertilite ve rekürren ektopik gebe-

likler gelişebileceğinden Mtx ile tedavinin yan etkilerini azaltmak için en düşük efektif dozun kullanılması gerektiği bildirilmiştir.⁷

Ektopik gebelik tedavisinde en önemli amaç patolojiyi düzeltirken hastanın gelecekteki fertilitesi açısından önemli bir organ olan tuba uterinanın zarar görmemesini sağlamaktır. Bu nedenle tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesinde sonraki gebelik hızları önemlidir. Konservatif tedaviler bu amaca hizmet etmektedir. Konservatif cerrahide amaç, tubaya en az zarar verecek şekilde konsepsiyon ürününü temizlemektir. Trofoblastik dokunun persistansı riski ve tubal hasar sonrası ektopik gebeliğin artma riski konservatif tedavinin en önemli tartışmasıdır.

Cerrahi tedavide, konservatif veya radikal yaklaşım kararında hastanın klinik durumu yanında yaşı, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler de göz önünde bulundurulur. Konservatif cerrahi tedavide laparoskopik veya laparotomi ile yapılan salpingostominin başarısızlık oranı; Fernandez ve ark.nın yaptığı bir çalışmada %5 olarak belirlenmiştir.⁸ Ektopik gebeliğin laparotomi veya laparoskopik olarak cerrahi tedavisi sonrası reproduktif sonuçları arasında fark saptanmamıştır. Salpingostomi, salpenjektomiye göre daha yüksek intrauterin gebelik ve dış gebelik oranlarına sahiptir.⁹ Radikal girişim olarak total salpenjektomi yapılan olgularda Dubiisson ve ark.nın yaptığı çalışmada intrauterin gebelik oranı %50.3 ve ektopik gebelik oranı ise %15.2 olarak bulunmuştur.³ Salpenjektomi sonrası fertilitayı belirleyen en önemli faktörlerin hastanın tubalarla ilgili öyküsü ve karşı taraf tubanın durumu olduğu ve başka tubal cerrahi öyküsü olmayan ve karşı taraf tubanın normal olduğu olgularda, laparoskopik salpenjektomi sonrası fertilita sonuçlarının konservatif laparoskopik cerrahi ile benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Radikal ve konservatif cerrahi tedavilerini karşılaştıran bazı çalışmalar ile, sonraki gebelik hızlarının konservatif cerrahi ile daha yüksek olduğu sonucuna varılmışsa da genelde cerrahi yaklaşımlar arasında bir fark olmadığı bulunmuştur. Bouyer ve ark.nın radikal ve konservatif cerrahi tedaviyi karşılaştırdıkları çalışmada 18 aylık kümülatif

gebelik oranları radikal cerrahide %57, konservatif cerrahide %73 olarak bulunmuştur. Bu kaba hızların hastaların başlangıçtaki fertilita özelliklerine göre düzeltildiğinde arada önemli bir fark olmadığı görülmüştür.¹⁰

Tekrarlayan ektopik gebeliklerde canlı doğum oranı düşmektedir. Bundan dolayı fertilita arzusu olan bu kadınlarda mümkün olduğunca tubalar korunmalıdır. Bizim olgumuzda hastanın tek tubası olduğundan ve bu tubada gross bir harabiyet gözlenmediğinden olguya konservatif yaklaşıldı. Ancak iki ve üzerinde tubal cerrahi geçiren olgularda organ koruyucu müdahale her zaman mümkün olmadığından, yardımcı üreme teknikleri için de hazırlık düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Zuzarte R, Khong CC. Recurrent ectopic pregnancy following ipsilateral partial salpingectomy. Singapore Med J. 2005;46:476-8.
2. Lipscomp GH. Ectopic pregnancy. Copeland LJ Textbook of Gynecology 2nd ed. W.B. Saunders Company, 2000. p.273-83.
3. Verlinsky Y, Rechitsky S, Schoolcraft W, Storm C, Kuliev A. Designer babies-are they a reality yet? Case report: Simultaneous preimplantation genetic diagnosis for Fanconi anemia and HLA typing for cord blood transplantation. Reprod Biomed Online 2000;1:31.
4. Verlinsky Y, Kuliev A. Current status of preimplantation genetic diagnosis for single gene disorders.Reprod Biomed Online 2003;7:145-50.
5. Verlinsky Y, Rechitsky S, Schoolcraft W, Storm C, Kuliev A. Preimplantation diagnosis for Fanconi anemia combined with HLA matching. JAMA 2001;285:3130-3.
6. Pennings G, Schots R, Liebaers I. Ethical considerations on preimplantations genetic diagnosis for HLA typing to match a future child as a donor of haematopoietic stem cells to a sibling. Hum Reprod 2002;17:534-8.
7. Bayram M, Ozogul C, Dursun A, et al. Light and electron microscope examination of the effects of methotrexate on the endosalpinx. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;120:96-103.
8. Ng EH, Tang OS, Ho PC. The significance of the number of antral follicles prior to stimulation in predicting ovarian responses in an IVF programme. Hum Reprod 2000;15:1937-42.
9. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. Fertil Steril 1997;67:421-33.
10. Tomas C, Nuojua-Huttunen S, Martikainen H. Pretreatment transvaginal ultrasound examination predicts ovarian responsiveness to gonadotrophins in in-vitro fertilization. Hum Reprod 1997;12:220-3.