

Ektopik Gebelik Tedavisinde Laparoskopik Linear Salpingostomi: 2 Vaka Takdimi

LAPAROSCOPIC LINEAR SALPINGOSTOMY IN THE
TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY: 2 CASES REPORT

Op.Dr.Utku ÖZCAN, Op.Dr.Sertaç BATIOĞLU, Dr.Kubilay VİCDAN

Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, ANKARA

ÖZET

İki ektopik gebelik vakası laparoskopik teknik kullanılarak tedavi edildi. Tübün antimezenterik kısmından unipolar elektrokoter yardımıyla linear salpingotomi yapıldı ve gebelik materyali suprapubik bölgeden açılan ikinci delik yoluyla çıkarıldı. Bipolar elektrokoter kullanılarak kanama kontrolü sağlandıktan sonra batin ringer laktat ile yıkandı. Postoperatif olarak p-HCG ile izlenen hastalarda perioperatif ya da geç dönemde komplikasyon olmadı. Bir hastada postoperatif HSG yapıldı ve tüplerin bilateral olarak açık olduğu gösterildi. Bu hastada postoperatif 6. ve 12. aylarda iki istenmeyen gebelik gözlemlendi. Diğer hasta ise 2. aydan sonra kontrollere gelmedi. Bu çalışmada laparoskopinin belirli koşulları taşıyan tubal gebeliklerin tedavisinde laparotomiye alternatif bir metod olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, Laparoskopik linear salpingostomi

T Klin Jinekolojisi 1993, 3:177-180

Pelvik inflamatuvar hastalık sıklığında artış, rahim içi araçlar, tubal mikrocerrahi ovulasyon indüksiyonu için çeşitli ilaçların kullanımı ve son yıllarda invitro fertilizasyon gibi yöntemlerin gelişmesine paralel olarak ektopik gebelik sıklığında belirgin bir artış gözlenmektedir (0)-

Son yıllarda maternel mortalitede önemli ölçüde azalma görülmesine karşın etkilenen hastaların gelecekteki fertilité potansiyellerinin belirgin olarak azalması bu durumun erken tanı ve tedavisinin önemini artırmaktadır (2,3). Serum p-HCG ölçümleri ve ultrason-

Geliş Tarihi: 20.7.1992

Kabul Tarihi: 29.12.1992

Yazışma Adresi: Dr.Kubilay VİCDAN
Güvenlik Cad. Alidede Sk. 23/4
A.Ayrancı - ANKARA

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3

SUMMARY

Two cases with ectopic pregnancy were managed by laparoscopic techniques. A linear salpingotomy was carried out on the antimesenteric side of the fallopian tube using an unipolar electrocautery and the products of conception were removed through a second puncture. The abdomen was rinsed with Ringer's lactate and bleeding was controlled by bipolar electrocautery. Patients were followed weekly p-HCG measurements until normal titers achieved. There were no perioperative or delayed postoperative complications. In one patients who had a HSG 4 months postoperatively bilateral tubal patency was demonstrated. This patients had two unplanned pregnancies. The other patients lost to follow-up after two months. We concluded that the laparoscopy may be an alternative to laparotomy for the treatment of tubal pregnancy in certain cases.

Key Words: Ectopic pregnancy, Laparoscopic linear salpingostomy

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3:177-180

nografinin kullanıma girmesiyle erken tanıda önemli ilerlemeler sağlanmıştır ve artık birçok hasta rüptüre olmadan tespit edilebilmektedir. Bu durum fertilitenin korunmasının önemli olduğu vakalarda radikal cerrahi yaklaşımın yerine daha konservatif yöntemlerin kullanılmasını gündeme getirmiştir. Yakın geçmişe kadar ektopik gebelik tanısında sadece diagnostik bir araç olarak kullanılan laparoskopik günümüzde ektopik gebeliğin tedavisinde de başarıyla kullanılmaktadır. Bu yazıda kliniğimizde laparoskopik yoluyla linear salpingostomi yapılan 2 ektopik gebelik vakası sunuldu ve bu konudaki literatür gözden geçirildi.

