

25 Dış gebelik olgusunun retrospektif incelenmesi

Dr. Cazip Üstün, Dr. Arif Kökçü, Dr. Şükrü Çokşenim, Dr. Mustafa Kır
Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

✓Çalışma, 1988-1990 yılları arasında, Ondokuz Mayıs üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran 25 dış gebelik olgusu üzerinde retrospektif olarak yapıldı. Olguların demografik özellikleri literatür bulguları ile karşılaştırıldı.

Anahtar Kelimeler: Dış gebelik

The retrospective study on 25 ectopic pregnancy cases

✓This study was made on 25 ectopic pregnancy cases who applied to Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Ondokuz Mayıs University, between 1988-1990. The demographic properties of the cases have been compared.

Key Words: Ectopic pregnancy

Son 15 yıl içinde dış gebelik insidansında önemli bir artış olmuştur. Günümüzde, oluşan her 100 gebeliğin birinden daha fazlasının dış gebelik olarak görüldüğü rapor edilmektedir¹. Dış gebeliğe bağlı maternal ölümler, doğuma bağlı ölümlerden 10 kat, terapötik küretajlara bağlı ölümlerden ise yaklaşık 50 kat daha fazladır.² Dış gebelikte, klasik klinik bulgular her hastada her zaman bulunamamakta veya atipik olarak bulunmaktadır. Günümüzde kullanılan modern tanı yöntemleri ile bile hastanın ilk başvurusunda, dış gebeliğe yanlış tanı konulma olasılığı %36-%50 arasında değişmektedir^{3,4}. Bu nedenle, dış gebelik önemli bir maternal morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir.

Çalışmamızda, son 3 yıl içinde Anabilim Dalımızda görülen dış gebelik olgularında, dış gebeliğe ait demografik özellikleri literatür verileri ile karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

1988-1990 yılları arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında tanı ve tedavisi yapılan 25 dış gebelik olgusu retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş grupları, başvuru semptomları, klinik bulguları, dış gebelik lokalizasyonu, uygulanan tedavi metodu ve prognozlarına göre dağılımları incelendi. İncelenen demografik özelliklerin dağılım yüzdeleri grafiklerle karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışma kapsamındaki 25 dış gebelik olgusunun 2 (%8)'si 19-22, 5(%20)'i 23-26, 8 (%32)'i 27-30, 4(%16)'ü 31-34, 6(%24)'sü 35-39 yaş grubunda idi (Şekil 1). Toplam olguların %72'si 26 yaşından daha büyüktü.

