

## Ektopik Gebelik: 225 Olgunun İncelenmesi

\*Hakan PEKER<sup>(1)</sup>, \*\*Ayşe GÜRBÜZ<sup>(1)</sup>, \*\*Ali GEDİKBAŞI<sup>(2)</sup>, \*Murat MENGÜLLÜOĞLU<sup>(1)</sup>,  
\*\*\*Ateş KARATEKE<sup>(1)</sup>

(1) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

(2) SSK Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

\*Uzman Dr, \*\*Başasistan, \*\*\*Klinik Şefi, Doç.Dr.

**Yazışma Adresi:** Dr. Hakan Peker, Fabrikalar cad. Uzun apt. No: 36 Daire:7, Bakırköy, İstanbul

**E-posta:** drhakanpeker@hotmail.com

### ÖZET

**Amaç:** 1997-2002 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde ektopik gebelik tanısı alıp laparoskopi ve laparotomi uygulanmış olguların operasyon öncesi ve sonrası bulgularını değerlendirmek.

**Geraç ve Yöntem:** Ektopik gebelik tanısı ile opere edilmiş 225 hastanın medikal kayıtları retrospektif olarak incelendi. Ortalama yaş, gravida, parite, preoperatif ve postoperatif hCG, hemoglobin seviyeleri, komplikasyon oranları, ultrasonografi ve küretaj bulgularının doğruluk oranları, operasyon süreleri, preoperatif ve postoperatif gözlem süreleri, batin içi kanama miktarları değerlendirildi.

**Bulgular:** İncelenen 225 olgunun 79'u (%35.1) laparoskopi, 146'sı (%64.9) ise laparotomi ile tedavi edildi. Laparoskopi ve laparotomi grupları arasında ortalama yaş, gravida, parite, sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız dakika sayısı, operasyon öncesi ve sonrası ortalama  $\beta$ -hCG değerleri, komplikasyon oranları, ultrasonografi ve küretaj bulgularının doğruluk oranları açısından farklılık izlenmedi ( $p > 0.05$ ). Ortalama postoperatif hemoglobin miktarı ( $p < 0.05$ ) ve ortalama operasyon süresi ( $p < 0.0001$ ), laparoskopik gruba kıyasla laparotomik grupta anlamlı derecede düşüktü. Kan replasmanı ihtiyacı ( $p < 0.01$ ) ile ektopik gebeliğin rüptür ( $p < 0.0001$ ) ve pozitif gebelik testi oranları ( $p < 0.01$ ) laparotomik grupta anlamlı derecede yüksek saptandı.

**Sonuç:** Ektopik gebelik hem laparotomi hem de laparoskopi ile tedavi edilebilir. Benzer komplikasyon oranları, daha iyi kozmetik sonuç sağlaması, operasyon sonrası hastanede kalış süresinin daha kısa olmasından dolayı, laparoskopi daha iyi bir alternatif olarak görünmektedir. Laparoskopi deneyimi olan merkezlerde, laparoskopi ektopik gebeliğin tedavi seçeneği olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, laparoskopi, laparotomi.

### SUMMARY

**(Ectopic pregnancy: Review of 225 cases )**

**Objective:** To evaluate preoperative and postoperative characteristics of the patients who had undergone laparoscopy or laparotomy with diagnosis of ectopic pregnancy in Zeynep Kamil Children and Women's Hospital between 1997 and 2002.

**Material and methods:** The medical files of 225 patients who had undergone surgical procedure with diagnosis of ectopic pregnancy were reviewed retrospectively. Mean age, mean gravidity, mean parity, mean preoperative and postoperative  $\beta$  hCG, hemoglobine levels, complication rates, confirmity rates of ultrasonografic and curettage findings, mean operative times, mean preoperative and postoperative observation times, intraabdominal haemorrhage amounts were evaluated.

