



Ektopik Gebelik Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Tedavi Özelliklerinin Retrospektif Analizi

Ercan Yılmaz, Ebru Çelik, Ilgın Türkçüoğlu, Uğur Turhan, Önder Çelik

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya

Özet

Amaç: Ektopik gebelik, gebelik materyalinin intrauterin kavite haricinde bir bölgeye implantasyonu olarak tanımlanmakla birlikte günümüzde halen önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini korumaktadır. Bu çalışmamızda ektopik gebelik tanısı alan hastaların demografik özelliklerinin, tanı, tedavi şekillerinin ve tedavi başarısının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Ocak 2008-Kasım 2011 tarihleri arasında ektopik gebelik teşhisi alan 200 hasta çalışmamıza retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, ultrasonografi bulguları, ektopik gebelik lokalizasyonu, tedavi şekli ve tedavi başarısı retrospektif veriler kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Ektopik gebelik tanısı alan 200 hastanın ortalama yaş değeri 29.34 ± 5.38 yıl, ortalama gravida 2.71 ± 1.74 , ortalama parite sayısı 1.15 ± 1.23 , ortalama abortus sayısı 0.41 ± 0.80 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.07 ± 1.71 olarak değerlendirildi. Hastalara ekspektan tedavi, medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri uygulandı. Otuz altı hastaya (%18) ekspektan tedavi uygulanırken, toplam 80 (%40) hastaya metotreksat tedavisi ve 84 (%42) hastaya da ilk başvuru anında cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi uygulanan 89 hastaya salpingektomi, 5 hastaya salpingostomi ve 3 hastaya tubal milking işlemi yapıldı. Ekspektan tedavi uygulanan 36 hastanın 34'ü (%94) iyileşirken, 2 hastaya ekspektan tedavi sonrasında cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Sonuç: Ektopik gebelik günümüz şartlarında erken tanısı koyulan ve bu çalışmada tartışıldığı gibi uygun endikasyon çerçevesinde her üç tedavi şekline de cevap veren klinik bir sorundur. Sonuç olarak, ektopik gebelik tedavisinde metotreksat ve cerrahi tedavinin yanı sıra ekspektan tedavi de uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik Gebelik; Metotreksat; Cerrahi Tedavi.

Retrospective Analysis of Clinical and Therapeutical Characteristics of Patients Diagnosed as Ectopic Pregnancy

Abstract

Aim: Although ectopic pregnancy is defined as the implantation of the fertilized egg outside the uterine cavity, even today it remains to be an important health problem. In this study, we aimed to evaluate retrospectively demographic characteristics, diagnosis, and treatment modalities in patients diagnosed as ectopic pregnancy.

Material and Methods: A retrospective analysis of patients diagnosed with an ectopic pregnancy was performed using records from İnönü University Turgut Özal Medical Center Department of Obstetrics and Gynecology for the period between January 2008 to November 2011. Demographic characteristics, referral symptoms, ultrasonographic findings of the patients, location of ectopic pregnancy, treatment modalities, and success rates were evaluated.

Results: Two hundred patients diagnosed as ectopic pregnancies were included in the study. Mean age of the patients was 29.34 ± 5.38 years. Mean number of gravidas (2.71 ± 1.74), parities (1.15 ± 1.23), miscarriages (0.41 ± 0.80) and live newborns (1.07 ± 1.71) were determined. The patients received expectant, medical, and surgical treatment alternatives. Patients received expectant ($n=36$; 18%), methotrexate ($n=80$; 40%), and surgical treatment at their first presentation. Surgical alternatives applied for patients consisted of salpingectomy ($n=89$), salpyngostomy ($n=5$), and tubal milking ($n=3$). Most ($n=34$; 94%) of the 36 patients who received expectant therapy were cured, while the remaining 2 patients later underwent surgical treatment.

Conclusions: Under current conditions, ectopic pregnancy can be diagnosed earlier, and as discussed in this study, it is a clinical condition, which responds to all of three treatment modalities. In conclusion, in the management of ectopic pregnancy, expectant therapy can be instituted in addition to methotrexate and surgical treatment.

Key Words: Ectopic Pregnancy; Methotrexate; Surgical Treatment.