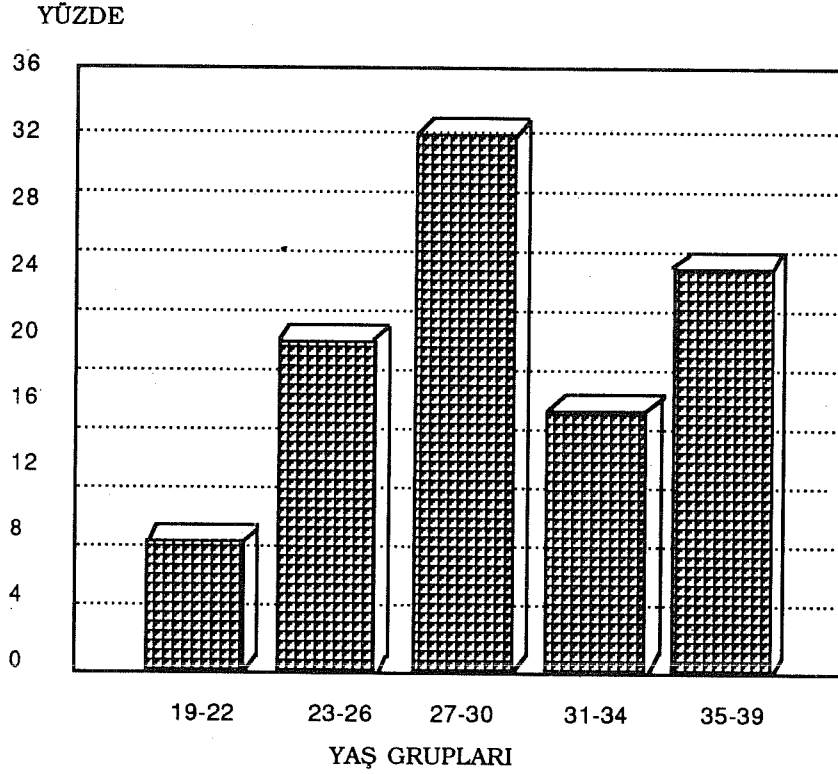
BULGULAR

Olguların 6(%24)'sında geçirilmiş operasyon (1'inde sağ salpenjektomi, 1'inde laparaskopi, 1'inde sezeryan, 3'ünde apendektomi), 5 (%20)'inde geçirilmiş pelvik enfeksiyon hastalığı (PID), 4 (%16)'üne intrauterin araç (RIA) kullanım öyküsü vardı.

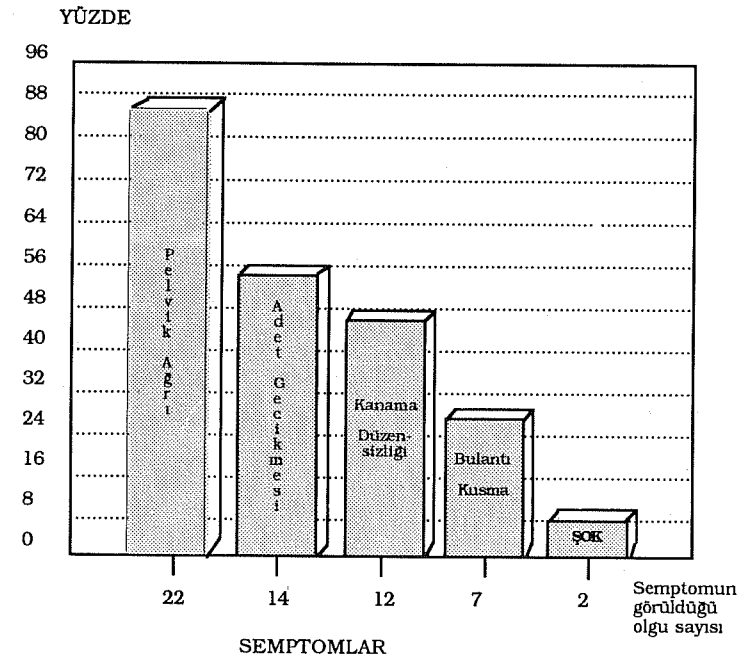
Olguların 8(%32)'i primigravid, 17(%68)'si multipar idi. Primigravid olguların 5 (%20)'inde infertilite öyküsü mevcut idi.

Başvuru semptomları; olguların 22 (%88)'sinde pelvik ağrı, 14(%56)'ünde adet gecikmesi, 12(%48)'sinde kanama düzensizliği,

7(%28)'sinde bulantı kusma, 2(%8)'sinde ise hipovolemik şok olarak saptandı (Şekil 2).



Şekil 1. Dış Gebeliklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Şekil 2. Dış Gebeliklerde Başvuru Semptomlarının Dağılımı

