

Laparoskopik Bilateral Tubal Ligasyon Operasyonu Sonrasında İzlenen Rüptüre Dış Gebelik Olgusu Sunumu

A Case of Ruptured Ectopic Pregnancy Followed Up After Laparoscopic Bilateral Tubal Ligation Operation

Buğra ŞAHİN, Gizem CURA ŞAHİN

Denizli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Denizli

Öz

İstenmeyen gebelikleri önlemek için çeşitli kontraseptif yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin hiçbiri yüzde yüz olarak gebelikten koruma sağlamamakla beraber, bu yöntemler doğru olarak uygulanmadığında ise kümülatif olarak gebelik oranlarını yıllara göre artırdığı gösterilmiştir. Bu yöntemlerden biri olan tubal ligasyon sonrası da ender olarak gebelik izlenebilir. Tubal ligasyon, kalıcı ve kesin bir yöntem olarak tanımlanan kontraseptif bir yöntemdir. Tubal ligasyon olgularının yaklaşık yarısı postpartum dönemde sezaryen veya normal doğum sonrası yapılmaktadır. Ancak gebelik tespit edildiğinde öncelikle ektopik gebelik olasılığı akılda tutulmalıdır. Kliniğimize daha önceden laparoskopik bilateral tubal ligasyon ameliyatı sonrası akut karın şikayeti ile başvuran bir hastada gelişmiş rüptüre ektopik gebelik olgusu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Ektopik Gebelik, Laparoskopi, Tubal Ligasyon

Abstract

Various contraceptive methods are used to prevent unwanted pregnancies. Although none of these methods provide 100% protection against pregnancy, it has been shown that when these methods are applied incorrectly, they increase the pregnancy rates cumulatively over the years. After tubal ligation, which is one of these methods, pregnancy can be rarely observed. Tubal ligation is a contraceptive method defined as a permanent and definitive method. Approximately half of tubal ligation cases are performed in the postpartum period after cesarean section or normal delivery. However, when pregnancy is detected, first of all, the possibility of ectopic pregnancy should be kept in mind. A case of ruptured ectopic pregnancy in a patient who applied to our clinic with the complaint of acute abdomen after laparoscopic bilateral tubal ligation surgery is presented.

Keywords: Ectopic Pregnancy, Laparoscopy, Tubal Ligation

Giriş

Tubal ligasyon yaygın bir kontrasepsiyon yöntemidir ve tubal ligasyonun bir komplikasyonu olarak ender de olsa ektopik gebelik görülebilir (1,2). Tubal ligasyon başarısızlıklarında ektopik gebelik görülme oranı, intrauterin gebelik görülme oranından daha fazladır (3,4). Özellikle tubal ligasyondan sonra 2 yıl veya daha uzun bir süre geçmişse büyük bir ihtimalle gebeliğin ektrauterin olacağı düşünülmelidir (5). Tubal ligasyon sonrası beşinci yılda ektopik gebelik için kümülatif riskin % 0,3 olduğu bildirilmiştir (6,7). Bu yazıda, kliniğimize akut karın ile başvuran bir hastada elektif bilateral tubal ligasyon sonrası gelişen rüptüre ektopik gebelik olgusu sunuldu.

Olgu

Otuz beş yaşında daha önce üç vajinal normal doğum öyküsü olan kadın hasta, birkaç saat önce başlayan sağ kasık bölgesine lokalize, ani başlangıçlı ve şiddetli ağrı nedeni ile acil servise başvurdu. Hastada aynı zamanda iki-üç saatir devam eden