**Results:** 79 (%35.1) of the 225 patients had undergone laparoscopy, the remaining 146 patients (%64.9) had undergone laparotomy. There were not any significant differences in mean age, mean gravidity, mean parity, mean sistolic and diastolic blood pressures, mean pulse rate, mean preoperative and postoperative  $\beta$  hCG levels, complication rates, confirmity rates of ultrasonografic and curettage findings with ectopic pregnancy between two groups ( $p > 0.05$ ). Mean postoperative hemoglobine levels ( $p < 0.05$ ) and mean operative time ( $p < 0.0001$ ) were significantly lower in laparotomy group when compared with laparoscopy group. The rates of positive pregnancy test ( $p < 0.01$ ), rupture of ectopic pregnancy ( $p < 0.0001$ ) and need for blood replacement ( $p < 0.01$ ) were significantly higher in laparotomy group.

**Conclusion:** Ectopic pregnancy can be managed by either laparoscopy or laparotomy. Laparoscopy seems a better alternative then laparotomy because of having low postoperative hospital stay, sustaining better cosmetic result and similar complication rate. In centers with experience of laparoscopy, laparoscopy should be treatment of choice in ectopic pregnany.

**Key words:** Ectopic pregnancy, laparoscopy, laparotomy

## GİRİŞ

Ektopik gebelik, blastokistin uterin kavite dışında implante olması şeklinde tanımlanmaktadır (1,2). Ektopik gebelik, gebeliklerin %1-2'sinde meydana gelen acil cerrahi durumdur (3). Ektopik gebelik gelecekteki reproduktif kapasiteyi önemli derecede etkiler (4,5). Ektopik gebelikte ölüm oranı, vaginal doğumundan 10 kat daha fazladır. Ektopik gebelik, kadınların yaşamını tehdit eden en önemli faktörlerden biridir (2,6). Geçtiğimiz 20 yıl içinde ektopik gebelik nedenli mortalite oranı oldukça azalmıştır. Çünkü teşhiste gelişmeler olmakta, ektopik gebeliğin erken teşhisi konulabilmekte ve konservatif tedavi yöntemleri daha çok uygulanabilir olmaktadır. Yüksek çözünürlüklü transvaginal ultrasonografi ve hassas kantitatif hCG ölçümleri gibi ektopik gebelik teşhisinde kullanılan modern teknikler, geçtiğimiz yıllara göre daha erken ve daha kesin teşhisler konmasını sağlamaktadır (7,8,9). Bu sayede günümüzde hastalarda minimal semptomlarda bile, herhangi bir komplikasyon gelişmeden müdahale edilebilmektedir. Bu bağlamda günümüzde tedavideki amaç; fertilitiyi korumak ve morbiditeyi azaltmaya yönelik cerrahi ve tıbbi uygulamalardır (9).

Ektopik gebeliğin risk faktörleri mekanik ve fonksiyonel olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Mekanik risk faktörleri: Salpenjit, peritubal adezyon, tüplerin anormal gelişimi, önceden geçirilmiş ektopik gebelik, daha önce tüplere uygulanan operasyon, önceden uygulanmış çok sayıda küretaj, tüpleri tahrip eden tümörler, önceki sezeryan operasyonu. Fonksiyonel risk faktörleri: Ovumun eksternal migrasyonu, menstrüel reflü, azalan tüp hareketliliği, sigara içme alışkanlığıdır (2).

Ektopik gebeliğin 3 farklı tedavi yöntemi bulunmaktadır: Takip, medikal ve cerrahi tedaviler. Ektopik gebeliğin medikal tedavisinde prostaglandinler, KCl, hiperosmolar glikoz ve metotreksat gibi farklı ajanlar denenmiştir. Günümüzde metotreksat, bunların arasında en sık kullanılanıdır (10). Ektopik gebeliğin erken teşhisi, cerrahi yöntemi etkileyen bir faktördür. Günümüzde tercih edilen standart cerrahi yöntem, laparoskopik lineer