GİRİŞ

Ektopik gebelik, konsepsiyon materyalinin uterin kavite dışında yerleşim göstermesidir. Bu patoloji anne hayatını tehdit eden durumlara neden olması açısından büyük önem taşımaktadır. Dünya genelinde maternal mortalitenin yaklaşık %10'u ektopik gebelik komplikasyonlarına bağlanmaktadır (1). Ektopik gebelik insidansı farklı ülkelerde birbirinden farklı

yüzdelerle ifade edilse de, özellikle son 20 yılda insidansında yaklaşık 2-4 kat artış olmuştur (2).

Ektopik gebeliğin etiyolojisinde bir çok faktör sorumlu tutulmakla birlikte, daha önce geçirilen ektopik gebelik hikayesinin olması, geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık varlığı, tubal cerrahi öyküsü, yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması, kontrasepsiyon için özellikle progesteron içeren rahim

İçerik kullanılması ektojik gebelik riskini arttıran faktörler arasında sayılmaktadır (3).

Ektojik gebeliğin teşhisinde anamnez oldukça önemlidir. Özellikle adet gecikmesi sonrası lekelenme tarzı vajinal kanama ile birlikte ortaya çıkan alt karın ağrısı ve batin muayenesinde defans ve "rebound" varlığı ektojik gebelik açısından uyarıcı olmalıdır (4). Transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ve transabdominal ultrasonografi ektojik gebelik teşhisi koymada kullanılan görüntüleme yöntemleri arasında bulunmaktadır. Bununla birlikte serum HCG (human chorionic gonadotropin) konsantrasyonu, serum progesteron değerleri ve son yıllarda kullanılan serum kreatin kinaz, vasküler endotelial büyüme faktör (VEGF) ve ürokinaz değerleri ektojik gebelik teşhisinde kullanılan biyokimyasal belirteçlerdir (5).

Medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri ektojik gebelik tedavisinde hastanın kliniğine göre tercih edilebilir. Genel durumu stabil olan ve batin içerisinde kanama bulgusu olmayan hastalarda metotreksat tedavisi kullanılabilir. Medikal tedavi için uygun olmayan hastalarda laparoskopik ya da laparotomik cerrahi seçenekleri, hastanın kliniği, yaşı ve fertilitate durumu göz önüne alınarak uygulanabilir (6).

Bu çalışmamızda kliniğimizde ektojik gebelik tanısı alan hastaların demografik özellikleri, kliniği, tanı ve tedavi seçenekleri retrospektif olarak taranarak değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Ocak 2008-Kasım 2011 tarihleri arasında ektojik gebelik teşhisi alan 200 hasta çalışmamıza retrospektif olarak dahil edildi. Serum HCG değeri yüksek olan ve transvajinal ultrasonografi yöntemi ile adneksiyel odak saptanan hastalara ektojik gebelik tanısı kondu. Ektojik gebelik odağı saptanmayan hastalarda ise serum HCG değerlerinin 48 saat sonraki yeterli yükselme seviyelerinin olmaması, TVUSG ve klinik özellikleri dikkate alınarak ektojik gebelik tanısı kondu. Hastaların demografik özellikleri, şikayetleri, fizik muayene bulguları, medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri, hastanede kalış süreleri retrospektif olarak değerlendirildi. Vital bulguları stabil olan ve serum HCG değerleri takiplerde düşme eğiliminde olan hastalar ekspektan tedavi ile takip edildi. Ektojik gebelik odağı olan, ancak fetal kalp atımı saptanmayan, serum HCG değeri 2000-3000 mIU/mL'nin altında olan ve fertilitate isteği olan hastalarda metotreksat tedavisi uygulandı. Pelviste ve/veya intraabdominal bölgede yaygın sıvı saptanan, rüptür şüphesi olan, ektojik odakta fetal kalp atımı saptanan, ektojik kitle ortalama çağı 3,5 cm'nin üzerinde olan hastalara ise cerrahi tedavi yöntemleri uygulandı. Verilerin analizinde Statistical Package for

