

Düşük BHCG Değerli Bir Ektopik Gebelik Olgu Sunumu

Case Report of a Case with Ectopic Pregnancy Presenting Lower BHCG Levels

Meryem Kuru PEKCAN¹, Nevin SAĞSÖZ¹, Volkan NOYAN¹, Aykan YÜCEL¹

¹ Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, KIRIKKALE

ÖZET

Ektopik gebelik, fertilize olmuş ovumun uterus dışında, sıklıkla fallop tüplerinde implante olması olarak tanımlanmaktadır. Ektopik gebeliğin tanısında; anamnez, fizik ve jinekolojik muayene, ultrasonografi, serum β -hCG değerleri, culdosynthesis, D&C ve laparoskopi kullanılmaktadır. Ektopik gebelik, medikal veya cerrahi olarak tedavi edilebilir ya da yalnızca izlenebilir. Her iki yöntemde etkilidir. Tercih; klinik duruma, ektopik gebelik lokalizasyonuna ve mevcut olanaklara bağlıdır. Bu olgu sunumunda kasık ağrısı ile polikliniğe başvuran, β -hCG değeri düşük olan intraoperatif ektopik gebelik düşünülen ve patoloji sonucu da ektopik gebelik ile uyumlu gelen bir olgu sunulacaktır.

ABSTRACT

Ectopic Pregnancy, the fertilized ovum outside the uterus has been often described as being implanted in the fallopian tube. In the diagnosis of ectopic pregnancy, history, physical and gynecological examination, ultrasound, serum β -hCG values, culdosentesis, D&C and laparoscopy is used. Ectopic Pregnancy can be treated medically or surgically, or only for viewing. Both methods are effective. Preferred the clinical situation ectopic pregnancy depends on the location and facilities available. In this case report presented to the clinical with pelvic pain, ectopic pregnancy, β -hCG is thought to lower the value of intraoperative. A case that is compatible with the pathology of ectopic pregnancy will be presented.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, β -hCG, salpingostomi

Keywords: Ectopic pregnancy, β -hCG, salpingostomy

GİRİŞ

Fertilize ovumun endometriyal kavite dışına implante olması olarak tanımlanan ektopik gebelik insidansı tüm gebelikler içinde 1-16/1000 arasında değişmektedir (1). Tuba cerrahisi, infeksiyon veya konjenital tuba hasarı, pelvik inflamatuvar hastalık (PIH), rahim içi araç (RİA) varlığı, geçirilmiş ektopik gebelik en önemli risk faktörleridir (2-4).

Transvajinal ultrasonografinin ve hassas laboratuvar β -hCG ölçümlerinin yaygınlaşması sonucu erken tanı şansı artmış ve ektopik gebeliğe bağlı mortalite 19.6/10000'den 3.4/10000 oranına kadar düşmüştür(5). Klasik triadı patognomonik olmamakla birlikte menstruasyon gecikmesi, vajinal kanama ve tek taraflı alt kadran ağrısıdır (6).

Ektopik gebelik tedavisinde geleneksel tedavi cerrahi uygulamalar olmakla birlikte günümüzde medikal ve bekleyici tedavi seçenekleri mevcuttur (6-8). Bu çalışmada amaç kliniğimizde düşük β -hCG değerinde yakalanan ektopik gebelikli bir olguya yaklaşımı anlatmaktır.

OLGU

Kırk üç yaşında olan hastanın 16 yıldır infertilite öyküsü mevcut olup ilk gebeliğiydi. Daha önce düşük ya da kürtaj öyküsü yoktu. Özgeçmişinde özellik olmayıp, soy geçmişinde babada HT mevcuttu. Dört gündür devam eden sol kasık ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvuran hastanın adetleri her ay düzenli ve normal miktarda olup yapılan pelvik muayenesinde uterin ve servikal mobilizasyonda hassasiyeti mevcuttu, bilateral adneksiyel hassasiyeti yoktu, batın muayenesi doğaldı. Yapılan transvaginal ultrasonografisinde uterus antevort 77 x 36 x 54 mm, endometrium kalınlığı 3 mm, douglasta minimal mayı mevcuttu. Sağ over içinde 22 x 23 mm basit kistik görünüm izlendi. Sol over ise 30 x 21 mm izlenmiş olup sol over komşuluğunda 30x35 mm heterojen görünüm ve sol over lateralinde minimal mayı izlendi. Hastanın Hb:11,4, Htc: 34,8, Wbc: 5100, Plt: 189000, β -hCG:26.89 mIU/ml, CRP:2, Sedim: 9 idi. Tam idrar tetkiki normaldi. Sekiz saat sonra bakılan kontrol β -hCG:27.49 mIU/ml olarak geldi. Hastaya antibiyoterapi başlanarak Pelvik MR istendi ve takibe alındı. İdrar kültüründe üreme izlenmedi. Pelvik MR da sol overde yaklaşık 30 x 26 mm kalın duvarlı santrali kistik görünümde lezyon, lezyon içinde iv kontrast madde sonrası boyanma gösteren septasyonlar, sol overde tarifiyen lezyonun kitle lezyonu veya ektopik gebeliğe ait olduğu şeklinde raporlandı. İki gün sonraki kontrol β -hCG: 17.89 idi. Takiplerinde karın ağrısının artması, uterin ve servikal mobilizasyonda hassasiyetinin artması, kontrol ultrasonografide intraabdominal mayı miktarının artması (97,1 x 116,5 x