salpingotomidir. Her ne kadar bazı çalışmalar, laparoskopik cerrahinin hipovolemik hastalarda kullanılabileceğini iddia etse de; hastanın hemodinamik durumu ve hemoperitonyum hacmi laparoskopik cerrahi kullanımını etkileyen en önemli faktörlerdir. Laparoskopisi esnasında cerrah salpenjektomi veya lineer salpingotomi uygulayabilir. Bu operasyonu yapma kararı alırken, hastanın gelecekteki fertilitate isteği önem taşımaktadır. Hastanın hemodinamik durumu, fertilitate isteği ve laparoskopik cerrahin deneyimi tedavinin modelini belirler (6,11). Son çalışmalar, daha ekonomik ve iyileşme süresi daha kısa olan laparoskopinin, ektopik gebeliğin konservatif tedavisinde kullanılabilceğini göstermiştir (9).

Konservatif tedavilerin ektopik gebeliklerin tekrarlama oranını arttırdığı düşünülmektedir, çünkü bu yöntem sonrasında tüpler zarar görmektedir. Böylece bu tedavi yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları arasındaki denge net değildir. Tüm çalışmalar radikal ve konservatif cerrahi tedavilerin karşılaştırılması üzerine odaklıdır ve elde edilen sonuçlar karmaşıktır (12). Çalışmamızın amacı; 1997-2002 yılları arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "ektopik gebelik" tanısı ile opere olan olguların operasyon öncesi ve sonrası takip süreci boyunca elde edilen bulgularının değerlendirilmesidir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

01.01.1997 - 01.01.2002 tarihleri arasındaki 5 yıllık dönemde Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji servisine "ektopik gebelik" ön tanısı ile yatırılıp, opere edilen 225 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgularımız yaş, gravida, parite, yaşayan çocuk, abortus, son adet tarihine göre gebelik haftası, dakika nabız sayısı ve arteriyel tansiyon değeri, operasyona kadar takip süresi, operasyon öncesi ve sonrası  $\beta$  hCG ve hemoglobinin değerleri, batın içi kanama miktarı, operasyon şekli ve süresi, kan transfüzyon gereksinimi ve postoperatif hastanede kalış süreleri yönünden değerlendirildi. Olgularımızın

semptomları, ultrasonografi bulguları, gebelik testi sonuçları, adet gecikmesi bulguları, rüptür ve komplikasyon oranları, probe küretaj yapıp küretaj sonuçlarının ektopik gebelikle uyumlu olma oranları kıyaslandı. Olgularımızın operasyon biçimi laparoskopi, laparotomi şeklinde incelendi. Operasyon süresi olarak; laparoskopide servikal kanülasyondan, laparotomide cildin kesilmesinden, her iki operasyon için cildin kapatılmasına kadar geçen zaman ele alındı. Bu çalışmada istatistiksel analizler GraphPad Prisma V.3 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## **BULGULAR**

Çalışmamızı oluşturan 225 olgu, 01.01.1997 - 01.01.2002 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji servisine "ektopik gebelik" ön tanısı ile yatırılıp, opere edilen vakalardan oluşmaktaydı. 225 olgumuzun 79'u (%35.1) laparoskopi, 146'sı (%64.9) ise laparotomi ile tedavi edildi. Olgularımızın demografik özellikleri, Tablo I'de gösterilmiştir. Olgularımız yaş, gravida, parite, yaşayan çocuk, abortus, son adet tarihine göre incelendiğinde istatistiki açıdan anlamlı fark izlenmedi ( $p > 0.05$ ). Her iki grup, vital bulguları açısından değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık saptanmadı ( $p > 0.05$ ). (Tablo I).