Social Sciences 16.0 (SPSS, Chicago, IL) programı kullanıldı. Sonuçlar, ortalama±standart sapma (SD) ve yüzde değerleri olarak gösterildi. Tedavi gruplarının karşılaştırmalı istatistiksel analizinde One-Way ANOVA testi, tedavi başarısının değerlendirilmesinde ise chi-square testi uygulandı. P değeri 0.05'in altında olması durumu istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Ektojik gebelik tanısı alan 200 hastanın ortalama yaş değeri 29.34±5.38 yıl, ortalama gravida sayısı 2.71±1.74, ortalama parite sayısı 1.15±1.23, ortalama abortus sayısı 0.41±0.80 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.07±1.71 olarak değerlendirildi. 57 hasta (%28.5) ilk gebeliğinde ektojik gebelik tanısı aldı (Tablo 1). Ektojik gebelik tanısı alan hastalarda en yaygın hastaneye başvurma şikayetinin karın ve kasık ağrısı olduğu saptandı (36 hasta, %18). Otuzdört hasta sadece vajinal kanama (%17), yine 34 hastanın (%17) kasık ağrısı ve adet gecikmesi şikayetleri ile kliniğe başvurduğu görüldü. Yalnızca adet gecikmesi şikayeti ile 31 hasta (%16.5) polikliniğe başvururken, 29 hasta (%14.5) vajinal kanama ve adet gecikmesi şikayeti ile yine 29 hasta (%14.5) vajinal kanama ve ağrı şikayeti ile hastaneye başvurduğu tespit edildi. Bunun yanı sıra, 6 hasta (%3) vajinal kanama, ağrı ve adet gecikmesi ile acil servise başvururken, yalnızca 2 (%1) hastada herhangi bir şikayet saptanmamış, rutin kontrolleri sırasında ektojik gebelik tanısı almıştır (Tablo 2). Hastaların ortalama adet gecikme zamanı 14±2.14 gün olarak saptandı.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri.

| | Ortalama | SD ± |
|---------------|----------|------|
| Yaş (yıl) | 29.34 | 5.38 |
| Gravida | 2.71 | 1.74 |
| Parite | 1.15 | 1.23 |
| Abortus | 0.41 | 0.80 |
| Yaşayan çocuk | 1.07 | 1.71 |

Tablo 2. Hastaneye başvuran hastaların aktif şikayetleri.

| Şikayet | Hasta Sayısı | % |
|--|--------------|------|
| Karın ve kasık ağrısı | 36 | 18 |
| Vajinal kanama | 34 | 17 |
| Pelvik ağrı ve adet gecikmesi | 33 | 16.5 |
| Adet gecikmesi | 31 | 15.5 |
| Vajinal kanama ve adet gecikmesi | 29 | 14.5 |
| Vajinal kanama ve ağrı | 29 | 14.5 |
| Vajinal kanama, ağrı ve adet gecikmesi | 6 | 3 |
| Şikayet yok | 2 | 1 |

Hastaneye başvuran hastaların fizik muayenelerinde 88 (%44) hastada herhangi bir patoloji saptanmazken, 54 (%27) hastada derin palpasyonda pelvik hassasiyet

saptandı. Yirmiyedi hastanın (%13.5) muayenesinde pelvik defans ve rebound, 21 hastada (%10.5) rebound, 6 (%3) hastada defans ve 4 (%2) hastada hassasiyet ve defans saptandı (Tablo 3). Hastalara ilk başvuru esnasında yapılan ultrasonografide 119 hastada (% 60) pelviste sıvı saptanırken, 53 hastada (%26.5) intraabdominal sıvı izlendi. Yetmiş iki hastada (%36) ise pelvis içerisinde hematoma olduğu saptandı. Ektopik gebelik odağı 37 (%18.5) hastada saptanamaz iken, 155 (%77) hastada ektopik gebelik odağı tuba uterinada saptandı, bununla birlikte toplam 6 hastada (%3) intraovarian olduğu düşünülerek gebelik odağı saptandı. Bir hastada kornual ve bir hastada da servikal gebelik odağı saptandı (Tablo 4). Toplam 24 hastaya (%12) cerrahi öncesinde, intraoperatif ya da cerrahi sonrasında kan transfüzyonu yapıldı.

Tablo 3. Fizik muayene esnasında saptanan bulgular

| Fizik muayene bulguları | Hasta Sayısı | % |
|-------------------------|--------------|------|
| Normal | 88 | 44 |
| Pelvik hassasiyet | 54 | 27 |
| Defans ve rebound | 27 | 13.5 |
| Rebound | 21 | 10.5 |
| Defans | 6 | 3 |
| Hassasiyet ve defans | 4 | 2 |