VAKA 1

N.K., 26 yaşında, G:2, P:2, Y:2 olan hasta 8.11.1989 tarihinde 15 günlük adet gecikmesini takiben başlayan vajinal kanama ve kasık ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan pelvik muayenede uterus normal ce-

samette, antevort ve serviks hareketleri ağırlı olup, sağ adneksiyel bölgede dolgunluk ve hassasiyet mevcuttu. Pelvik ultrasonografide uterin kavite boştu. Serum 6-HCG değeri 1450 mIU/ml olan hasta ektopik gebelik ön tanısı ile hospitalize edildi. Hastanın genel durumu iyi olup, tansiyon 120/70 mmHg, nabız 84/dk ve hematokrit %39 idi. Genel anestezi altında yapılan laparoskopide sağ tüb ampuller bölgede 2.5x1.5x1.5 cm ebatlarında, rüptüre ektopik gebelik gözlemlendi. Uterus, sol tüp ve her iki over normal olup douglasta 15-20 cc serbest kan mevcuttu. Uterusun manüplasyonunu sağlamak ve daha iyi bir görüş sahası yaratmak üzere serviks Rubin kanülü takıldı. Suprapubik bölgeden 5 mm'lik ikinci bir trokarla girilerek, buradan sokulan atravmatik tutucu forsepsle (26175 FD Karl Storz, West Germany) tüp ektopik gebeliğin distalinden tutuldu. Laparoskopinin deliğinden sokulan unipolar koterle (A 5247, Olympus, Japan) ektopik gebeliğin rüptüre olduğu bölgeden tübe antimezenterik 1 cm'lik kesi yapıldı. Kesi yerinden spontan olarak boşalan gebelik materyali ve tüp tümeninde kalan yüzeyel dokular laparoskop deliği aracılığıyla atravmatik tutucu forseps yoluyla (No: 26176 FB, Kari Storz, West Germany) çıkarıldı, insizyon kenarındaki kanama odakları bipolar koter yoluyla kontrol altına alındı. Tüpte yapılan kesi yeri açık bırakılarak (salpingostomi) batın Ringer laktat solüsyonu ile yıkandı. Hastaya operasyon öncesi tek doz sulbaktam+Ampisilin 1 gr IV olarak uygulandı. Postoperatif 1. günde hastanın p-HCG değeri 840 mIU/ml iken, 3. günde 120 mIU/ml olarak bulundu ve hasta taburcu edildi (HCG+6-IRMA diagnostik kit, Kod: 3009820Medgenix diagnostic, Belgium). Operasyon sırasında ya da postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta haftalık p-HCG kontrollerine çağırıldı ve postoperatif 2. h'nin sonunda p-HCG değeri normal olarak tespit edildi. Postoperatif 4. ayda tubal açıklığı değerlendirmek için yapılan HSG'de tüplerin bilateral olarak açık olduğu görüldü. Operasyondan itibaren yaklaşık 2.5 yıldır izlenen hasta coitus interruptus ve prezervatif kullanılarak korunduğu ilk 1.5 yılda 2 İntrauterin gebelik geçirdi ve her ikisinde de MR ile gebelik sonlandırıldı. Hasta son 1 yıldır rahim içi araç ile korunmaktadır.

VAKA 2

E.A., 38 yaşında, G:9, P:4, Y:4, A:1 D&C:4 olan hasta 3.1.1990 tarihinde yaklaşık 20 gündür devam eden lekelenme tarzında kanama ve kasık ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Pelvik muayenede sağ adneksiyel bölgede hassasiyet dışında bir patoloji tespit edilmedi. Hasta p-HCG değerinin 443 mIU/ml olması ve ağrının artması üzerine hospitalize edildi. Tansiyon 110/80 mmHg, nabız: 76/dk ve hematokrit %42 olan hastanın laparoskopik gözleminde, sağ tüb ampullerinde 3x2x2 cm'lik rüptüre olmamış ektopik gebelik gözlemlendi. Uterus, sol tüp ve her iki over normaldi, ilk vakada anlatılan yöntemler kullanılarak gebelik materyali boşaltıldı. Postoperatif 1. günde hastanın p-HCG'si 193

mIU/ml iken, 4. günde 69 mIU/ml olarak tespit edildi ve hasta taburcu edildi. 2 hafta sonra yapılan kontrollerde p-HCG normal bulundu. Postoperatif 2. aydan sonra kontrollere gelmeyen bu hastamızda HSG ile tubal açıklık değerlendirilemedi.