**Tablo I:** Laparoskopi ve laparotomi gruplarının kıyaslaması

	Laparoskopi	Laparotomi	P
Yaş	27,18±5,83	27,92±5,50	>0,05
Gravida	2,77±1,71	3,08±1,91	>0,05
Parite	1,16±1,24	1,45±1,50	>0,05
Yaşayan	1,11±1,24	1,42±1,48	>0,05
Abortus	0,56±0,86	0,61±0,92	>0,05
SAT-Hafta	4,62±2,98	4,60±3,01	>0,05
Sistolik kan basıncı	104,24±12,25	100,57±14,81	>0,05
Diastolik kan basıncı	65,19±8,75	62,84±11,42	>0,05
Nabız/Dk	85,90±8,25	89,35±11,98	<0,05
Preop. takip süresi	53,01±56,05	11,97±25,71	<0,0001
Batın içi kan miktarı (ml)	251,77±263,62	558,71±445,30	<0,0001
Op. süresi (dk)	86,77±29,70	61,56±22,75	<0,0001
Postop. takip süresi	3,15±2,20	5,28±2,20	<0,0001

Laparoskopik grupta ortalama operasyon öncesi takip süremiz 53.01±56,05 saat, laparotomik grupta 11.97±25,71 saattir ( $p < 0.0001$ ). Laparoskopik operasyonlarda ortalama batın içi kanama miktarı 251.77±263,62 ml, laparotomik operasyonlarda 558.71±445,30 ml elde edildi ( $p < 0.0001$ ). Laparoskopide ortalama operasyon süresi 86.77±29,70 dakika iken, laparotomi yapılan olgularda ise 61.56±22,75 dakika olarak saptandı ( $p < 0.0001$ ). Operasyon öncesi takip süresi, batın içi kanama miktarı, operasyon süreleri açısından laparoskopi ve laparotomi grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık izlendi (Tablo I).

Operasyon öncesi hemoglobin değerleri açısından gruplar arasında farklılık anlamlı değildi ( $p > 0.05$ ). Operasyon sonrası ortalama hemoglobin değerleri; laparoskopi grubunda 10,55±1,41 mg/dl, laparotomi grubunda 10,05±1,60 mg/dl saptanıp, laparoskopi grubunda postoperatif hemoglobin değerleri anlamlı ölçüde yüksekti ( $p < 0.05$ ) (Tablo II).

**Tablo II:** Operasyon öncesi ve sonrası hemoglobin değerlerinin laparoskopi ve laparotomi olguları arasında kıyaslanması

	Laparoskopi	Laparotomi	P
Hb (PREOP) mg/dl	11,36±1,43	10,96±1,80	>0,05
Hb (POSTOP) mg/dl	10,55±1,41	10,05±1,60	<0,05
F	10,37	38,3	
p	<0,0001	<0,0001	

Operasyon öncesi ve sonrası â-hCG değerleri laparoskopi ve laparotomi olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değildi ( $p > 0.05$ ) (Tablo III).

**Tablo III:** Operasyon öncesi ve sonrası â-hCG değerlerinin laparoskopi ve laparotomi olguları arasında kıyaslanması

	Laparoskopi	Laparotomi	P
BhCG (PREOP) mIU/ml	923,22	1300,73	>0,05
BhCG (POSTOP) mIU/ml	692,36	531,56	>0,05
F	0,67	2,86	
p	>0,05	>0,05	

Laparoskopi yapılan olguların 67'sinde (%84.8), laparotomi yapılan olguların 132'sinde (%91) ektopik gebelikle uyumlu ultrasonografi bulguları tesbit edildi ( $p > 0.05$ ). Laparoskopik olgularımızın 78'inde (%98.7), laparotomik olgularımızın 146'sında (%100) ektopik gebelikle uyumlu semptomlar elde edildi ( $p > 0.05$ ). Adet rötarı, laparoskopik grupta 43 olguda (%54.4),

laparotomik grupta 86 olguda (%59.3) saptandı ( $p>0.05$ ). Olgularımız kontrol edilemeyen kanama, retroperitoneal hematoma, postoperatif ateş, subkutan hematoma, postoperatif anemi, infeksiyon, probe küretaj esnasında perforasyon gibi komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde; laparotomi grubunda 7 olgu (%8.9), laparotomi grubunda 12 olgu (%8.2) saptandı ( $p>0.05$ ). Probe küretaj yapılan olgularda, sonucun ektopik gebelik ile uyumlu olma oranı laparoskopik olgularda %73.4 iken, laparotomik olgularda %73.3 olarak elde edildi ( $p>0.05$ ). Yeterli ultrasonografi ve semptom bulgusu, adet rötürü, komplikasyon, probe küretaj sonucunun ektopik gebelik ile uyumu açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p>0.05$ ) (**Tablo IV**).

