

## Bölüm 8

# EKTOPIK GEBELİĞE BAĞLI KANAMALAR

Şükrü YILDIZ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Obstetrik kanama nedenleri arasında yer alan “ektopik gebeliğe bağlı kanamalar” jinekoloji ve obstetri pratiğinde önemli bir konu olarak göze çarpmaktadır. Ektopik gebelik, blastokistin endometriyum dışında herhangi bir alana yerleşmesidir. Gebeliklerin yaklaşık %2’ sini oluşturduğu bildirilmiştir (1). Ektopik gebeliklerin % 95’i fallop tüplerine yerleşir. Olguların %32’si overyan ve % 1.3’ü abdominal yerleşimlidir (2). Fallop tüpüne yerleşen ektopik gebelik olguları, en sık fallop tü-rünün ampulla bölgesine (%70) yerleşmektedir. Nadir olarak servikal, interstisyel, sezaryen skar yerleşimli, intramural, heterotopik ve post-histerotomik ektopik ge-belik lokalizasyonları mevcuttur. Bu konu başlığı altında klinik özelliklerine yo-ğunlaşarak ektopik gebelik konusunu inceleyeceğiz.

### EPİDEMİYOLOJİ

Gelişmiş ülkelerdeki ilk trimester gebeliğine bağlı ölümlerin en önemli nedeni olarak ektopik gebelik değerlendirilmiştir (3). Son yıllarda insidansı belirgin ola-rak artmaya devam etmektedir. Birçok faktör ektopik gebeliğin insidansındaki bu artışın nedenini açıklamaya çalışmaktadır. Bu faktörler; rahim içi araç (RİA) kullanımı ile tubal sterilizasyon cerrahi oranlarındaki artış ve bu yöntemlerin muhtemel başarısızlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yüksek prevalansı, tubal faktör nedenli infertilite oranlarında görülen artış, ektopik gebelik riskini taşıyan yardımcı üreme teknikleri kullanımındaki artış, daha yüksek duyarlılıktaki tanı olanaklarımızın yıllar içerisinde artması olarak değerlendirilmektedir.

1 Op. Dr. Şükrü YILDIZ. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. İstanbul, Türkiye. E-mail: dr.sukruyildiz@gmail.com

Ektopik gebelik olgularında hastanın kan grubu D negative ve eşinin kan grubu D pozitif ise veya bilinmiyorsa 300 ug anti-D immün-globulin, oluşabilecek izoimmünizasyonu önlemek için intramüsküler olarak uygulanır.

### **Servikal Gebelikler**

Ektopik gebeliğin çok nadir bir tipidir. IVF (in vitro fertilizasyon) prosedürlerinin artması nedeni ile insidansı artmaktadır. Hastalar ağrısız ilk trimester vajinal kanama şikayeti ile başvururlar. İdeal tedavisi medikaldir. % 80 kadarında metotreksat başarılı olmaktadır. Cerrahi tedavi olarak küretaj sonrası 26 nolu Foley katater servikal kanala yerleştirilerek balonu 30 ml' ye kaar şişirilebilir (18). Uterin arter ligasyonu, hipogastrik arter ligasyonu ve histerektomi cerrahi tedavi prosedürleri arasındadır.

### **Ovaryen Gebelikler**

Non-tubal olarak görülen ektopik gebeliklerin en sık şeklidir. RİA (rahim içi araç) kullanımı risk faktörüdür. Tanı overlerin üstünde ya da içinde etrafı geniş ekोजenik dış halka ile çevrili kistik yapının görülmesi ile konur (20).

Sezaryen skar gebeliği, abdominal gebelikler, interstisyel, intraligamenter ve heterotopik gebelikler ektopik gebeliğin nadir görülen diğer tipleridir. Bu nadir ektopik gebelik çeşitlerinde ilk trimester kanamalarına neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

## **SONUÇ**

İlk trimester kanamalarında ektopik gebeliğe bağlı oluşabilecek kanamalarda dikkat edilmelidir. Vajinal kanama ve karın ağrısı ile başvuran hastalarda mutlaka Bhcg değerlendirilmesi yapılarak transvajinal ultrasonografi ile pelvik bölge görüntülenmelidir. Son yıllarda insidansı artan ektopik gebeliğin tedavi şekilleri bilinmeli ve hasta ile uyumlu tedavi şekli seçilmelidir. Nadir görülen ektopik gebelik ayırıcı tanıları akılda tutulmalıdır. Obsterik kanama nedenleri arasında olan ektopik gebelik vakaları mortaliteye neden olabilmektedir. Jinekoloji pratiğinde hastalara ektopik gebelik ile ilgili bilgiler verilerek hastalar konu hakkında bilgilendirilmelidir.

## **REFERANSLAR**

1. Zane SB, Kieke BA Jr., Kendrick JS, et al. Surveillance in a time of changing health care practices: estimating ectopic pregnancy in incidence in the United States. *Maternal Child Health J.* 2002;6:227.
2. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17:3224.
3. Walker JJ. Ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50:89-99.

4. Clayton HB, Shieve LA, Peterson HB, et al. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol.* 2006;107:595.
5. Li C, Zhao WH, Zhu Q, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:187.
6. Backman T, Rauramo I, Huhtala S, et al. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:50.
7. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2013; 68:571.
8. Feng C, Chen ZY, Zhang J, et al. Clinical utility of serum reproductive hormones for the early diagnosis of ectopic pregnancy in the first trimester. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39:528.
9. Casanova BC, Sammel MD, Chittams J, et al. Prediction of outcomes in women with symptomatic first-trimester pregnancy: focus on intrauterine rather than ectopic gestation. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18:195.
10. Condous G, Timmerman D, Goldstein S, et al. Pregnancies of unknown location: consensus statement. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 28:121.
11. Kadar N, Caldwell BV, Romero R, et al. A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol.* 1981; 58:162.
12. Banhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, et al. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 50.
13. Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med.* 1993;329:1174.
14. Mol BW, Lijmer JG, Ankum WM, et al. the accuracy of single serum progesterone measurement in the diagnosis of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Hum Reprod.* 1998;13:3220.
15. Tal J, Haddad S, Gordon N, et al. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril.* 1996;66:1.
16. Straka M, Zeringue E, Goldman M: A rare drug reaction to methotrexate after treatment for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;103:1047.
17. Stovall TG, Ling FW. A single-dose methotrexate: an expanded clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168: 1759.
18. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, et al. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52:45.
19. Trambert JJ, Einstein MH, Banks E, et al. Uterine artery embolization in the management of vaginal bleeding from cervical pregnancy: a case series. *J Reprod Med* 2005;50:844.
20. Comstock C, Huston K, Lee W, et al. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42.