vajinal kanama durumu da mevcuttu. Hastanın son adet tarihinin dört hafta önce olduğu öğrenildi. Hastaya yapılan batın muayenesinde hastanın defansı mevcuttu. Hastanın kan değerlerine bakıldı. Bu sırada hastanın anamnezinde yaklaşık iki yıl önce aynı hastanede laparoskopik iki taraflı tubal ligasyon ameliyatı yaptırıldığı ve daha önce apandisit ameliyatı olmadığı da öğrenildi. Hastaya ön planda akut apandisit olabileceği düşünülüp acil tüm batın tomografisi istendi. Bu sırada hastanın hemogram sonuçları hemoglobin (hb) değeri 11.4 g/dl ve lökosit (wbc) değeri 12.7 K/uL olarak geldi. Tomografi sonucu da çıkan hastanın ön raporunda apandiks duvar kalınlığı normal sağ adneksiyel alanda yaklaşık 3 cm çapında ön planda benign ödemli kistik yapı ve douglasta 2 cm mayı saptandı. Bunun üzerine hastadan β -HCG istenip, sonucu da 560 U/L tespit edildi. Hasta ön planda ektopik gebelik tanısı olarak kadın doğum servisine yatırılıp yapıldı. Takiplerinde kasık ağrısı daha da artan ve servikal hareketleri ağrılı olan hastaya yapılan transvajinal ultrasonografide sağ adneksiyel alanda 35x40 mm hipo-hiperekojenik kistik imaj izlendi. Douglasta serbest sıvı mevcuttu. Tansiyonu 90/60mmHg ve nabızı 120/dakikaydı. Kontrol hb değeri de 8,8 g/dl gelmesi üzerine rüptüre ektopik gebelik olduğu düşünülerek ve acil ameliyata alındı. Hasta genel anestezi altında batına pfannenstiel insizyon yapıldı. Eksplozasyonda, 500 ml hematoma boşaltıldı ve sağ tubal istmik alanda aktif kanamaya devam eden rüptüre ektopik gebelik odağı izlendi. Ayrıca daha önceki bilateral tubal ligasyon operasyonuna bağlı tubalarda intakt olmayan bilateral koterize alanlar izlendi. Hastaya bilateral total salpenjektomi

ORCID No
Buğra ŞAHİN 0000-0003-0429-3085
Gizem CURA ŞAHİN 0000-0001-5696-4683

Başvuru Tarihi / Received: 04.02.2022
Kabul Tarihi / Accepted : 27.03.2022

Adres / Correspondence : Buğra ŞAHİN
Denizli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Denizli
e-posta / e-mail : raaakun@gmail.com

uygulandı. Hemostaz kontrolü sağlandıktan sonra douglas boşluğuna 16 french foley sonda dren yerleştirildi ve batin kapatılarak operasyona son verildi. Postop dönemde hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Kontrol hb değeri 10,5 g/dl olarak geldi. Daha sonra hastanın eski ameliyat notlarına bakıldığında ameliyatın ileri düzey hemostaz amaçlı kullanılan enerji kaynakları olan LigaSure™, HarmonicScalpel® ya da Thunderbeat® gibi ekipmanlarla değil de basit bipolar elektrokoter ve makas ile yapıldığı anlaşıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi, ikinci günde dreni çekildi ve dördüncü gününde hb sonucu 11.2 g/dl ve β -HCG 32 U/L gelmesi üzerine hasta taburcu edildi. Yaklaşık 2 hafta sonra kontrole gelen hastanın kontrol ultrasonografisi normal ve β -HCG değeri de 5 U/L gelmişti.

Tartışma

Rüptüre ektopik gebelik, acil cerrahi müdahale gerektiren durumlardan biridir. Ektopik gebelikler etiyojisine göre incelendiğinde, 'reproduktif' ve 'kontraseptif' başarısızlık olarak iki ana grupta değerlendirilebilir: 'reproduktif başarısızlık' sonucu oluşan ektopik gebelikler, herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaksızın oluşmaktadır. 'Kontraseptif başarısızlık' sonucu oluşan ektopik gebelikler ise herhangi bir kontraseptif yöntem kullanırken meydana gelen olgulardır (8). Son yıllarda, kontraseptif başarısızlığa bağlı ektopik gebelik oranları azalmakta, ancak reproduktif başarısızlık olarak oluşan olgularda artış izlenmektedir (9). Kontraseptif başarısızlık sıklıkla rahim içi araçlara bağlı olarak görülse de, tubal ligasyonda da etiyojik faktörler arasında akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuz da elektif tubal ligasyon sonrası oluşan bir ektopik gebelik idi.