Tablo 4. Ektopik gebelik lokalizasyonu

| Ektopik gebelik lokalizasyonu | Hasta sayısı | % |
|-------------------------------|--------------|-----|
| Tuba uterina | 154 | 77 |
| Sağ over | 3 | 1.5 |
| Sol over | 3 | 1.5 |
| Kornual gebelik | 1 | 0.5 |
| Servikal gebelik | 1 | 0.5 |
| Odak saptanmayan hastalar | 38 | 19 |

Hastalara ekspektan tedavi, medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri uygulandı. Otuz altı hastaya (%18) ekspektan tedavi uygulanırken, toplam 80 (%40) hastaya metotreksat tedavisi ve 84 (%42) hastaya da ilk başvuru anında cerrahi tedavi uygulandı. Ekspektan tedavi ve metotreksat tedavisi alan ve sonrasında cerrahi yapılan hasta grubuyla birlikte toplam 97 hastaya (%48.5) cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi uygulanan 89 hastaya salpenjektomi, 5 hastaya salpingostomi ve 3 hastaya tubal milking işlemi yapıldı. Ekspektan tedavi uygulanan 36 hastanın 34'ü (%94) tedavi edilmişken 2 hastaya cerrahi tedavi uygulanmıştır. Metotreksat tedavisi uygulanan hasta grubunda 61'inde bu tedavi yeterli olmuşken (%76.25), 8 (%10) hastaya ikinci doz metotreksat tedavisi uygulanmış, 11 hastaya (%13.75) ise cerrahi tedavi uygulanmıştır. Cerrahi tedavi uygulanan 84 hastanın 82'sinde (%97.6) başarılı sonuçlar alınmıştır. Yalnızca 2 hastaya cerrahi tedavi sonrasında medikal tedavi uygulanmıştır. Ektopik gebelik odağı saptanamayan 37 hastanın 15'i (%40.5) ekspektan tedavi ile 21'i (%56.8) medikal tedavi ile ve bir tanesi de cerrahi yöntem ile tedavi edilmiştir.

Ekspektan yaklaşım, metotreksat ve cerrahi tedavilerde ilk başvuru anındaki ortalama HCG değerleri sırası ile 1231.62±2130 mIU/mL, 2403.01±3132 mIU/mL ve 5558.66±7847 mIU/mL idi. Cerrahi tedavi uygulanan hastalardaki serum HCG değerleri ekspektan ve metotreksat tedavi uygulanan hasta gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001). Hastanede kalış süreleri her üç tedavi grubunda karşılaştırıldığında, ekspektan tedavi uygulanan grupta 3.61±2.19 gün, metotreksat grubunda 5.32±3.13 gün ve cerrahi uygulanan hastalarda hastanede kalış süresi 3.04±1.24 gün olarak saptandı. Metotreksat verilen hasta grubunda ortalama hastanede yatış süresi cerrahi tedavi uygulanan hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001). Tespit edilen ektopik gebelik odağının boyutları tedavi gruplarına göre farklılık göstermekteydi. Ekspektan tedavi uygulanan hastalarda ortalama kitle boyutu 11.81±10.95 mm, metotreksat tedavisi uygulanan hastalarda 18.16±9.5 mm ve cerrahi tedavi uygulanan hasta grubunda ise kitle çapı 23.49±15.9 mm olarak tespit edildi. Ekspektan tedavi uygulanan hastalarda saptanan ektopik gebelik odağının çapı cerrahi tedavi grubunda saptanan odağa göre anlamlı olarak daha küçük olduğu saptandı (p=0.0001). Serum HCG konsantrasyonunun normale dönme süreleri de her üç tedavi grubunda farklılık göstermekteydi. Ekspektan tedavi uygulanan hastalarda bu süre 20.33±8.02 gün iken, metotreksat tedavisi verilen hastalarda 21.41±11.2 gün ve cerrahi tedavi verilen hastalarda bu süre 21.14±11.9 gün olarak saptandı. HCG değerlerinin normal düzeye dönme sürelerinde her üç tedavi grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p= 0.886).

