

Bölüm 62

EKTOPIK GEBELİK

Soner GÖK¹

GİRİŞ

Blastokistin uterus boşluğunun endometrial tabakası dışında başka bir alana implante olmasına ektopik gebelik (dış gebelik) denir (1-3). Ektopik gebeliğin modern tedavisi tıp tarihindeki en büyük başarılarından biridir. Teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişimi ile beraber maternal mortalite hızı, ektopik gebelik sayısının artmasına rağmen önemli ölçüde azalmıştır. Yaklaşık olarak her 100 gebeliğin 1 tanesi ektopik gebelik olup bununda %95'i tüp yerleşimlidir (4-6). Ektopik gebelik kaynaklı ölüm riski vajinal doğum veya küretaja bağlı riskten çok daha yüksektir. Daha da önemlisi bu kadınlarda daha sonraki dönemde başarılı gebelik için prognoz azalmıştır. Erken teşhis ve tedavi ile hem maternal sağ kalım hemde reproduktif kapasitenin korunması sağlanır (7).

ETYOLOJİ VE PATOGENEZ

Tuba hasarına ve fonksiyon kaybına yol açan çeşitli risk faktörleri vardır. Bunlar mekanik ve fonksiyonel faktörler olarak ele alınabilir((1,8)). Bunun yanında tamamen normal tüplerde de ektopik gebelik oluşabilir.

Mekanik Faktörler: Bu faktörler fertilize olmuş ovumun uterus boşluğuna geçişini önler veya geciktirir.

1. Geçirilmiş tüp cerrahisi: Tüp cerrahisi geçirme hikayesi olan kadınlarda ektopik gebelik olma riski yüksektir.

a. Sterilizasyon: Doğum sonrası sterilizasyonda ektopik gebelik riski düşük olup doğum kontrol hapı kullananlar ile yakın oranlardadır. Ektopik gebelikler daha çok doğum sonrası dönem dışındaki interval sterilizasyon işlemlerinden sonra meydana gelir. İnterval sterilizasyonlarda bipolar tubal koagülasyon yöntemi uygulanırken, doğum sonrası sterilizasyonda ise daha çok pomerooy yöntemi kullanılmaktadır. Bipolar tubal koagülasyonda ektopik gebeliklerin daha çok görülmesi fistül oluşumu ile açıklanmaktadır. Tubal ligasyonu takip eden ektopik gebelikler daha çok 2 yıl veya daha sonraki yıllarda görülmektedir. Sterilizasyonu takip eden ilk bir yıl içinde meydana gelen gebeliklerin %6'sı ektopik gebelik olup, 2-3 yıl sonra meydana gelen gebeliklerin büyük bir çoğunluğu ektopik olmaktadır. Tüp ligasyonu sonrası oluşan gebeliklerin yaklaşık üçte biri ektopik gebeliktir.

b. Tüpleri ilgilendiren diğer cerrahi işlemler: Tıkanıklık ve yapışıklıkların açılmasını içeren rekonstrüktif tubal cerrahi 4,5 kat risk artışına neden olmaktadır. Ektopik gebelik geçirme sonrası tekrarlama riski %7-15 oranındadır. Bipolar tubal koterizasyon sonrası yapılan reanastomozda ektopik gebelik riski %15 iken, pomerooy uygulaması sonrası yapılan reanastomozda %3'tür.

2. Geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık: Salpenjite bağlı risk artışı, tubal mukoza katlan-

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, sonergok@hotmail.com

Servikal Gebelik:

Görülme oranı 1/1000 – 1/16.000 canlı doğum olarak değişir. Vakaların yaklaşık %70'inde önceden geçirilmiş dilatasyon ve küretaj hikayesi mevcuttur. Günümüzde yardımcı üreme teknikleri kullanımının artmasıyla insidansında artış görülmektedir. Ağrı olmaksızın gelişen vajinal kanama vakaların yaklaşık %90'nın da görülür ve bunlarında üçte birinde şiddetli kanama gelişir(17). İlerleyen gebelik haftalarında distansiyona uğramış ince duvarlı bir serviks izlenir. Nadiren 20 haftayı geçen vakalar bildirilmiştir. Ultrasonografik görüntüleme boş bir uterus izlenirken servikal kanalı dolduran gebelik materyali izlenir(18).