84,8 mm) üzerine hastaya laparaskopi kararı alındı. Batında yaklaşık 500 cc hemorajik mayı mevcuttu. Sol tuba distal ucu proksimal bölüme kıvrılarak yapışmış olup over ve tuba arasında film adezyonlar mevcuttu. Sol tubanın ampüller bölgesinde yaklaşık 3 x 3 cmlik ektopik gebelikle uyumlu alan izlendi. Sağ adneksiyel alanda tuba ve overler arasında film adezyonlar mevcut olup tuba fimbriyası adezyon nedeniyle izlenmiyordu. Uterus posteriorda douglası kapatan adneksiyel bölge ve barsaklar arasında film adezyonlar oluşturan psödokist görünümü veren adezyonlar mevcuttu. Hastanın uzun süredir infertil olması ve çocuk istemi olması nedeniyle sol salpingostomi yapıldı. Ektopik gebeliğe ait materyal çıkarılarak patoloji için ayrıldı. Sağ ve sol tubadaki adezyonlar usulüne uygun olarak açıldı. Her iki tuba fimbriyası ve overler normal görünümdeydi. Metilen mavisi verilerek sağ fimbrial uçtan ve sol salpingostomi bölgesinden geçiş izlendi. Batın içi bol SF ile yıkandı. Kanama kontrolünün ardından işleme son verildi. Aynı gün postop bakılan β -hCG:7.15 olarak gelip takiplerde β -hCG değeri 1.16 ya kadar geriledi. Hasta postoperatif 3.gününde önerilerle taburcu edildi. Patoloji raporu nekrotik plasental doku, akut inflamatuvar süreç olarak raporlandı.

TARTIŞMA

Ektopik gebelik birinci trimester mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenlerindedir (1). Hemodinamik olarak stabil olmayan, β -hCG düzeyi 10.000 mIU/mL üzerinde, gebelik kesesi 4 cm ve üzeri, metotreksat için kontrendikasyonu olan veya medikal tedavi sonrası takiplere gelemeyecek olan hastalar için cerrahi tedavi önerilmektedir (1, 9, 10).

Ektopik gebeliğin tedavisinde önemli değişimler yaşanmış ve konservatif yaklaşımlar ön plana çıkmıştır (11). Metotreksat ile medikal tedavi daha düşük β -hCG düzeylerinde, daha küçük gebelik kesesi varlığında, cerrahi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda tercih

edilirken, β -hCG ve progesteron düzeyi düşük olup spontan gerileme eğiliminde olan, gebelik kesesi ultrasonografik olarak tesbit edilemeyen ve yakın takip edilebilecek hastalarda konservatif bekleyici yaklaşım uygulanabilir (1,9,10). β -hCG ve transvajinal ultrasonografi gibi iki önemli tanı metodunun yaygın ve doğru kullanılması sonucunda rüptüre ektopik gebelik ve hipovolemik şok tablosu ile acil servislere başvuran hasta sayılarında dramatik azalmalar olmuştur (11,12). Özellikle laparoskopik salpingostomi uygulanması, hemodinamik açıdan stabil olan ve fertilitenin korunmasını isteyen olgularda gold standart tedavi yaklaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır (11,12). Toplam 231 vakanın incelendiği bir çalışmada laparoskopinin laparotomiye üstün olduğu ortaya konmuştur (12). Yapılan çalışmalarda salpingostomi yapılan hastalarda diğer tübün sağlıklı olması halinde intrauterin gebelik oranları yüksek (%75), dış gebelik oranları ise düşük (%9,6) bulunmuştur (13). Laparoskopik yöntemlerle metotreksat tedavisini karşılaştıran çalışmalarda ise her iki grupta da birbirine yakın başarı oranları belirtilmektedir(14). Yapılan iki ayrı metaanalizde tek doz metotreksat tedavisi ile laparoskopik salpingostomi etkinliği değerlendirilmiş ve etkinlik açısından fark görülmemiştir (15, 16). Öte yandan metotreksat tedavisi sırasında veya sonrasında tübal rüptür olabileceği, uzun bir izlem süresine 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 (17). Bazı seçilmiş olgularda, örneğin lokalizasyonu tam bilinmeyen, serum β -hCG düşük olan, hemodinamik açıdan stabil olan hallerde bekle gör tedavisi uygulanabilmekte ve de başarılı sonuçlar alınabilmektedir (18). Villus eksikliğinden dolayı çoğu kronik ektopik gebelik vakasında gebelik testi negatif çıkmaktadır (19). Genelde β -hCG değerleri 1 mIU/ml veya daha altındadır. Ultrasonografi genelde yanlış tanıya götürmektedir. Bu

