

LAPAROSKOPIK TUBAL STERİLİZASYON SONRASI NADİR GÖRÜLEN BİR EKTOPIK GEBELİK OLGUSU.

Selahattin KUMRU, Ekrem SAPMAZ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ-TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 18.06.2000

A Rare Case of Ectopic Pregnancy After Laparoscopic Tubal Sterilization

SUMMARY

A rare case of tubal ectopic pregnancy after bilateral laparoscopic tubal sterilization was diagnosed. The current literature relevant to the case also reviewed.

Key Words: Ectopic pregnancy, laparoscopic tubal sterilization.

ÖZET

Bilateral laparoskopik tubal sterilizasyon sonrası nadir görülen bir ektojik gebelik olgusu güncel bilgiler ışığında değerlendirilerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Ektojik gebelik, laparoskopik tubal sterilizasyon.

GİRİŞ

Gebelik ürününün uterus kavitesinin dışına yerleşmesiyle ortaya çıkan ektojik gebelik ilk kez 1963 yılında tanımlanmış olup o tarihten bu yana öldürücü bir hastalık olarak bilinmektedir (1). Tubal ektojik gebelik tüm ektojik gebeliklerin tamamına yakını (%99) oluştururken, tubal ligasyon sonrası ektojik gebelik çok nadir görülmektedir (2). Biz de laparoskopik sterilizasyon sonrası karşılaştığımız nadir görülen bir ektojik gebelik olgusuna yaklaşımımızı olgu sunumu olarak anlattık.

OLGU

Otuz yedi yaşında 3 gündür sol alt kadranda ağrısı ile acil servise başvuran hastanın anamnezinde ağrı ile başlayan hafif vaginal kanama şikayeti mevcuttu. sekiz yıl önce laparoskopik koter ile bilateral tuba ligasyonu operasyonu geçiren hasta son

adet tarihini hatırlamıyordu. Özgeçmiş sorgulamasında 6 kez hamile kaldığı ve gebeliklerin hepsinin miadında spontan vaginal doğumla komplikasyonsuz olarak sonlandığı, 3 yıl önce kronik taşlı kolesistit nedeniyle laparotomi ile kolesistektomi geçirdiği ve 8 ay önce de akut apandisit tanısıyla appendektomi ve aynı seansta hemoroidektomi yapıldığı sanıldı. Soy geçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede TA: 110/80 mm/Hg., Nabız: 104/dak., Ateş: 37°C olup pelvik muayenede hafif vaginal kanama, serviks hareketlerinde hassasiyet ve sol alt kadranda rebound hassasiyeti mevcuttu. Bimanuel vaginal muayenede uterus ve sağ adneks normal büyüklükte, sol adneks ise dolgundu. Batın cildindeki geçirilmiş operasyonlara ait skarlar haricinde diğer sistemik muayene bulgularında patoloji yoktu.

Hastaya yapılan tetkiklerde; hemoglobin: 11.7 g/dL., hematokrit: %34.3, beyaz küre 7.600/ml., trombosit: 198.000/ml., kan şekeri: 92 mg/dl., üre: 12 mg/dl., SGOT: 17, SGPT: 19 mg/dl. bulundu. İdrarda bakılan gebelik testi (plana test) pozitif olup transvaginal ultrasonografi (USG)'de batında yaygın serbest mayi, sol adneksial alanda overden ayrı görüntülenebilen 43.8x28.5 mm. boyutlarında semisolid kitle mevcuttu. Yapılan kuldosentezde defibrine kan tespit edildi. Acil human koryonik gonadotropin (hCG) çalışılmadığı için bu test yapılamadı. Kitlenin yaklaşık 4 cm. boyutlarında olması ve batında serbest kan bulunması nedeniyle (3;4) medikal tedavi düşünülmedi ve cerrahi planlandı. Laparoskopik imkanlarımız olmadığı için laparotomi yapıldı. Batında yaygın kan ve kan pıhtıları ile sol tubanın ampuller bölgesine yerleşmiş, fimbrial uçtan sızıntı tarzında kanayan ektopik gebeliğe ait olduğu düşünülen kitle mevcuttu. Geçirilmiş bilateral tubal ligasyon görülüyordu. Uterus ve her iki over normal görünümdeydi. Sol salpenjektomi yapıldıktan sonra kanama kontrolü sağlandı ve batın duvarının tüm katları cerrahi prensiplere uygun olarak kapatılarak operasyon sonlandırıldı. Sol salpenjektomi materyalinin histopatolojik incelemesi sonucu sol tubada ampuller yerleşimli ektopik gebelik olduğu saptandı. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın post operatif üçüncü günde taburcu edildi