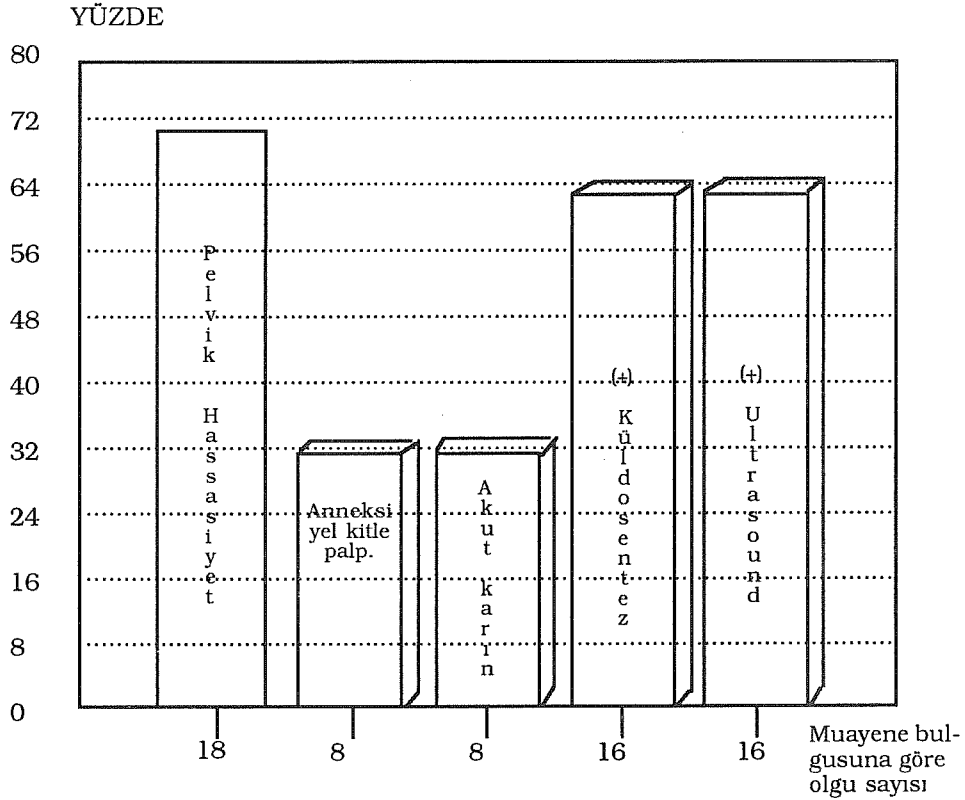
Olguların ilk başvurusunda saptanan muayene bulguları olarak; 18 (%72)'inde unilateral pelvik hassasiyet, 8(%32)'inde adneksiyel kitle palpasyonu, 8 (%32)'inde akut karın bulguları, 16(%64)'sında küldosentezde defibrine kan aspirasyonu, 16(%64)'sında,16(%64)'sında ultrasonografik incelemede adneksiyel kitle saptandı (Şekil 3).

Laparaskopi veya laparotomi ile tanı kesinleştiğinde, dış gebeliğin, olguların 20 (%80)'sinde tubal, 4(%16)'ünde ovarian, 1 (%4)'inde ise kornual lokalizasyon gösterdiği