daha çok kronik tübal gebeliğin nonspesifik radyolojik özelliklerinden dolayı olmaktadır. Dolayısıyla esas tanı cerrahi esnasında konmaktadır. Kesin tanı ise histopatolojik olarak konmaktadır (19). Kronik ektopik gebelik, tübal bir gebelik olup düşük ya da tekrarlayan minör kanama epizotlarıyla seyrederek kendini sınırlamaktadır (20,21). Ektopik gebelik sonografik paterni, pelvik inflamatuvar hastalık ve özelliği olmayan ovaryen malignitelere benzemektedir. Gebelik testi pozitif olmayan ektopik gebelik vakalarında tanı koymada hasta hikâyesi ve amenore olması, diğer pelvik patolojilerden ayırmada yol gösterici olabilir ancak kesin tanı patoloji ile konabilmektedir (21). Polanya'da kronik tübal gebelikli 2 olgu sunulmuş olup ilk olgu 28 yaşında uterus fibroid olarak tanımlanmış olup, transvajinal ultrasonografide sağ overe yakın 4,5 cm'lik değişik ekojenitede uterus myom pedikülünden şüphelenilmiş, cerrahi esnasında sağ fallop tüpte 5 cm'lik tümör izlenmiş ve kronik tübal gebelik tanısı histopatolojik olarak koyulmuş (19). Diğer bir olgu 35 yaşında ovarian kist olduğu düşünülen, transvajinal ultrasonografide sağ tarafta vaskülarizasyon içermeyen, 2 cm'lik adneksiyel kistik tümör olarak izlenmiş ve cerrahi esnasında sağ fallop tüpünde 1,5 cm'lik kistik tümör izlenmiş, kesin tanı histopatolojik olarak kronik tübal gebelik olarak yorumlanmış. Karşı tarafta sağlıklı tüp bulunması halinde ve hasta 30 yaştan genç ise ileri dönemde intrauterin sağlıklı gebelik elde etme şansı daha yüksek bulunmuştur (28). Ancak bizim olgumuzda da olduğu gibi eğer hastanın gebelik istemi varsa salpingostomi tercih edilmektedir. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG) çoğu ektopik gebelik vakasında laparoskopik yaklaşımı ve eğer karşı tuba sağlamsa salpenjektomi önermektedir (29). Buna rağmen fallop tüplerini korumaya yönelik, cerrahi tedavide salpingostomi uygulamayı öneren çalışmalar da bulunmaktadır (30). Laparoskopik veya laparotomik salpingostomi arasında reproduktif sonuçlar yönünden fark olmadığı gösterilmiştir (31). Yao ve Tulandi laparoskopi ve