Erken tanı sayesinde son yıllarda konservatif tedavi uygulaması artmış olup histerektomiye giden vaka sayıları azalmıştır. Tedavide öncelik cerrahi olmayan yöntemlerdir. Cerrahi genelde kemoterapinin başarılı olamadığı hallerde ve akut şiddetli kanama ile başvuran durumlarda yapılmaktadır. 10 haftanın altındaki servikal gebeliklerde sistemik metotreksat uygulanması tek başına yeterli olabilir. Metotreksat uygulaması servikal tamponat veya arter embolizasyon yoluyla olabilir. Gebelik kesesi içerisine KCL enjeksiyonu yapılan konservatif metodlar da vardır. Histerektomiye genelde fertilitisini tamamlamış kontrolsüz kanaması olan vakalarda başvurulmalıdır.

SONUÇ

Ektopik gebelik, tanısı konmuş gebeliklerin yaklaşık %1 ini etkileyen bir kadın sağlığı sorunu olması yanı sıra, yardımcı üreme tekniklerinin daha sık kullanılması ile sıklığı giderek artmaktadır. İlk trimester anne ölümlerinin en sık nedeni olması nedeni ile önemli bir kadın sağlığı problemidir. Zamanında teşhis edilerek tedaviye başlanması ile mortalite ve morbiditede belirgin azalma sağlanabilmektedir.

Anahtar kelimeler: ektopik gebelik, metotreksat, salpingostomi

Kaynaklar

1. ACOG Committee on Practice Bulletins Tubal ectopic pregnancy: ACOG practice bulletin. Clin Manage Guidelines Obstet Gynecol 2018;131(3):e91-103.
2. Fylstra DL. Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment. Am J Obstet Gynecol 2012;206(4):289-99.

3. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. Clin Obstet Gynecol 2012;55(2):376-86.
4. Lipscomb GH. Ectopic Pregnancy; Copeland LJ Textbook of Gynecology 2nd Edition, W.B. Saunders Company, 2000; 273-283.
5. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ 2005; 173(8): 905.
6. National Center for Health Statistics. Annual summary of births, marriages, divorces and deaths: United States, 1989. Hyattsville, MD: US. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1990; 38(13): 23.
7. Atri M, Bret PM, Tulandi T. Spontaneous resolution of ectopic pregnancy appearance and evolution at transvaginal US. Radiology 1993; 186: 83-86.
8. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2013;68(8):571-81.
9. Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BMJ 2011;342(d3397):1353-7.
10. ACOG. ACOG practice bulletin no. 193: tubal ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2018;131: e91-103.
11. Barnhart K, Coutifaris C, Esposito M. The pharmacology of methotrexate. Expert Opin Pharmacother 2001;2:409-17.
12. Guvendag Guven ES, Dilbaz S, Dilbaz B, Aykan Yildirim B, Akdag D, Haberal A. Comparison of single and multiple dose methotrexate therapy for unruptured tubal ectopic pregnancy: a prospective randomized study. Acta Obstet Gynecol Scand 2010;89:889-95.
13. Saadati N, Najafian M, Masihi S, Safiary S, Abedi P. Comparison of two different protocols of methotrexate therapy in medical management of ectopic pregnancy. Iranian Red Crescent Med J 2015;17:e20147.
14. Yuk JS, Lee JH, Park WI, Ahn HS, Kim HJ. Systematic review and meta-analysis of singledose and non-single-dose methotrexate protocols in the treatment of ectopic pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2018;141:295-303.
15. Melcer Y, Maymon R, Vaknin Z, et al. Primary ovarian ectopic pregnancy: still a medical challenge. J Reprod Med. 2016;61(1-2):58-62.
16. Ramkrishna J, Kan GR, Reidy KL, Ang WC, Palma-Dias R. Comparison of management regimens following ultrasound diagnosis of nontubal ectopic pregnancies: a retrospective cohortstudy. Br J Obstet Gynecol 2018;125:567-75.
17. Kouliev T, Cervenka K. Emergency ultrasound in cervical ectopic pregnancy. J Emerg Med 2010;38:55-6.
18. Singh S. Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. J Hum Reprod Sci 2013;6:273-6.