

Ektopik Gebelik Cerrahisinin Fertilité Üzerine Etkisi

Hatice ARGUN ATALMIŞ¹**EKTOPIK GEBELİK**

Ektopik gebelik fertilize ovumun uterin kavite dışında bir alana implante olması durumudur ve reproduktif yaştaki kadınlarda sık görülür. Bu yaştaki kadınların bildirilen gebeliklerinin yaklaşık % 1-3'ünü oluşturur. Daha önce ektopik gebelik geçiren olgularda tekrarlama ihtimali yüksektir (1). Tubal lokalizasyon ektopik gebeliklerin yaklaşık % 95-99'unda implantasyon alanıdır. Bunun dışında nadiren over, serviks, uterus cornusu ve abdominal boşluğa zigotun implantasyonu olabilmektedir (2).

Ektopik gebeliğin yönetiminde serum β -hCG düzeyinin hassas ölçümü ile yaygın kullanımı ve transvajinal ultrasonografideki (TV-USG) gelişmelerle birlikte kan tetkikleriyle birlikte klinik pratikte kullanımı erken tanı, komplikasyonların önlenmesi, tedavi seçeneklerinin tercih edilmesinde ve yönetiminde son yıllarda önemli faydalar sağlamıştır (3).

TEDAVİ

Ektopik gebeliğin tedavisinde, spesifik endikasyonlarla expektan yaklaşım dışında, hastanın la-

baratuvar ve klinik özelliklerine göre üç ana tedavi seçeneğinden biri uygulanmaktadır. Bunlar; met-hotrexate ile medikal tedavi, konservatif cerrahi (salpingoostomi, fallopian tüpünün korunması) ve radikal cerrahi tedavidir (parsiyel sapenjektomi veya total salpenjektomi, fallopian tüpünün çıkarılması) (4).

Laparoskopik cerrahideki gelişmelerle, ektopik gebelikte tedavi hızlı ve minimal invaziv cerrahi girişimlerinin tercih edilebilir hale gelmesini sağlamıştır. Hastanın klinik olarak stabil olduğu, komplike olmayan ektopik gebeliklerin tedavisinde methotrexate ile medikal tedavi, hastayı cerrahinin potansiyel komplikasyonlarından korunmasını sağlamaktadır. Medikal tedavi seçeneğinin efektif, güvenilir ve cerrahi tedaviye göre daha az maliyetli olduğu bildirilmektedir (5,6).

RCOG ektopik gebeliğin tedavisinde; laparotomi yerine laparoskopik cerrahi önermekte (tavsiye derecesi: A), sağlıklı kontralateral tüp varlığında salpingotomi yerine salpenjektomi yapılmasını (tavsiye derecesi: B), fertilitéyi azaltan faktör öyküsü olan kadınlarda (önceki ektopik gebelik, kontralateral tubal hasar, önceki abdominal cerrahi, vb.) salpingotomi seçeneğinin dü-

¹ Uzm. Dr., Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, haticeargunatalmis2@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0432-8786

%42.0 (163/388) ve %7.5'e; %45.9 (73/159) ve %7.5 idi. Yazarlar; her iki tuba uterinanın mevcut olduğu, radikal cerrahi (wedge rezeksiyon, %45.9) ve fonksiyon koruyucu tedavi (salpingotomi veya milk-out, %42.0) sonrası gebelik oranlarının benzer olduğunu, nüks oranlarının her iki grupta benzer olduğunu (%7,5'e karşı %8,2) ifade etmişlerdir. İntakt kontralateral tüp durumunda, cerrahi tipinin saptanabilir bir etkisi olmadığını, bunun da postoperatif dönemde meydana gelen gebeliklerin çoğunun kontralateral taraftan meydana gelebileceğini ifade etmişlerdir. Yalnızca ipsilateral tüp mevcut olduğunda durumun tamamen farklı olduğunu, karşı taraf tubal kanalın bloke olması veya olmaması durumunda, gebelik oranının önemli ölçüde azaldığını (%31,2) bildirmişlerdir. Ayrıca ektopik gebelik riskinin de çok yüksek (%16.0) olduğunu ve tek tüpü olan hastalarda ektopik sonrası ikinci ektopik gebelik olması durumunda buraya lokalize olduğunu ifade etmişlerdir. Yazarlar bu çalışma sonucunda, ektopik tubal gebeliğin cerrahi tedavisinde organ koruyucu veya radikal cerrahi tedavi seçeneklerinin karar verilmesinde; kapsamlı ipsilateral tubal hasar ve sağlam kontralateral taraf olması durumunda, postoperatif fertilitte üzerinde anlamlı bir etki olmaksızın salpenjektominin yapılabilirliğini, böylece kalıcı trofoblastik doku veya postoperatif intraabdominal kanama riskinden kaçınılabileceğini, bununla birlikte, tubal patoloji ve hastanın tutumuna bağlı olarak salpingotominin standart prosedür olmaya devam ettiğini, salpingotomi ile organ koruyucu tedavinin tekrarlayan ektopik implantasyon riskinde artışa yol açmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca cerrahi işlemlerin ağırlıklı olarak laparotomi ile gerçekleştirilmesine rağmen, verilerin endoskopik tekniklerin uygulanmasından sonra elde edilen sonuçlarla karşılaştırılabilir düzeyde olduğunu, mikrocerrahi tekniklerin kullanımının postoperatif doğurganlık oranı üzerinde önemli bir etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Bu nedenle önceden var olan tubal patolojinin cerrahi tedavi tercihi ve sonuçları üzerinde son derece önemli olduğunu vurgu-

lamışlardır. Ameliyat tipinden bağımsız olarak ektopik gebelik sonrası postoperatif fertilitenin azaldığı sonucuna varılabileceğini, çalışmalarının sonuçlarına göre, postoperatif gebeliklerin çoğunun kontralateral tüp yoluyla olduğunu, kontralateral tüp olmadığı veya bloke olduğunda gebelik şansının azaldığını ifade etmişlerdir (20).