laparotomi ile yapılan salpingostomi sonrası fertilitte sonuçlarını değerlendirmişlerdir (32). Yaklaşık 811 hastanın laparotomi sonrası intrauterin gebelik oranı %61,4 ve tekrar ektopik gebelik oluşma oranı ise %15,4 olarak bulunmuştur (25). Yine laparoskopi grubunda 703 hastada benzer sonuçlar elde edilmiştir (%61,0 ve %15,5). Bu çalışmada, salpingostomi tekniğinin sadece laparoskopik yaklaşımda tercih edildiği saptanmış ve genellikle fertilitisini tamamlamamış hastalarda uygulandığı gözlenmiştir (25). Hastaların doğurganlık durumlarının da tedavi yöntemi seçiminde etkin olduğu gözlenmiştir. Salpingostomi yapılan veya medikal tedavi ile takip edilen hastalarda nulliparite oranının anlamlı olarak yüksek olduğu dikkat çekicidir. Benzer etkilenme literatürde de bildirilmektedir (33). Negatif ya da düşük β -hCG değeri ektopik gebeliği ekarte etmez. Şüpheli klinik durumlarda laparoskopi ya da laparotomi yapılınca dek tanı koymada zorluklar olabilir (27). Kronik ektopik gebelik tubal gebeliğin bir formu olup küçük bir rüptür ya da kanama yerine genellikle pelvik kitle oluşumuna yol açan inflamatuvar yanıtın eşlik ettiği dış gebelik şekli olup β -hCG değerinin düşme eğiliminde olması kronik ektopik gebelik lehine yorumlanmıştır (34). Hastanın ileri yaşına rağmen gebelik istemi olması ve tüplerinin çıkarılmasını istememesi üzerine laparoskopik salpingostomi tercih edilmiştir. İnfertilitenin uzun süredir olması laparoskopi kararını güçlendirmektedir. Bizim olgumuzda sol adneksiyel alanda komplike kitle görünümü olması ve ayrıca β -hCG'nin düşüklüğüne rağmen hastanın ağrı semptomlarında ve batin içi serbest mayi miktarının artmış olması nedeniyle laparoskopi kararı alındı. Ektopik gebelikte tedavinin şeklinin seçilmesinde β -hCG'nin seviyesi önemli olmaktadır. β -hCG seviyesi 200'ün altında olduğunda ve kitle görünümü veya sac görünümü olmadığında izlem tedavisi söz konusu olabilir (35). Kitle varlığında β -hCGnin düşük olması veya negatif olması durumlarında da kronik ektopik gebelik söz konusu olabilmektedir. Tek kanama

epizodu yerine tekrarlayan minör rüptürler veya ektopik gebeliğin abortusu sonucu pelvik kitle görünümüne yol açan inflamatuvar süreç başlar. Klinik tablo sıklıkla karışıktır (26). Yapılan retrospektif bir çalışmada kronik ektopik gebeliği olan hastaların %91,9'unda β -hCG pozitif, kalanında negatif bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise kronik ektopik gebelikli olguların %50'sinde β -hCG negatif bulunmuştur (26). Bizim olgumuzda da β -hCG seviyeleri alt sınırlardaydı. Bizim olgumuzda da operasyon esnasında hastanın bilateral adezyonlar tespit edilmiş, diğer tubanın ve fimbrial ucun kapanmış olduğu görülmesi üzerine ektopik gebelik riskini azaltmak için hastanın çocuk istemi de göz önünde bulundurularak laparoskopi esnasında adezyolizis ve fimbrioplasti de yapılmıştır.

Sonuç olarak ektopik gebelik tedavisinde hastanın kliniği, doğurganlık durumu, β -hCG düzeyi uygun tedavi seçiminde göz önünde bulundurulması gereken noktalar. β -hCG düzeyleri değişkenlik göstermesine rağmen genellikle hastanın klinik bulguları ile korelasyon göstermekte ve tedavi seçiminde belirleyici rol oynamaya devam etmektedir (36). Biz de özellikle genç, fertilitte isteği olan, hemodinamik açıdan stabil ve de laparoskopi imkanının olduğu hallerde konservatif laparoskopik yaklaşımın ektopik gebelik tedavisinde gold standart olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Berek, Jonathan S. Berek & Novak's Gynecology, Lippincott Williams & Wilkins Publications. 14th Edition 2007
2. Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, Van Der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000; CD000324.
3. Yıldırım G, Güngördük K, Aktaş FN, Ülker V, Sudolmuş S, Tekirdağ Aİ. Ektopik Gebelik