**Tablo IV:** Laparotomi ve laparotomi olgularının çeşitli parametrelerce kıyaslanması

	Laparotomi	Laparotomi	
	USG yok	1 (%1.5)	3 (%2.1)
	Evet	67 (%84.8)	132 (%91)
Yeterli USG	Hayır	11 (%13.9)	10 (%6.9)
	Var	78 (%98.7)	146 (%100)
Semptom	Yok	1 (%1.5)	$\chi^2=1.85$
	Hesaplanamıyor	11 (%13.9)	18 (%12.4)
	Var	43 (%54.4)	86 (%59.5)
Adet Rötürü	Yok	25 (%31.6)	41 (%28.3)
	Bakılmamış	35 (%44.9)	49 (%33.8)
	(+)	38 (%48.7)	95 (%65.5)
Plano	(-)	5 (%6.4)	1 (%0.7)
	Rüptür (-)	71 (%89.9)	80 (%55.2)
Rüptür	Rüptür (+)	8 (%10.1)	65 (%44.8)
	Yok	72 (%91.1)	134 (%91.8)
Komplikasyon	Var	7 (%8.9)	12 (%8.2)
	Yapılmış	63 (%79.7)	111 (%76)
PC	Yapılmamış	16 (%20.3)	35 (%24)
	Yapılmamış	16 (%20.3)	32 (%21.9)
	Uyumlu	58 (%73.4)	107 (%73.3)
PC Uyumu	Uyumsuz	5 (%6.3)	7 (%4.8)
	Yapılmış	9 (%11.4)	41 (%28.1)
Transfüzyon	Yapılmamış	70 (%88.6)	105 (%71.9)

Gebelik testi pozitifliği laparoskopik grupta %48.7, laparotomik grupta %65.5 oranında elde edildi ( $p<0.01$ ). Rüptür, laparoskopik olgularda %10.1, laparotomik olgularda %44.8 oranında tesbit edildi ( $p<0.0001$ ). Laparoskopik grupta %11.4, laparotomik grupta %28.1 oranında kan transfüzyonu uygulandı ( $p<0.01$ ). Laparotomi ve laparotomi grupları, gebelik testi ve rüptür pozitifliği ile kan transfüzyonu uygulanması açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptandı (**Tablo IV**).

## TARTIŞMA

Ektopik gebelik, gebeliklerin %1-2'sinde meydana gelen acil cerrahi durumdur (3). Yüksek çözünürlüklü transvaginal ultrasonografi ve laboratuvarında hassas kantitatif hCG ölçümleri gibi ektopik gebelik teşhisinde kullanılan modern teknikler, erken tanı sağlamamızdaki etken faktörlerdir (7,8,9). Bu bağlamda tedavideki güncel amaç, mortaliteyi azaltmanın yanı sıra, konservatif yöntemler ile fertilitiyi korumak ve morbiditeyi azaltmak olmuştur (9). Çalışmamızda 225 olgumuzun 79'u (%35.1) laparotomi, 146'sı (%64.9) ise laparotomi ile tedavi edildi. Laparotomi yapılan olgularımızın daha yüksek olmasının sebebi; gece nöbet şartlarında laparoskopide deneyimli yardımcı personelin olmaması, laparoskopik teçhizatın operasyona hazırlanamaması ve olguların çoğunlukla geç dönemde hastanemize başvurmalarıdır. Operasyon süreleri, Lundorff'un (13) çalışmasında laparotomi grubunda 73 dakika, laparotomi grubunda 88 dakika saptanmışken, çalışmamızda ise sırasıyla 86 ve 61 dakika saptandı. Laparotomi ve laparotomi grupları arasında operasyon süreleri açısından anlamlı fark elde edildi. Laparoskopik operasyonların anlamlı düzeyde daha uzun sürmesinin sebebi, hastanemizin asistan eğitimi veren bir birim olması diye düşünmekteyiz. Akhan (14) ise yaptığı çalışmada laparoskopik operasyonların sürelerini, laparotomik operasyonlara göre daha kısa olarak saptamasına rağmen anlamlı düzeyde farklılık elde edememiştir.