TARTIŞMA

Rüptüre ve anrüptüre tubal gebeliğin geleneksel tedavisi laparotomi ve salpenjektomi olmakla beraber bu yöntemin hastanın fertilitatesini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir. Salpenjektomi sonrası intrauterin gebelik oranı çeşitli yayınlarda %26 (4), ve %48.1 (5) olarak bildirilmektedir. Günümüzde serum p-HCG ölçümü ve ultrasonografinin yaygın olarak kullanılması ile ektopik gebelik erken dönemde rüptüre olmadan önce tanınabilmektedir. Böylece erken müdahale gerektiren acil bir tablo ile karşı karşıya olmayan cerrah, tübün korunması için gerekli yöntemi seçebileceği zamana sahip olacaktır (6). Bu şekilde bir yaklaşımın yani konservatif tedavi yöntemlerinin uygulanmasının hastanın fertilitatesini koruduğu ve ektopik gebelik oranını artırmadığı çeşitli yayınlarda gösterilmiştir (2,3,7). Ektopik gebelik tespit edilen bir hastada gelecekte çocuk isteği varsa, diğer tübün normal olup, olmadığına bakılmaksızın konservatif tedavi düşünülmelidir. Diğer tüp normal bile gözükse, gerçekte bu tübün anormal olma olasılığının yaklaşık %50 olduğunu unutmamak gerekir (8). Laparotomi esnasında uygulanan konservatif cerrahi yöntemleri linear salpingotomi veya salpingostomi, segmenter rezeksiyon ve tubal milking şeklindedir (6). Son yöntem ektopik gebeliğin tekrarlama riskini önemli ölçüde artırdığı için artık önerilmemektedir (4). Ampuller gebeliklerde linear salpingostomi önerilirken, istmik gebeliklerde segmenter rezeksiyon tercih edilmektedir (6,9). Bu yöntemler anrüptüre gebelikler yanında durumu stabil olan rüptüre gebeliklerde de uygulanabilmektedir (6,9).

Laparoskopi ektopik gebeliğin konservatif tedavisinde laparotomiyeye alternatif bir yöntem olarak gündeme geldi. 1980'de Bruhat ve arkadaşları (10), 17'si tubal aspirasyon ve 43'ü lineer salpingostomi ilk olmak üzere laparoskopiyeye tedavi edilen 60 vakada 3 başarısızlıkla karşılaştıklarını bildirdiler. Her 3 vakada aspirasyon grubunda olduğu için artık tubal aspirasyonun tek başına uygulanmaması gerektiğini belirttiler. Operasyondan sonra gebe kalmak isteyen 25 hastanın 18'inde HSG ve laparoskopi ile tübal açıklığı değerlendirdiklerinde 13 vakada tüpler açık olarak bulundu. Bu 25 hastanın 18'inde sonradan toplam 20 intrauterin gebelik gözlenirken, bu hastaların 3'ünde tek bir tübün bulunması tedavinin başarısını göstermekteydi. Bir başka çalışmada laparoskopik yolla lineer salpingostomi yapılan 18 hastadan gebe kalmak isteyen 16'sında 8 intrauterin gebelik gözlenirken (%50), ektopik gebelik ya da erken gebelik kaybı ile karşılaşmadı (11). HSG yapılan tüm hastalarda tüpler açık olarak bulundu.

Tablo 1. Ektopik gebelikte konservatif tedavi sonuçları

Yazar	Yıl	Yöntem	Vaka Sayısı	Intrauterin Gebelik (%)	Ektopik Gebelik (%)
Timonen ve (Niemmen (4)	1967	Laparotomi	240	38	15.7
Stromme (15)	1973	Laparotomi		71	15
De Cherney ve Kase (16)	1979	Laparotomi	44	39.6	11.6
Bruhat(10)	1980	Laparoskopi	25	72	12
De Cherney (11)	1981	Laparoskopi	16	50	0
Pouly (12)	1986	Laparoskopi	118	64	22
De Cherney- Diamond (17)	1987	Laparoskopi	69	52	10
Silva (18)	1988	Laparoskopi	6	66	33
Vermesh (19)	1989	Laparoskopi	18	50	5
Keckstein (20)	1990	Laparoskopi	16	44	19
Verco(21)	1991	Laparoskopi	10	30	0