- Tedavisinde Tek Doz Metotreksat: 85 Olgunun Değerlendirilmesi. *TJOD*. 2007; 4: 68-71.
4. Keith Edmonds Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology, Blackwell Publishing 2007.
 5. Coste J, Job-Spira N, Aublet-Cuvelier B, Germain E, Glowaczower E, Fernandez H, Pouly JL. Incidence of ectopic pregnancy. First results of a population-based register in France. *Hum Reprod*. 1994; 9: 742-45.
 6. Stovall TG, Ling FW, Gray LA. Single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1991; 77: 754-57.
 7. Korhonen J, Stenman UH, Ylöstalo P. Low-dose oral methotrexate with expectant management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1996; 88: 775-78.
 8. Stovall TG, Ling FW. Expectant management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1991; 18: 135-144.
 9. Canis M, Savary D, Pouly JL, Wattiez A, Mage G. Ectopic pregnancy: criteria to decide between medical and conservative surgical treatment? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003; 32: 54-63.
 10. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*. 2005; 173: 905-12.
 11. Tulandi T. Current protocol for ectopic pregnancy. *Contemp Obstet Gynecol*. 1999; 44: 42-55.
 12. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and non-surgical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 1997; 67: 421-33.
 13. Dubuisson JB, Morice P, Chapron C, De Gayffier A, Mouelhi T. Salpingectomy - the laparoscopic surgical choice for ectopic pregnancy. *Hum Reprod*. 1996; 11(6): 1199-203.
 14. Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BWJ. Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet*. 1997; 350:774-79.
 15. Hajenius P, Mol F, Mol B. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009: 1-81.
 16. Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D. Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2000; 95: 407-12.
 17. Mol BW, Hajenius PJ, Engelsbel S. Treatment of tubal pregnancy in the Netherlands: an economic comparison of systemic methotrexate administration and laparoscopic salpingostomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1999; 181: 945-51.
 18. Banerjee S, Aslam N, Zosmer N. The expectant management of women with early pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1999; 14: 231-236.
 19. Sawicki W. The chronic tubal pregnancy: diagnostic difficulties in transvaginal sonography (TVS) Department of Obstetrics, Gynecology and Oncology, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland 9-12 September 2012, Copenhagen, Denmark
 20. Cole T, Corlett R. Chronic ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1982; 59: 63-68.
 21. Ugur M, Turan C, Vicdan K, Ekici E, Oguz O, Gokman O. Chronic ectopic pregnancy: A clinical analysis of 62 cases. *Aust N Z J Obstet Gynecol*. 1996; 36: 186-89.
 22. Brennan DF, Kwatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic ectopic pregnancy - two cases of acute rupture despite negative beta hCG. *J Emerg Med*. 2000; 19: 249-54.
 23. Porpora MG, Alò PL, Cosmi EV. Unsuspected chronic ectopic pregnancy in a patient with chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999; 64: 187-88.

24. Dunn RC, Taskin O. Chronic ectopic pregnancy after clinically successful methotrexate treatment of ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995; 51: 247-49.
25. Cole T, Corlett RC Jr. Chronic ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1982; 59: 63-8.
26. Bedi DG, Moeller D, Fagan CJ, Winsett MZ. Chronic ectopic pregnancy. A comparison with acute ectopic pregnancy. *Eur J Radiol.* 1987; 7: 46-8.
27. Mol F, Strandell A, Jurkovic D, Yalcinkaya T, Verhoeve HR, Koks CAM, Linden PJK, Graziosi GCM, Thurkow AL, Hoek A, Hogström L, Klinte I, Nilsson K, Mello NM, Ankum WM, Veen F, Moll BW, Hajenius PJ for the European Surgery in Ectopic Pregnancy (ESEP) study group. The ESEP study: Salpingostomy versus salpingectomy for tubal ectopic pregnancy; The impact on future fertility: A randomised controlled trial. *BMC Women's Health.* 2008; 8: 11.
28. Jourdain O, Hopirtean V, Saint-Amand H, Dallay D. Fertility after laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 138 patients. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2001; 30: 265-71.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (1999) Guideline no. 21 The Management of Tubal Pregnancy. London, RCOG Press.
30. Tozer AJ, Shaxted E. A review of the use of minimally invasive surgery in the management of ectopic pregnancy in a district general hospital. *Gynaecological Endoscopy.* 1996; 5: 21-24.
31. Lundorff P, Thorburn, Lindblom B. Fertility outcome after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy evaluated in a randomized trial. *Fertil Steril.* 1992; 57: 998-1002.
32. Aharoni A, Guyot B, Salat-Baroux J. Operative laparoscopy for ectopic pregnancy: how experienced should the surgeon be? *Human Reproduction.* 1993; 8: 2227-30.
33. Kirk E, Bourne T. The nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* 2006; 18: 587-93.
34. Uğur M, Turan C, Vicdan K, Ekici E, Oğuz O, Gökmen O. Chronic ectopic pregnancy: a clinical analysis of 62 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 199; 36(2): 186-9.
35. Korhonen J, Stenman UH, Ylöstalo P. Low - dose oral methotrexate with expectant of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1996; 88: 775.
36. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ.* 2005; 173(8): 905-12.