TARTIŞMA

Ektopik gebelik, insidansı giderek artan ilk trimesterde maternal mortaliteye neden olan ve gebelik materyalinin intrauterin kavite dışında yerleşim göstermesi olarak tanımlanan bir patolojidir (1). Ektopik gebelik teşhisinde hastaların anamnezi değişkenlik göstermekle birlikte çoğu olguda adet gecikmesi, vajinal kanama ve alt kadran ağrısı bulunmaktadır. Adalı ve arkadaşlarını yaptıkları retrospektif bir çalışmaya ektopik gebelik tanısı alan 91 hasta dahil edilmiş ve hastalarda en yaygın başvuru şikayetinin abdominopelvik ağrı olduğu, ikinci en sık şikayetin ise vajinal kanama olduğu saptanmıştır (7). Benzer sonuçlar Mimaroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da alınmıştır. Ektopik gebelik tanısı alan 22 hastanın değerlendirildiği çalışmada, hastaların hastaneye en sık başvurma sebebinin pelvik ağrı olduğu görülmüştür (8). Bizim çalışmamızda da hastaların en sık başvuru şikayetleri arasında alt kadran ağrısı ve vajinal kanama olduğu görülmektedir. Gebelik materyali intrauterin kavite haricinde en sık uterin tubalara yerleşmektedir. Daha az sıklıkla over dokusuna, servikse, uterin kornulara ve

intraabdominal bölgeye de yerleşebilir (1). Bouyer ve arkadaşlarının ektopik gebelik tanısı alan 1800 hastanın dahil edildiği çalışmada hastaların %95'inde ektopik gebelik odağının tuba uterinada yerleştiği görülmüştür (4). Ovaryen ektopik gebelik insidansı tubal ektopik gebelik insidansına göre daha düşük olmakla birlikte %0.5-3 arasında olduğu belirtilmektedir (9). Raziel ektopik gebelik tanısı alan 1281 olgu üzerinde yaptığı çalışmada ovaryen ektopik gebelik oranını %2 olarak bildirmiştir (10). İntersitisyel gebelik olarak da bilinen kornual gebelik tüm ektopik gebelikler arasında %2-4 oranında saptanmaktadır (11). Gebelik materyalinin servikal mukozaya implante olması ile meydana gelen servikal ektopik gebelik insidansı, tüm ektopik gebeliklerin %1'inden daha azdır (12). Bu çalışmada 37 (%18.5) hastada ektopik gebelik odağını saptayamadık. Literatürde ultrasonografi ile odak tespit edilemeyen ektopik gebelik insidansının %8-31 arasında değiştiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (13). Chetty ve arkadaşlarının lokalizasyonu tespit edilemeyen ektopik gebelik tanısı alan 109 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada 76 hastanın (%70) ekspektan tedavi ile remisyona uğradığı görülmüştür (14). Bizim çalışmamızda bu oran %40 olarak saptandı.

Ektopik gebelik tedavisinde metotreksat ve cerrahi tedavinin yanısıra ekspektan tedavi de uygulanabilir. Hastaların ilk tanı aldıkları dönemdeki serum HCG değerleri ve ektopik gebelik odağının çapı tedavi şeklini belirlemek ve tedavi başarısını öngörmek için kullanılacak markerlerdir. Hastanede kalış süresi ve HCG düzeylerinin normal sınırlara dönme süresi de tercih edilen tedavi şekline göre değişiklik göstermektedir. Lecuru ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya ektopik gebelik tanısı alan 75 hasta dahil edilmiş, 37 hastaya metotreksat tedavisi uygulanırken, 38 hastaya laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Her iki grup arasında başvuru anında serum HCG değerleri ve ektopik gebelik odağının boyutları ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (15). Birinci grupta ortalama serum HCG değeri 585 IU/l, ikinci grupta ise 998 IU/l olarak tespit edilmiş. Ektopik gebelik odağının çapı birinci grupta ortalama 21.3 mm iken, cerrahi uygulanan grupta ise 28.2 mm olarak belirtilmiştir. Medikal tedavi uygulanan grupta ortalama hastanede kalış süresi 24 gün iken, cerrahi uygulanan grupta bu süre ortalama 103 gün olarak belirtilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Serum HCG değerlerinin normale dönme süreleri açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (15).

Moeller ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmaya metotreksat tedavisi ve cerrahi tedavi yapılan 53'er hasta dahil edilmiş. Cerrahi tedavinin başarı oranı %87, metotreksat tedavisinin başarı oranı %74 olan bu çalışmada cerrahi tedavi uygulanan hasta grubunda tedavi öncesi serum HCG değerlerinin ve ektopik gebelik çapının medikal tedavi uygulanan

hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (16). Sagiv ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya ektopik gebelik tanısı alan 829 hasta dahil edilmiş ve hastalar medikal tedavi, cerrahi tedavi ve ekspektan tedavi uygulananlar olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir (17). Cerrahi uygulanan hasta grubunda serum HCG değerlerinin ve ektopik gebelik odağının çapının diğer gruplardan anlamlı olarak daha fazla olduğunu göstermişlerdir (17). Lecuru ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise medikal ve cerrahi tedavi alan hastaların hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır (18). Medikal tedavi uygulanan hastalarda ortalama süre 0.6 ± 1.7 gün, cerrahi uygulanan hastalarda ise bu süre 2.7 ± 0.7 gün olarak belirtilmiş ve cerrahi tedavi uygulanan hastalarda bu sürenin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde uzun olduğu görülmüştür (18).