Laparotomi ya da laparoskopi ile yapılan konservatif tedavinin salpenjektomiye oranla hastanın fertilitite potansiyelini koruduğu ve ektopik gebeliğin tekrarlama olasılığını artırmadığı çeşitli yayınlarla ortaya konduktan sonra konservatif tedavide laparotomi ve laparoskopinin avantaj ve dezavantajları gündeme geldi. Tablo 1'de literatürdeki yayınlar ışığında ektopik gebeliğin konservatif tedavisinde laparotomi ve laparoskopi yoluyla elde edilen sonuçları özetlendi. Sonuçlar gözönüne alındığında hastaların fertilitite potansiyelleri ve ektopik gebeliğin tekrarlama açısından şanslarının her iyi yöntem de yaklaşık olarak eşit olduğu görülmektedir. Ancak konservatif tedavide laparoskopinin önemli bazı avantajları mevcuttur. Öncelikle hastanede kalış süresinin kısılması ve dolayısıyla işlemin maliyetinin belirgin olarak azalması söz konusudur (2,3,10,11). Laparoskopinin ikinci avantajı tübal hasar, infeksiyon ve postoperatif adezyon riskinin önemli ölçüde azalmış olmasıdır (2). Laparoskopinin bu avantajlarına karşın ektopik gebeliğin laparoskopi yoluyla tedavisinde uyulması gereken bazı koşullar mevcuttur ve bunlar Tablo 2'de görülmektedir (2,3). Bu faktörler içinde şüphesiz en önemlilerinden biri ektopik gebeliğin büyüklüğüdür. Birçok yazar üst sınır olarak 3 cm'i kabul ederken (2) bu konuda tam bir birlik yoktur. Üst sınır için 4 cm (12), 5 cm (3) gibi rakamlar bildirilirken bazı yazarlar bu işlemin 7-8 cm'e ulaşan tübal gebeliklerde bile yapabileceğini iddia etmektedir (9).

Lineer salpingostominin en sık karşılaşılan komplikasyonu operasyon sırasında insizyon yerinden olan kanamalardır. Hemostazın çok iyi sağlanması bu nedenle çok önemlidir. Buna rağmen operasyon sonrası gecikmiş kanamalar görülebilmekte ve tekrar operasyona yol açabilmektedir (13). Konservatif tedavi ile tüpteki tüm trofoblastik dokunun temizlenmesi güçtür. Genellikle ektopik gebelik materyalinin çıkarılmasıyla kalan trofoblastların dejenere olacağı kabul edilmekle birlikte bazen kalan trofoblastlar proliferere olabilir ve persisten tübal gebeliğe yol açabilir. Bu nedenle lineer salpingo-

Tablo 2. Ektopik gebeliklerin laparoskopik lineer salpingostomi ile tedavisi için gerekli koşullar (2,3)

1. Hasta hemodinamik olarak stabil olmalı
2. Tübün durumu uygun olmalı (rüptüre olmamalı ya da minimal tübal hasar olmalı)
3. Ampuller bölgede lokalize olmalı
4. Ektopik gebeliğin büyüklüğü 3 cm (15) ile 5 cm'i (17) aşmamalı
5. Gerekli laparoskopik aletler mevcut olmalı ve laparoskopiyi yapan kişi operatif laparoskopi konusunda deneyimli olmalı
6. Tübe kolayca ulaşılabilir, yaygın adezyonlar ya da laparotomi gerektiren ek patoloji bulunmamalı
7. Diğer tüb görünüş olarak normal olmalı
8. Fertilitenin korunmasının hasta tarafından arzu ediliyor olması

stomi yapılan tüm hastalar postoperatif dönemde haftalık p-HCG ile izlenmelidir. p-HCG'nin operasyondan sonra düşmeyerek plato çizmesi ya da yükselmesi tüpte trofoblastik dokunun persiste olduğunu gösterir (14). Postoperatif dönemde eğer p-HCG düşüyorsa negatif olana kadar haftalık takip yeterlidir. Ancak eğer p-HCG plato çiziyor ya da yükseliyorsa ve hasta semptomatik değilse, cerrahi yaklaşıma alternatif olarak metotrexat tedavisinin etkili olduğu bildirilmektedir (3).