Thornton (15) ve Akhan (14) yaptığı çalışmalarda laparotomiye kıyasla laparoskopide operasyon, hastanede kalış, hasta iyileşme süresinin daha kısa olduğunu saptamışlardır.

Akhan'ın yaptığı çalışmada (14) operasyon öncesi hemoglobinin değerleri, laparotomi ve laparotomi grupları arasında belirgin düzeyde farklıyken, çalışmamızda anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. Operasyon öncesi hemoglobinin değerlerimizin gruplar arasında anlamlı derecede farklı bulunmamasının nedeni, hemoperitoneum oranının anlamlı derecede yüksek olduğu ve medikal durumları itibarıyla operasyon öncesi takip sürelerinin anlamlı

düzeyde düşük olduğu laparotomi yapılan olgularda, daha hemodilüsyon gelişmeden operasyona geçilmesi olabilir. Operasyon sonrası hemoglobin değerlerimizin laparotomi yapılan olgularda anlamlı derecede düşük bulunmasının nedeni ise, laparotomi yapılan grupta rüptür oranının yüksek saptanması yanında laparotominin kendisinin de kan kaybını arttıran bir faktör olması olabilir (**Tablo II**).

Akhan yaptığı çalışmada (14) laparoskopik uygulanan olgularda 270.45 ml, laparotomi uygulanan olgularda 889.75 ml, Vermesh (9) ise laparoskopik olgularda 79 ml, laparotomi yapılan olgularda 195 ml hemoperitoneum saptamışken; çalışmamızda sırasıyla 251.77 ml, 558.71 ml elde edildi. Çalışmamızdaki bu değerler, literatürle uyumlu olarak istatistiksel düzeyde anlamlı derecede farklılık gösterdi. Laparotomi yapılan olgularda hemoperitoneum miktarının yüksek saptanmasının sebebi, rüptür düşünülen vakalarda laparotomik yaklaşımın tercih edilmesidir.

Akhan yaptığı çalışmada (14), rüptür oranlarını laparoskopik olgularında %38, laparotomi olgularında %68 olarak tesbit etmiştir. Çalışmamızda ise bu oranlar sırasıyla %10.1 ve %44.8 olarak saptanıp, Akhan'ın çalışmasıyla uyumlu olarak laparotomi ile müdahale edilen ektopik gebeliklerde rüptür oranı anlamlı derecede fazlaydı.

Vermesh (9) operasyon öncesi  $\beta$  hCG değerlerini laparoskopik grubunda 3956 mIU/ml, laparotomi grubunda 4115 mIU/ml saptamış; Lundorff (13) sırasıyla 2489 mIU/ml ve 2289 mIU/ml; Foulk (16) sırasıyla 4669 mIU/ml, 6317 mIU/ml, Akhan (14) ise sırasıyla 2903 mIU/ml ve 3407 mIU/ml saptayıp istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edememişlerdir. Çalışmamızda  $\beta$  hCG değerleri sırasıyla 923 IU/ml ve 1300 IU/ml olarak saptandı ve literatürle uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmedi. Seifer'in yaptığı çalışmada (17) postoperatif olarak laparoskopik olgular 1-2 gün, laparotomi uygulanan olgular 4-5 günde; Vermesh'in (9) laparoskopik olguları 1.4 gün, laparotomi olguları 3.3 günde; Lundorff'un (13) laparoskopik vakaları 2.2, laparotomi vakaları 5.4 günde, Akhan'ın (14) olguları ise sırasıyla 2.15 ve 4.73 günde taburcu olmuşken, çalışmamızda

laparoskopik olgular 3.15 gün, laparotomi uygulanan olgular ise 5.28 gün postoperatif takip edilerek taburcu edildi. Çalışmamıza göre laparoskopik yaklaşım, postoperatif hastanede kalış süreleri açısından literatürle uyumlu olarak anlamlı derecede avantajlıydı.