saptandı (Şekil 4). İntraoperatif değerlendirmede, 20 tubal dış gebelikten 12

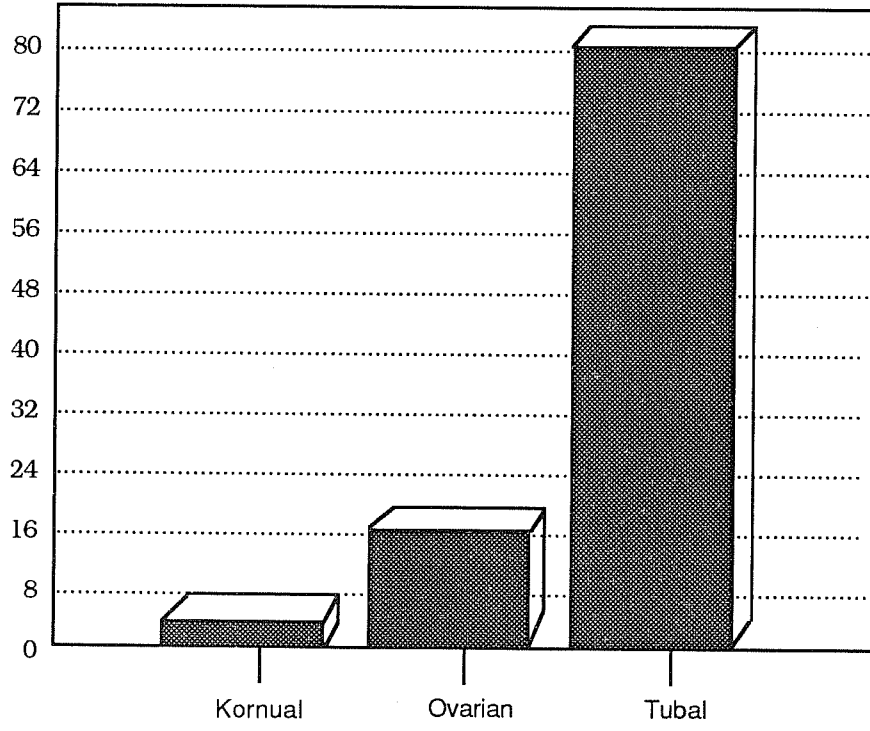
(%60)'sinde tüp intakt, 6 (%30)'sında tubal rüptür, 2(%10)'sinde ise tubal abortus olduğu görüldü (Şekil 5).

Tedavi olarak, toplam 25 olgunun; 16 (%64)'sına salpenjektomi, 3(%12)'üne salpingooferektomi, 2(%8)'sine salpingostomi, 2 (%8)'sine peritoneal lavaj ve drenaj, 1 (%4)'ine kornual rezeksiyon, 1(%4)'ine ise ovarian wedge rezeksiyon uygulandı (Şekil 6).



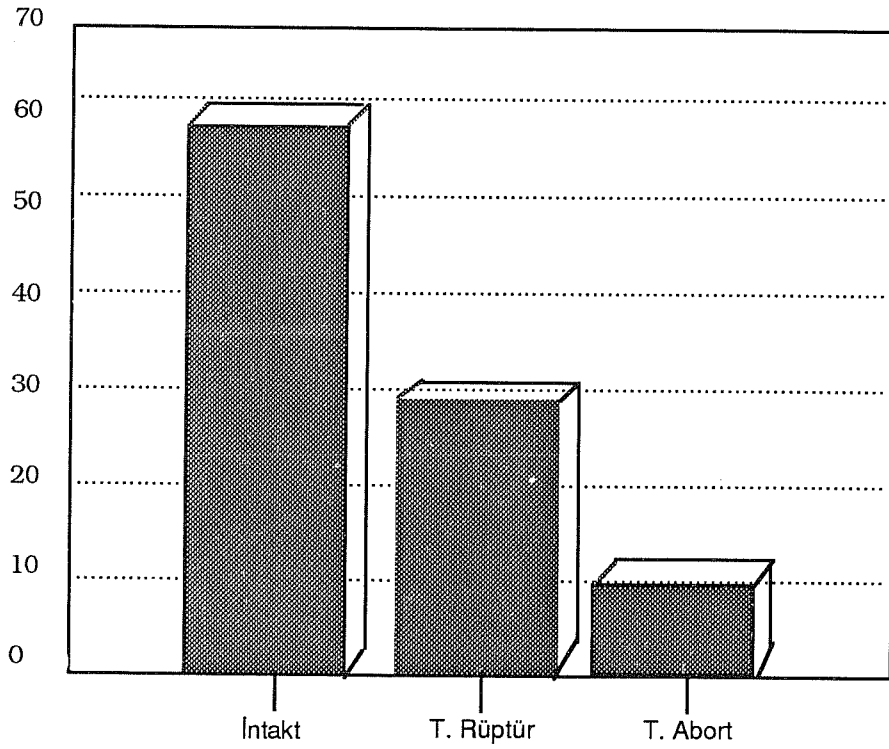
Şekil 3. Dış Gebeliklerde Muayene Bulguları