Postoperatif dönemde önemli bir nokta gebelik isteyen hastalarda tübal açıklığın değerlendirilmesidir. Eğer işlem sonrası gebe kalmışsa postoperatif 3. veya 4. aylarda HSG yapılması önerilmektedir. Lineer salpingostomi sonrası HSG ile tübal açıklık saptanması oranı %65-100 arasında bildirilmektedir (3,10).

SONUÇ

Son yıllara kadar ektopik gebelikte sadece tanısı amaçla kullanılan laparoskopi günümüzde bu durumun tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Kliniğimizde laparoskopik lineer salpingostomi yoluyla tedavi ettiğimiz iki hastada istenmeyen gebelikler de olsa 2 intrauterin ge-

beliğin saptanması bu işlemin başarılı olduğunu göstermiştir. Laparotomiye kıyasla hastanede kalış süresini, maliyeti, postoperatif morbiditeyi ve adezyon gelişimini azaltması laparoskopinin avantajlarıdır ve fertilitenin korunması gereken vakalarda konservatif tedavide gözönüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Doyle MB, De Cherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. In: Diamond MP, De Cherney AH, eds. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1991 March; 18:1:1.
2. De Cherney AH, Diamond MP. Tubal pregnancy: Conservative surgery using laparoscopic techniques. In: Percy RC, ed. *Infertility surgery. A multimethod Approach to Female Reproductive surgery*. Connecticut: Appleton and Lange, 1990: 347.
3. Thornton KL, Diamond MP, De Cherney AH. Linear salpingostomy for ectopic pregnancy. In: Diamond MP, De Cherney AH, eds. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. Philadelphia: WB Saunders Company 1991 March; 18:1:95.
4. Timonen S, Nieminen U. Tubal pregnancy: Choice of operative method of treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1967; 46:327.
5. Schenker IG, Exal F, Polishuk WZ. Fertility after tubal Surgery. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 135:74.
6. Stangel JJ. Tubal pregnancy: Conservative surgery using laparotomy techniques. In: Percy RC, ed. *Infertility surgery. A multimethod approach to female reproductive surgery*. Connecticut: Appleton and Large, 1990; 334.
7. Hallatt JG. Tubal conservation in ectopic pregnancy: A study of 200 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154:122.
8. Seigier AM, Wang CF, Westoff C. Management of unruptured tubal pregnancy. *Obstet Gynecol Survey* 1981; 36:599.
9. Urman B. Tubal gebeliğin laparoskopik tedavisi. *Kadın Doğum Dergisi* 1991 ; 7:1:41.
10. Bruhat MA, Manhes H, Mage G, Pouly JL. Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy. *Fertil Steril* 1980; 33:411.
11. De Cherney AH, Romero R, Naftolin F. Surgical management of unruptured ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1981; 35:21.
12. Pouly JL, Manhes H, Mage G, et al. Conservative laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 1986;46:1093.
13. Kelly RW, Martin SA, Stickler RC. Delayed hemorrhage in conservative surgery for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133:255.
14. Vermesh M, Silva PD, Saver MV, Varygas JM, Lobo RA. Persistent tubal ectopic gestation: patterns of circulating B-human chorionic gonadotropins and progesterone, and management options. *Fertil Steril* 1988; 50:584.
15. Stromme VB. Conservative surgery for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1973; 41:215.
16. De Cherney AH, Kase N. The conservative surgical management of unruptured ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1979; 54:451.
17. De Cherney AH, Diamond MP. Laparoscopic salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; 70:948.
18. Silva PD. a laparoscopic approach can be applied to most cases of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; 72:944.
19. Vermesh M, Silva PD, Rosen GF, et al. Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy: A prospective randomized clinical trial of laparoscopy versus laparotomy. *Obstet Gynecol* 1989; 73:400.
20. Kechkstein J, Hepp S, Schneider V, et al. The contact Nd: YAG laser: A new technique for conservation of the fallopian tube in unruptured ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:352.
21. Verco CF. Nonlaser videolaparoscopic surgery for ectopic gestation. *Aust NZ Obstet Gynecol* 1991 ; 31 (2):168.