**Sonuç olarak;** ektopik gebelik şüphesi olan olgular, ayrıntılı anamnez, dikkatli fizik ve jinekolojik muayene,  $\hat{a}$ -hCG, hematokrit, ultrasonografi takiplerine göre değerlendirilmelidir. Sınırlı laparoskopik cerrahi deneyim, geniş hemoperitoneum veya sınırlı teknik olanak durumlarında laparotomi yeğlenmelidir. Laparotomi ile benzer komplikasyon oranları olması, daha iyi kozmetik sonuç sağlaması, operasyon sonrası hastanede kalış süresinin daha kısa olmasından dolayı, uygun vakalarda, yeterli düzeyde teknik olanak ve laparoskopik cerrahi deneyim biraraya geldiğinde, ektopik gebeliğin tedavisinde laparoskopik ilk tercih olmalıdır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Aboud E, Chaliha C. Nine year survey of 138 ectopic pregnancies. *Arch Gynecol Obstet* 1998; 261: 83-87.
2. Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GV et al. Ectopic pregnancy. In: Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GV, Clark SL, eds. *Williams Obstetrics, 20th ed. Connecticut: Appleton&Lange, 1997: 607-634.*
3. Makinen JI. Ectopic pregnancy in Finland 1967-1983: a massive increase. *Br Med J* 1987; 294: 740-741.
4. Ploman L, Wicksell F. Fertility after conservative surgery in tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1960; 39: 143-52.
5. Schenker JG, Eyal F, Polishuk WZ. Fertility after tubal pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 135: 74-6.
6. Rock JA, Damario MA. Ectopic pregnancy. In: Rock JA, Thomson JD., eds. *Te Linde's Operative Gynecology, 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 501-527.*
7. Cacciatore B. Can the status of tubal pregnancy be predicted with transvaginal sonography? A prospective comparison of sonographic, surgical, and serum hCG findings. *Radiology* 1990; 177: 481-84.
8. Atri M, Bret PM, Tulandi T. Spontaneous

*resolution of ectopic pregnancy: initial appearance and evolution at transvaginal US. Radiology 1993; 186: 83-86.*

**9.** Vermesh M, Silva PD, Rosen GF, Stein AL, Fossum GT, Sauer MV. Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy: A prospective, randomized clinical trial of laparoscopy versus laparotomy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 400-404.

**10.** Yao M, Tulandi T. Surgical and medical management of tubal and non-tubal ectopic pregnancies. *Curr opin Obstet Gynecol* 1998; 10: 371-374.

**11.** Soriano D, Yefet Y, Oelsner G, Goldenberg M, Mashiach S, Seidman DS. Operative laparoscopy for management of ectopic pregnancy in patients with hypovolemic shock. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4: 363-367.

**12.** Bouyer J, Job-Spira N, Pouly L, Coste J, Germain E, Fernandez H. Fertility following radical, conservative-surgical or medical treatment for tubal pregnancy: a population-based study. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 714-721.

**13.** Lundorff P, Thorburn J, Hahlin M, Kallfelt B, Lindblom B. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy: A randomized trial versus laparotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70:343-48.

**14.** Akhan SE, Baysal B. Laparotomy or Laparoscopic surgery? Factors affecting the surgeons choice for the treatment of ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 266: 79-82.

**15.** Thornton KL, Diamond MP, DeCherney AH. Linear salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 81: 95-109.

**16.** Foulk RA, Steiger RM. Operative management of ectopic pregnancy: A cost analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 90-96.

**17.** Seifer DB, Gutmann JN, Grant WD, Kamps CA, DeCherney AH. Comparison of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy versus salpingostomy at laparotomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 378-82.