YÜZDE

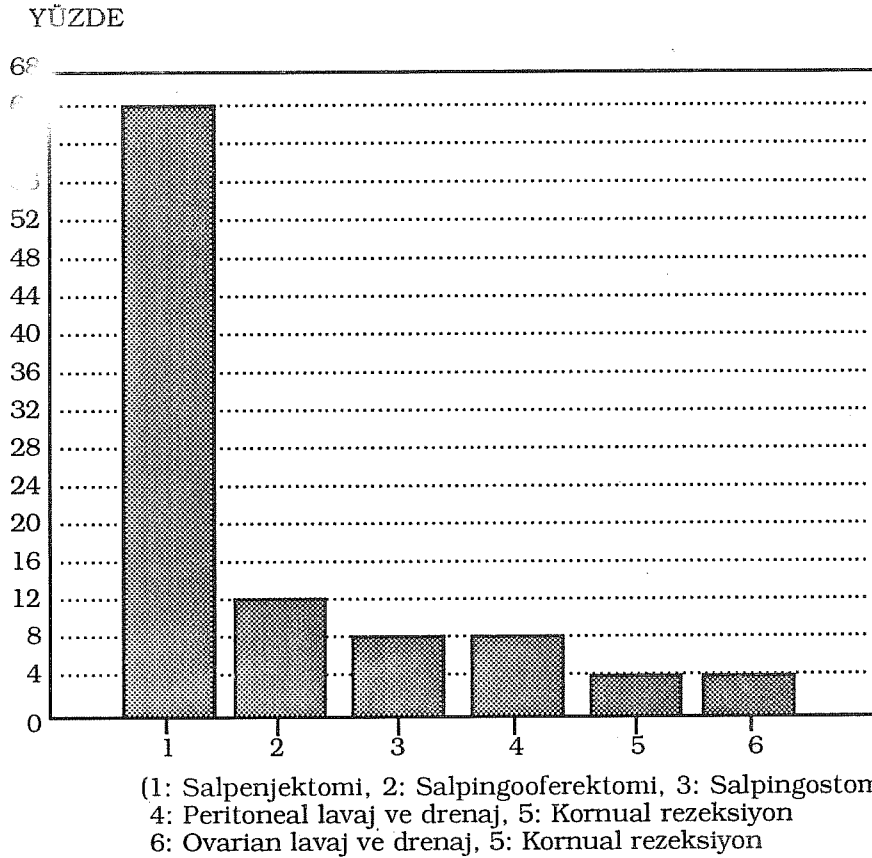


Şekil 4. Dış Gebeliklerin Lokalizasyonu

YÜZDE



Şekil 5. Tubal Gebeliklerde Operatif Bulgular.



Şekil 6. Dış gebeliklerde Uygulanan Cerrahi Tedavi Yöntemlerinin Dağılımı.

TARTIŞMA

İleri reproduktif yaş grubunda dış gebelik görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum, ilerleyen yaş ile birlikte tubal mukozayı harabeden seksüel geçişli enfeksiyon prevalansının artması, intrauterin kontraseptif araç kullanım oranının artması, geçirilmiş operasyon sıklığının artması ile açıklanmaktadır⁵⁻¹². Olgularımızın %72'sinin 27-39 yaş grubunda olduğu, toplam olgularda geçirilmiş bulunan 6 operasyondan 5(%83)'ünün; geçirilmiş bulunan toplam 5 PID'nin tamamının, kullanılmakta olan 4 intrauterin araçtan 3(%75)'ünün bu yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bulgularımız, reproduktif yaş artıkça dış gebelik görülme sıklığının arttığı şeklindeki literatür raporunu

desteklemektedir (Şekil 1)