Tubal ligasyon sonrası, düşük oranda da olası intrauterin ve ekstrauterin gebeliklerin görülebileceği unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda, gebeliklerin oluşumunda tubal rekanalizasyonun veya tuboperitoneal fistülün rolü olduğu gösterilmiştir (10-12,14). Bu yollarla oluşan açıklığın sperm geçişi için yeterli büyüklükte olduğu fakat fertilize ovumun geçmesi için çok küçük olduğu, bu nedenle de distal tubal implantasyonun meydana geldiği düşünülmektedir (10-13). Literatürde tüm tubal ligasyon yöntemleri değerlendirildiğinde 10 yıllık başarısızlık oranı %1,8 iken, çeşitli çalışmalarda tubal ligasyon sonrası ektopik gebelik oranı %5-90 arasında değişmektedir (15,16). Tubal ligasyon başarısızlığında oluşan gebeliklerin %15-20'si ektopik gebeliklerdir (10,11). Tubal ligasyon sonrası oluşan ektopik gebeliklerin oranı, tüm ektopik gebelikleri içerisinde yaklaşık %10'dur (10). Tubal ligasyon sonrası saptanan ektopik gebeliklere de operasyon olarak bilateral salpenjektomi önerilmektedir (12). Ayrıca,

bir çalışmada, tubal ligasyondan 1 yıl sonra, ekstrauterin-intrauterin gebelik oranı 1:14.2 iken tubal ligasyondan sonra 2 yıl veya daha uzun süre geçen olgularda bu oran 1:2 olarak bulunmuştur (5). Bizim olgumuzda da tubal ligasyondan 2 yıl sonra ektopik gebelik saptanmış ve ektopik gebeliğin oluşumunda tubal rekanalizasyonun rolü olduğu düşünülerek, bilateral total salpenjektomi yapılmıştır.

Tubal ligasyon başarısızlıkları (i) teknik hatalar, (ii) cerrahi hatalar ve (iii) luteal gebelik nedeni ile oluşabilir (17-19). Teknik hatalar, tubaların rekanalizasyonu ya da tuboperitoneal fistül oluşumu sonucu sperm geçişi için yeterli alan sağlanıp fertilize ovumun geçişine alan olmaması sonucu oluşan gerçek kontraseptif başarısızlıklar olarak tanımlanabilirler. Bu şekilde distal tubal implantasyon oluşabilir. Cerrahi hatalar, özellikle anatomik varyasyonların olduğu ya da anatominin ileri derecede bozulmuş olduğu durumlarda tubanın tanınmaması ya da cerrahi tekniğin yetersizliği sonucu oluşmaktadır. Cerrahi teknik açısından postpartum parsiyel salpenjektomi 1000 cerrahi müdahalede 1.2 gebelik olgusu ile en güvenilir metot olarak kabul edilmektedir. Bipolar koagülasyon ise en az üç kısımda yapıldığında %0.32 olarak düşük bir başarısızlık oranı oluşturmaktadır (20). Unipolar koagülasyon ile, bipolar koagülasyona göre daha az kontraseptif başarısızlık bildirilse de ciddi komplikasyonlar nedeni ile bipolar koagülasyon tercih edilmektedir (21). Yine de çoğu tubal ligasyon başarısızlığı önlenemez değildir ve tubal ligasyon sonrası ilk bir yıl içerisinde oluşan başarısızlıklar daha sıklıkla teknik hatalardan kaynaklanmaktadır (22). Ayrıca ileri düzey hemostaz amaçlı kullanılan enerji kaynakları olan LigaSure™, HarmonicScalpel® ya da Thunderbeat® gibi ekipmanlarla ameliyatların yapılmasının da dokuda daha iyi hemostaz ve eksizyon sağladığı gösterilmiştir (23). Luteal gebelikten ötürü oluşan başarısızlık ise, cerrahi işlemin luteal dönemde yapıp o sırada hastanın zaten çok erken dönem gebelik olduğu durumlarda oluşmaktadır. Bizim olgumuzda kontraseptif başarısızlığın nedeni LigaSure™, HarmonicScalpel® ya da Thunderbeat® gibi ileri düzey ekipmanlarla değil de, laparoskopik bipolar ve makas gibi daha basit bir bilateral tubal ligasyon ameliyatı yapılmasından dolayı teknik ya da cerrahi hatalardan kaynaklanmış olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak tubal ligasyon en etkin korunma yöntemlerinden birisidir. Buna rağmen tubal ligasyondan sonra da gebelik oluşabilmekte ve bunların büyük kısmını ektopik gebelik oluşturmaktadır. Tüm diğer yöntemlerde olduğu gibi bilateral tubal ligasyonda da başarısızlık riski vardır ve takip eden gebeliğin ektopik olma ihtimali yüksektir. Bu yöntemi tercih eden hastaların bu konuda bilgilendirilmesi gerekir. Yine gebelik bulgu ve belirtisi olanlar daha önce tubal ligasyon