TARTIŞMA

Ektopik gebelik kliniği hafif vaginal kanamadan hemoperitoneuma bağlı vasomotor şok ya da kanamaya bağlı hipovolemik şoka kadar değişen tablolar gösterebilir. Doğurganlık çağındaki kadında *adet gecikmesi, düzensiz vaginal kanama ve abdominal ağrı*'dan oluşan klasik triad genelde görülmemektedir. Hastanın anamnezinde geçirilmiş pelvik iltihabi hastalık, geçirilmiş tubal cerrahi, yardımla üreme teknolojisi kullanılarak oluşturulmuş gebelik dietilstibestrole maruz kalma gibi risk faktörleri bulunabilmekte ya da bunların hiç biri olmamaktadır ki bu da ovuma ya da tubal transporta ait bir etyolojiyi düşündürmektedir (2). Medikal gebelik sonlandırılması, abortus, intrauterin kontraseptif aletler ve tubal ligasyon yapılmış olması da son zamanlarda önemli risk faktörleri olarak sayılmaktadır (3). Bizim olgumuzda da düzensiz vaginal kanama ve karın ağrısı haricinde şikayet olmayıp öyküsünde geçirilmiş tubal sterilizasyon öyküsü vardı. Hastanın özgeçmişindeki kolesistektomi ve rüptüre olmaması apandisit

nedeniyle geçirilmiş appendektominin ektopik gebelik riskini artırmadığı belirtilmektedir (4).

Ektopik gebelik ile kontraseptif metodlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için yayınlanmış yazılarda 1000 kadın yılında ektopik gebelik oranları hiçbir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlarda %3, CopperT-380 Rahim İçi Araç (RIA)'da %0.2, Progesteronlu RIA'da %6.8, Levenorgestrollü RIA'da %0.2 ve Norplant kullanımında %0.28 olarak bulaunmuştur (5,6,7). Tubal sterilizasyon sonrası tüm ektopik gebelik oranları azaldığı halde (her doğum kontrol metodunda olduğu gibi) başarısız bir prosedürden sonra gebelik gerçekleşirse %30-80 olasılıkla ektopik gebelik gelişeceği belirtilmektedir (8). Benzer şekilde sterilizasyondan bir yıl sonra başarısız sterilizasyonların % 6'sı ektopik gebelikle sonuçlanırken, 2-3 yıl sonra oluşan gebeliklerin çoğunluğu ektopik gebelik riskine maruz kalmaktadır (9). Tüm ektopik gebelik vakaları içinde önceden tubal sterilizasyon geçirenlerle sterilizasyona maruz kalmayanlar karşılaştırıldığında tanı anında gestasyonel yaşlarının, PID ve cinsel yolla bulaşan hastalık sıklıklarının, ortalama hCG seviyelerinin, preoperatif USG bulgularının ve uygulanan cerrahi müdahalelerin (laparoskopi, laparotomi ya da her ikisi birden) benzer olduğu ancak, sterilize olan kadınların daha fazla ektopik rüptürü ve hemoperitoneum geliştirme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (10).

Ektopik gebeliğin tanısında idrarda ya da kanda hCG varlığına dayanan testler özellikle de bu hormonun β fraksiyonunun kantitatif ölçümleri son yıllarda yaygın kullanılmakta olup hemodinamik durumu stabil hastalarda tekrarlayan titrelerinin ölçümleri tanıya yardımcı olmaktadır. Serum progesteron (11), prerenin ve aktif renin (12), ölçümlerinin de ektopik gebelik tanısında faydalı olduğu belirtilmektedir. Transvaginal renkli doplerin de ektopik gebeliğin erken dönemlerinde hCG ile korelasyon gösterdiğini ve hayatı tehdit eden bu hastalığın erken tanısında faydalı olabileceği belirtilmektedir (13)

Kuldosentez sırasında defibrine kan bulunan hastaların sadece %50'sinde rüptür olması, küçük bir kısmında (%6) da olsa ektopik gebelik görülmemesi nedenleriyle bu testin tanısız değeri kısıtlıdır. Ayrıca hCG ve transvaginal USG'nin birlikte kullanımı ile culdosenteze nadiren ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılan testlere rağmen tanı zorluk çekiliyorsa laparoskopi ile kesin tanı koyabilmek mümkündür (4). Bizim vakamızda serum hCG tayini yapamadığımız halde idrarda gebelik testinin pozitif olması, transvaginal USG'de adneksial kitlenin varlığı ve kuldosentezde

hemoperitoneum tespit edilmesi bizi ektopik gebelik tanısına yaklaştırmıştır.