Olgularımızın başvuru nedenlerinin %88'ini pelvik ağrı, %56'sını adet gecikmesi, %48'ini anormal kanama teşkil etmekte idi (Şekil 2). Dış gebeliğin klasik semptomları olarak, %97'sinde pelvik ağrı, %86'sında anormal kanama, %61'inde ise adet gecikmesi bildirilmektedir⁶. Anormal kanama bulgumuzun, literatürde bildirilenden daha düşük olarak saptanmış olmasına karşın, diğer iki bulgunun literatürde verilen oranlara paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Muayene bulgusu olarak en sık rastladığımız bulgu, tek taraflı pelvik hassasiyet olup olguların %72'sinde saptandı. Özellikle rüptür olmuş dış gebeliklerde kanamanın

neden olduğu peritoneal irritasyona bağlı olarak ortaya çıkan bu bulgunun literatürde, %97-%100 oranında görüldüğü belirtilmektedir¹⁻⁷. Adneksiyel kitle palpasyonu olgularımızın %32'sinde yapılabilmektedir. Bu oranımız, literatürdeki %40'lık oran ile benzerlik göstermekte, anestezi altında yapılan jinekolojik muayenede bile adneksiyel kitle palpı edilememesinin dış gebeliği ekarte ettirmeyeceği savını desteklemektedir. Küldosentez, olgularımızın %64'ünde pozitif, %36'sında ise negatif sonuç vermiştir. küldosentezin pozitif sonuç verme oranı literatürde, rüptür olmamış dış gebeliklerde %65, rüptür olmuş dış gebeliklerde ise %85 olarak bildirilmektedir¹. Olgularımızın %64'ünde ultrasonografik incelemede kistik veya non-kistik kitle saptanmıştır (Şekil 3). 8(%32) olguda, Douglas'ta non-kistik kitle ve mayi tespit edilmiş olup, bu olguların hepsi de tubal rüptür ve tubal abortus ile sonuçlanmış olgulardır. Diğer bir deyimle, tubal rüptür ve tubal abortus ile sonuçlanan dış gebeliklerin tanısında ultrasonografi %100 oranında pozitif bulundu. Romero ve arkadaşları da⁸ benzer sonuçlar bildirmişlerdir. 8(%32) olguda ise, ultrasonografi ile adneksiyel alanda kistik kitle izlenmiştir. Bu olgulardan 4'ünde ovarian gebelik, 1'inde kornual gebelik, 3'ünde ise rüptür olmamış tubal gebelik mevcuttu. Toplam olguların 9(%36)'sında ultrasonografik olarak anormal bulgu saptanamadı. Bu olguların hepsi de tubal rüptür veya abortus olmuş dış gebeliklerde %100 oranında tanı konulmuş olmasına karşın, intakt tubal dış gebeliklerde ultrasonografik olarak tanı konulamamıştır.

Dış gebeliklerin %90'ı tubal %5'i fimbrial, %2-3'ü interstiyel (kornual), %1'i ovarian, %1'i abdominal, %0.5'ten daha azı da servikal dış gebelik olarak görülmektedir^{5,12}. Olgularımızın %80'i tubal, %16'sı ovarian, %44'ü kornual dış gebelik olarak bulunmuş olup literatür bulguları ile önemli farklılık göstermektedir (Şekil 4).

Tedavi olarak 16(%64) olguda salpenjektomi uygulandı. Bu olgulardan 6'sında tüp onarımı imkan vermeyecek ölçüde rüptüre olmuştu. 10 olguda ise, tüpün muhafazası ile ileride fertilité açısından yararlanılamayacak derecede kronik adneksiyel iltihabi değişiklikler mevcuttu. Tüplerin intakt olduğu 2 tubal gebelikte salpingostomi uygulandı. Tüplerin intakt olduğu ve kanama olmadığı görülen 2 tubal gebelikte ise tüp sıvazlanarak tubal abortus yapılarak peri-