ameliyatı olmuş olsalar da, olası bir gebeliği ekarte etmek için gebelik testi istenmelidir. Bu durum hastaya erken müdahale olanağını da sağlar. Cerrahi yöntem, hastanın tercihine, cerrahın tecrübesine ve teknik imkanlara göre belirlenmelidir. Mümkünse de bilateral tubal ligasyon ileri düzey hemostaz amaçlı kullanılan enerji kaynakları olan ekipmanlarla yapılmalıdır.

Hasta Onamı: Hasta onamı 30.06.2021 tarihinde alınmıştır.

Kaynaklar

1. Yamada T, Kasamatsu H. Bilateral tubal pregnancy after puerperal tubal ligation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7(1):161-2.
2. Ameh N, Madugu NH, Bawa US, et al. Tubal ectopic pregnancy after bilateral tubal ligation: A case report. *Niger J Med.* 2006;15(4):453-4.
3. Kaba M, Ünlü BS. Sezaryen sırasında tubal ligasyon yapılan bir hastada spontan term intrauterin gebelik. *Harran Univ Tıp Fak Derg.* 2013;10(2):99-101.
4. Thelin TJ, Jr Van Nagell JR. Ruptured ectopic pregnancy after bilateral tubal ligation. *Obstet Gynecol.* 1972;39:589-90.
5. Chi VC, Inure LE, Altwood RJ. Ectopic pregnancy following-female sterilisation procedures. *Adv Plan Parent.* 1981;16:52.
6. Melville C, Bigrigg A. Male and female sterilization. *Obstet Gynecol Reprod Med.* 2008;18(12):330-4.
7. Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception.* 2006;74(1):56-60.
8. Bouyer J. Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence, risk factors and outcomes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32(7):8-17.
9. Coste J, Bouyer J, Ughetto S, et al. Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France. *Hum Reprod.* 2004;19(9):2014-8.
10. Davis MR. Recurrent ectopic pregnancy after tubal sterilisation. *Obstet Gynecol.* 1986;68:44-5.
11. Stock RJ, Nelson KJ. Ectopic pregnancy subsequent to sterilisation: histologic evaluation and clinical implications. *Fertil Steril.* 1984;42:211-5.
12. Shah JP, Parulekar SV, Hinduja IN. Ectopic pregnancy after tubal sterilization. *J Postgrad Med.* 1991;37:17-20.
13. Tarhan N, Çetingöz E, Ayvacı H, et al. Bilateral tubal ligasyon sonrası ektopik gebelik; olgu sunumu. *Zeynep Kamil Tıp Bül.* 2008;39(3):141-2.
14. Sheyn D, Arora KA. Changes in rates of inpatient postpartum long-acting reversible contraception and sterilization in the USA. *Matern Child Health J.* 2021;25(10):1562-73.
15. Gerisman B. Ectopic pregnancy in women with previous tubal sterilizations at a Canadian community hospital. *J Reprod Med.* 1991;36(3):206-9.
16. Napolitano PG, Vu K, Rosa C. Pregnancy after failed tubal sterilization. *J Reprod Med.* 1996;41(8):609-13.
17. Pollack AE, Thomas LJ, Barone MA. Female and male sterilization, contraceptive technology. *Arden Media.* 2007:361-401.
18. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the US. Collaborative review of sterilization. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(4):1161-70.
19. Potter JE, Burke KL, Broussard K, et al. Improving assessment of demand for postpartum tubal ligation among publicly insured women in Texas. *Contraception.* 2021;25(21):156.
20. Roy KK, Banerjee N, Takkar D. Pregnancy following tubal sterilization: an 11-year survey. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;68(1):53-4.
21. Artunc B, Birge O. İki taraflı tubal ligasyon sonrası gelişen rüptüre ektopik gebelik. *J Kartal TR.* 2015;26(2):177-8.
22. Soderstrom RM. Sterilization failures and their causes. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;152(4):395-403.
23. Aslan Y, Balcı M, Tuncel A et al. Laparoskopik cerrahide hemostaz amaçlı kullanılan enerji kaynakları. *Endoü Bül.* 2014;7:30-5.