Hernandez ve arkadaşlarının 100 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada 51 hastaya metotreksat tedavisi, 49 hastaya ise cerrahi tedavi uygulanmıştır. Metotreksat tedavisi uygulanan hastalarda tedavi başarısını %88, cerrahi uygulanan hastalarda ise bu oranı %95 olarak bildirmişlerdir. Tedavi sonrası hastanede kalış süresi cerrahi tedavi uygulanan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha uzun olduğu görülmüş, serum HCG düzeylerinin normale dönme süresinin ise cerrahi tedavi uygulanan hastalarda anlamlı olarak daha kısa olduğu görülmüştür (19). Saraj ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ektopik gebelik tanısı alan 75 hastanın 38'ine medikal tedavi ve 37 hastaya da cerrahi tedavi uygulanmış ve erum HCG konsantrasyonlarının normal sınırlarına ulaşma süresi cerrahi uygulanan hastalarda 20.2 ± 2.7 gün ve medikal tedavi uygulanan grupta ise 27.2 ± 2.3 gün olarak saptanmış ve cerrahi uygulanan hasta grubunda bu sürenin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha kısa olduğu görülmüştür (20). Hajenius ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise ektopik gebelik tanısı alan 100 hasta çalışmaya dahil edilmiş. Elli bir hasta metotreksat ile tedavi edilmişken, 49 hastaya cerrahi tedavi uygulanmış. Tedavi öncesi serum HCG konsantrasyonlarının cerrahi grubunda yüksek olduğu (1950 IU/L ve 2100 IU/L) belirtilen bu çalışmada medikal tedavi grubunda HCG rezölüsyon süresi ortalama 19 gün, cerrahi tedavi uygulanan grupta ise ortalama 14 gün olarak belirtilmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (21). Literatürde yapılan çalışma sonuçları, bizim yaptığımız çalışma ile benzer özellikler gösterdiği görülmektedir. Yaptığımız çalışmada da literatürdeki çalışmalarda olduğu gibi cerrahi uygulanan hastalarda tedavi öncesi serum HCG değerleri ve ektopik gebelik odağının çapının diğer tedavi şekillerine göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan çalışmalarda cerrahi tedavi uygulanan hastalarda hastanede kalış süresi daha uzun iken, bizim yaptığımız çalışmada metotreksat tedavisi verilen hastalarda bu sürenin daha uzun

olduğu görülmüştür. Kliniğimizde metotreksat tedavisi alan hastalarının tedavi başarısı metotreksatın 7. günündeki HCG düzeyinin 4. gün HCG düzeyine göre düşüş oranına bakılarak değerlendirilmektedir. Bu süre içerisinde rüptür riski nedeni ile hastaların yatırılarak takip edilmesi tercih edilmektedir. Bu yaklaşım hastanede yatış sürelerinin tedavi grupları arasındaki karşılaştırmasını etkilemiş olabilir. Serum HCG seviyesinin rezolüsyon süresi bazı çalışmalarda tedavi grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermezken, bazı çalışmalarda cerrahi tedavi uygulanan hasta grubunda daha kısa olduğu görülmüştür. Bizim verilerimize göre tedavi grupları arasında serum HCG düzeylerinin rezolüsyonunda anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç olarak, ektopik gebelik tanısı alan hastalarda en sık başvuru şikayeti pelvik ve abdominal ağrı ve daha sonra da vajinal kanama ve adet gecikmesidir. Çalışmamıza göre ektopik gebelik tedavisinde sıklıkla ve benzer oranlarda metotreksat ve cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Ektopik gebelik tedavisinde, uygun hasta seçimi ile ekspektan, metotreksat ve cerrahi tedavilerinin başarı oranları benzerdir. Düşük HCG değerleri ve ektopik odak boyutu ekspektan ve metotreksat tedavi başarısının şansını artırmaktadır. Cerrahi dışı konservatif tedavilerin uygulanabilirliği ektopik gebelik tanısının mümkün olduğunca erken konulabilmesine bağlıdır. Fertilite koruyucu özellikleri, daha konservatif olmaları, cerrahi ve anestezinin risklerini taşımamaları ve hastanede yatış sürelerinin daha kısa olması nedeni ile cerrahi dışı tedaviler uygun hastalarda tercih edilmelidirler. Her üç tedavi yönteminde de HCG seviyesinin normal seviyeye dönme süresi ve dolayısı ile takip süreleri benzerdir.