toneal lavaj ve drenaj uygulandı. Ovarian yerleşim gösteren 4 dış gebelik olgusundan 3'ünde, tüp ve over konglomerat oluşturduğundan ve de ilerisi için fertilité arzusu olmadığından salpingooferektomi, 1 olguya ise overe wedge uygulanarak gebelik ürünü çıkarıldı. Kornual yerleşim gösteren bir olguda ise kornual rezeksiyon uygulandı. Postoperatif dönemde hiçbir olgumuzda komplikasyon görülemedi. Tubal dış gebeliklerin tedavisi, gebeliğin büyüklüğü, tüpün intakt olup olmaması, rüptüre ise harabiyetin derecesi, geçirilmiş tubal enfeksiyon bulguları ve de ilerisi için fertilité arzu edilip edilmediğine göre değişebilir. Salpenjektomi radikal bir operasyon olarak kabul edilmektedir¹³. Eğer ileri derecede büyük bir kitle oluşturmamış ise laparoskopik olarak salpingotomi uygulanabilir veya laparotomi yapıp tüp sıvazlanarak tubal abortus yapılabilir. Veyahut, laparoskopik olarak tanı doğrulandıktan sonra, methorexate verilerek Beta-HCG ölçümleri ve ultrasonografi ile takip edilerek konservatif yaklaşımda bulunulabilir. Bozulmuş ve kanamalı tubal dış gebeliklerde laparotomi yapılarak kanamanın kontrol altına alınması ve peritoneal yıkama yapılarak drenaj uygulanması gereklidir. Eğer fertilité arzusu yok ise en uygunu salpenjektomidir. Ovarian gebeliklerde ise fertilité arzu edilip edilmediğine göre oofektomi veya ovarian wedge rezeksiyon uygulanabilir^{13,14}.

Reproduktif yaşta, pelvik ağrı, adet gecikmesi veya anormal kanama ile başvuran her kadında dış gebelik ilk düşünülmesi gereken neden olmalı ve bu yönde araştırma yapılmalıdır. Eğer yukarıdaki semptomların nedeni dış gebelik ise, ultrasonografi, küldosentez, Beta-HCG ölçümü ve laparaskopi gibi tanı yöntemleri ile %100'e yakın doğrulukta tanı konulabilmektedir.

Geliş Tarihi: 3.1.1991

Yayına Kabul Tarihi: 6.3.1992

KAYNAKLAR

1. Chavez S. Manuel of Obstetrics. Boston: Little Brown and Company, 1987, pp 224.
2. Dorfman SF. Deaths from ectopic pregnancy in United States. 1979 to 1980. *Obstet Gynecol* 62: 334, 1983.
3. Alsuleiman S, Grumes E. Ectopic Pregnancy: A study of 300 consecutive surgically treated cases. *JAMA* 243: 673, 1980.
4. Brenner P, Mac Donald PC, Gant NF, Williams Obstetrics. 18th ed. USA: Prentice-Hall international Inc, 1989, pp 511.
5. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 18th ed. USA: Prentice-Hall International Inc, 1989, pp511.
6. Weinstein L, Morris M. Ectopic Pregnancy, a new surgical epidemic. *Obstet Gynecol* 61: 698, 1983.
7. Cherney A, Maheaux R. Modern management of tubal pregnancy. *Curr Probl Obstet Gynecol* 6:4, 1983.
8. Romero R, Kadar N. The value of adnexal sonographic findings in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 158: 52, 1988.
9. Gonzales F, Waxman M. Ectopic pregnancy: A retrospective study of 501 consecutive patients. *Diagn Gynecol Obstet* 3: 181, 1981.
10. Tancer Ml, Delke I. A fifteen year experience with ectopic pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 152: 179, 1981.
11. Lawless M, Vessey M. Risk of intrauterin contraceptive devices. *Br Med J* 188: 1919, 1984.
12. Pernoll ML, Benson RC. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis an Treatment. Sydney: Prentice-Hall International Inc. 1987, pp 255-62.
13. Mattingly R, Thomson J. Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia: J.B Lippincott Company, 1985, pp 429-48.
14. Lathrop JC, Bowles GE. Methotrexate in abdominal pregnancy: report of a case. *Obstet Gynecol* 32: 81, 1969.