SONUÇ OLARAK;

Ektopik gebelikte hastanın kliniğine, hemodinamik durumu ve ektopik gebelik kitle büyüklüğü ve β -hCG düzeyine göre tedavi kararı verilir. Ektopik gebelik sonrası fertilitte; kadın yaşı, önceki fertilitte öyküsü, abdominal ve pelvik cerrahi, inflamatuvar hastalık öyküsü ve tubal açıklık ile tubal fonksiyon durumuna bağlı olarak etkilenebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131:e65–77.
2. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. *BMJ.* 2000;320:916–919. doi: 10.1136/bmj.320.7239.916.
3. 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.* 2012;116:101–104. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.09.023.
4. van Mello NM, Mol F, Adriaanse AH, Boss EA, Dijkman AB, Doornbos JP, Emanuel MH, Friederich J, Leeuw-Harmsen Lv, Lips JP, et al. The METEX study: methotrexate versus expectant management in women with ectopic pregnancy: a randomised controlled trial. *BMC Womens Health.* 2008;8:10.
5. Turan V. Fertility outcomes subsequent to treatment of tubal ectopic pregnancy in younger Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24:251–255. doi: 10.1016/j.jpog.2010.12.007...
6. Jurkovic D, Memtsa M, Sawyer E, Donaldson AN, Jamil A, Schramm K, Sana Y, Otify M, Farahani L, Nunes N, Ambler G, Ross JA. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: a placebo-controlled randomized trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;49:171–176. doi: 10.1002/uog.17329.

7. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG* 2016;123:e15–e55. doi: [10.1111/1471-0528.14189](https://doi.org/10.1111/1471-0528.14189).
8. Cohen SL, Gargiulo AR. Surgery of the ovary and fallopian tube. Ed: Handa VL, Van Le L. *Te Linde's Operative Gynecology*, 12th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2020:1104-30.
9. Baggish MS. Surgical Management of Ectopic Pregnancy. Ed: Baggish MS, Karram MM. *Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery*. 4.th edition, Elsevier, Philadelphia, USA;2016. p347-58.
10. Demirdag E, Guler I, Abay S, Oguz Y, Erdem M, Erdem A. The impact of expectant management, systemic methotrexate and surgery on subsequent pregnancy outcomes in tubal ectopic pregnancy. *Ir J Med Sci*. 2017;186:387–392. doi: [10.1007/s11845-016-1419-5](https://doi.org/10.1007/s11845-016-1419-5).
11. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 doi: [10.1002/14651858.CD000324.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000324.pub2).
12. De Bennetot M, Rabischong B, Aublet-Cuvelier B, Belard F, Fernandez H, Bouyer J, et al. Fertility after tubal ectopic pregnancy: results of a population-based study. *Fertil Steril*. 2012; 98: 1271-1276.e3.
13. Lund Kårhus L, Egerup P, Wessel Skovlund C, Lidegaard Ø. Long-term reproductive outcomes in women whose first pregnancy is ectopic: a national controlled follow-up study. *Hum Reprod*. 2013; 28: 241-246.
14. Goisis A, Remes H, Barclay K, Martikainen P, Myrskylä M. Advanced maternal age and the risk of low birth weight and preterm delivery: a within-family analysis using Finnish population registers. *Am J Epidemiol*. 2017; 186: 1219-1226.
15. Egerup P, Kårhus LL, Skovlund CW, Lidegaard Ø. Improving reproductive long-term prognosis for women with a first ectopic pregnancy: a national controlled follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93: 490-496).
16. Chouinard M, Mayrand MH, Ayoub A, Healy-Profítós J, Auger N. Ectopic pregnancy and outcomes of future intrauterine pregnancy. *Fertil Steril*. 2019;112(1):112-119. doi: [10.1016/j.fertnstert.2019.03.019](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.03.019).
17. Chong KY, Solangon S, Kemper J, Barnhart K, Andrieu PC, Capmas P, Chacon C, Condous G, de Waard L, Duffy JMN, Horne A, Memtsa M, Mol F, Oza M, Strandell A, van Wely M, Van't Hooft J, Vuong LN, Zhang J, Jurkovic D, Mol BW; International Collaboration on Core Outcomes in Ectopic Pregnancy. A protocol for developing a core outcome set for ectopic pregnancy. *Trials*. 2021;22:813. doi: [10.1186/s13063-021-05772-x](https://doi.org/10.1186/s13063-021-05772-x).
18. Baggio S, Garzon S, Russo A, Ianniciello CQ, Santi L, Laganà AS, Raffaelli R, Franchi M. Fertility and reproductive outcome after tubal ectopic pregnancy: comparison among methotrexate, surgery and expectant management. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;303(1):259-268. doi: [10.1007/s00404-020-05749-2](https://doi.org/10.1007/s00404-020-05749-2).
19. Fernandez H, Capmas P, Lucot JP, Resch B, Panel P, Bouyer J; GROG. Fertility after ectopic pregnancy: the DEMETER randomized trial. *Hum Reprod*. 2013;28(5):1247-53. doi: [10.1093/humrep/det037](https://doi.org/10.1093/humrep/det037).
20. Korell M, Albrich W, Hepp H. Fertility after organ-preserving surgery of ectopic pregnancy: results of a multicenter study. *Fertil Steril*. 1997;68(2):220-3. doi: [10.1016/s0015-0282\(97\)81505-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81505-1).