KAYNAKLAR

1. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Inf* 2000;76:28-2.
2. Coste J, Laumon B, Bremond A. Sexually transmitted diseases as major causes of ectopic pregnancy: results from large case-control study in France. *Fertil Steril* 1994;62:289-95.
3. Symonds IM. Ectopic pregnancy: modern management. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998;23:27-31.
4. Bouyer J, Coste J, Fernandez H. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17:3224-30.
5. Varma R, Mascarenhas L. Evidence based management of ectopic pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;26:191-9.
6. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:443-53.
7. Adalı E, Kurdoğlu M, Kolusarı A. Kliniğimizdeki ektopik olgularının beş yıllık analizi. *TJOD Derg* 2010;7:139-44.
8. Mimaroglu F, Dane C, Dane B. Ektopik gebeliğin erken tanısında serum kreatin kinaz, östradiol ve progesteron değeri: Prospektif kontrollü çalışma. *TJOD Derg* 2010;7:133-8.
9. Dursun P, Gultekin M, Zeyneloglu HB. Case report, Ovarian ectopic pregnancy after ICSI-ET: a case report and literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:191-3.
10. Razieli A, Friedler S, Schachter M, Strassburger D, Mordechai E, Ron-El R. A Comparison of the incidence, presentation, and management of ovarian pregnancies between two periods of time. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:191-4.
11. Faraj R, Steel M. Management of cornual (interstitial) pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;9:249-55.
12. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:430-7.
13. Banerjee S, Aslam N, Woelfer B, Lawrence A, Elson J, Jurkovic D. Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy. *BJOG* 2001;108:158-63.
14. Chetty M, Sawyer E, Dew T, Chapman AJ, Elson J. The use of novel biochemical markers in predicting spontaneously resolving 'pregnancies of unknown location'. *Hum Reprod* 2011;26:1318-23.
15. Lecuru F, Robin F, Bernard JP, Maizan de Malartic C, Mac-Cordick C, Boucaya V et al. Single dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;61:253-9.
16. Krag Moeller LB, Moeller C, Thomsen SG, Andersen LF, Lundvall L, Lidegaard Ø et al. Success and spontaneous rates following systemic methotrexate versus laparoscopic surgery for tubal pregnancies: A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol* 2009;88;1131-7.
17. Sagiv R, Debby A, Feit H, Cohen-Sacher B, Keidar R, Golan A. The optimal cutoff serum level of human chorionic gonadotropin for efficacy of methotrexate treatment in women with extrauterine pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;116:101-4.
18. Lecuru F, Camatte S, Viens-Bitker C, Chasset S, Leonard F, Taurelle R. Hospital resources used for ectopic pregnancy treatment by laparoscopy and methotrexat. *JSL* 2001;5:117-22.
19. Fernandez H, Yves Vincent SC, Pauthier S, Audibert F, Frydman R. Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Hum Reprod* 1998;13:3239-43.
20. Saraj AJ, Wilcox JG, Najmabadi S. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing single-dose intramuscular methotrexate with salpingostomy. *Obstet Gynecol* 1998;92:989-94.
21. Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BWJ. Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet* 1997;350:774-9.

Received/Başvuru: 23.3.2012, Accepted/Kabul: 27.06.2012

Correspondence/İletişim

Ercan YILMAZ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, MALATYA
GSM: 0536 9556180 E-mail: ercanyilmazgyn@yahoo.com

For citing/Atıf için:

Yılmaz E, Çelik E, Türkçüoğlu I, Turhan U, Çelik Ö. Ektopik gebelik tanısı alan hastaların klinik ve tedavi özelliklerinin retrospektif analizi. *J Turgut Ozal Med Cent* 2013;20(2):119-123 DOI: 10.7247/jtomc.20.2.5