Ektopik gebeliğin tedavisinde açık ya da laparoskopik cerrahi veya medikal tedavi gibi geniş alternatifler mevcut olup hastaların hemodinamik durumları ya da fertilité beklentileri ile cerrahın tecrübe ve imkanları tedavi seçimini etkilemektedir. Laparotomi ya da laparoskopi ile lineer salpingostomi genelde kolaylıkla uygulanabilmekte, reproduktif sonuçları benzer bulunmaktadır. Fertilitéyi cerrahi sonrası tubal açıklığın varlığı ile test eden bir çalışmada laparoskopik salpenjektomi ya da salpingostomi sonrası fertilité oranları benzer bulunmuş (4). gebelik oranlarını tubal hasarın olup olmamasının etkilediği belirtilmiştir (14). Yine de salpenjektomi ile kıyaslandığında salpingostomi ile intrauterin gebelik şansının arttığı da bildirilmiştir (15).

Laparoskopi yapılanlarda tahmini kan kaybının az olması (16) hastanede kalma süresinin,

ameliyat süresinin ve nekahat döneminin daha kısa olması (17), laparoskopi sonrası daha az yapışıklık olması (18) laparoskopinin laparotomiye üstünlükleri gibi görünmektedir. Tüm bu üstünlüklere karşın laparotomi ile kıyaslandığında laparoskopi daha pahalı görünmektedir (19).

Ektopik gebeliğin medikal tedavisinde potasyum klorid (KCl), hiperosmolar glukoz, prostaglandinler ve bir antiprogesterin olan RU-486 gibi ajanlar denenmesine rağmen en sık kullanılan ajan methotreksat olup sistemik ya da lokal (laparoskopik, transvaginal USG eşliğinde enjeksiyon ya da retrograd histerosalpingografi) olarak verilebilmektedir (4). Rupture olmayan ektopik gebeliklerde methotreksatın etkinliği gösterilmiş olup (20,21,22) son zamanlarda bu ajanın mifepriston ile kombinasyonu ile çalışmalar yapılmakta ve kombinasyon tedavisi ile sadece methotreksat kullanımından daha başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir (23,24).

KAYNAKLAR

1. Çetin, T. Dış Gebelik.Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T., Önderoğlu, L.S. Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi 1996; 1407-1423.
2. Erk, M. Ve Geçer Dal, G. Ektopik Gebelik.Speroff, L. Glass, HR., Kase, GN. Klinik Jinelolojik Endokrinoloji ve İnfertilite (Çeviri Editörü Erk, A) 5. Baskı. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 947-964.
3. Arora, R., Rathore, AM., Habeebullah, S., Oumachigui, A. Ectopic Pregnancy--Changing Trends. J Indian Med Assoc 1998; 96: 53-57
4. Özeren, S. Erken Gebelik Kaybı Ve Ektopik Gebelik. Berek, SJ., Adashi, YE., Hillard, AP. Novac Jinekoloji (Çeviri Editörü Erk, A.). 12. Baskı. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 1998; 487-523.
5. Center For Disease Control. Ectopic Pregnancy-United States. 1998-1999. MMWR 41: 591-1992.
6. Franks, AL., Beral, V., Cates, W. Jr., Hogue, Cj. Contraception and Ectopic Pregnancy Risk. Am J Obstet Gynaecol 1990; 163: 1120.
7. WHO Special Programme Of Reserch. Development and Reseach Training in Human Reproduction. Talk Forte on Intrauterin Devices For Fertility Regulation. A Multinational Case-Control Study of Ectopic Pregnancy. Clin Reprod Fertil 1985; 3: 131.
8. Ryder, RM., Vaughan, MC. Laparoscopic Tubal Sterilization. Methods, Effectiveness, and Sequelae. Obstet Gynecol Clin North Am 1999; 26: 83-97
9. Chi, IC., Laufe, LE., Atwed, R. Ectopic Pregnancy Following Female Sterilization Procedures. Adv Plann Parenthood 1981; 16: 52.
10. Hendrix, NW., Chauhan, SP., Maier, RC. Ectopic Pregnancy İn Sterilized and Nonsterilized Women. A Comparison. J Reprod Med 1998;43: 515-520.
11. Cowan, BD., Vandermolen, DT., Long, CA., Whitworth, NS. Receiver Operator Charecteristics, Efficiency And Analysis And Predictive Value Of Serum Progesterone Concentration As A Test For Abnormal Gestations. Am J Obstet Gynaecol 1992; 166: 1729-1734.
12. Meunier, K., Mignot, TM., Maria, B., Guichard, A. Et Al. Predictive Value of the Active Renin Assay For The Diagnosis Of Ectopic Pregnancy Fertil Steril 1991; 55: 432-435.
13. Vourtsi, A., Antoniou, A., Stefanopoulos, T. Et Al. Endovaginal Color Doppler Sonographic Evaluation Of Ectopic Pregnancy in Women After In Vitro Fertilization and Embryo Transfer. Eur Radiol 1999;9:1208-1213.
14. Silva, PD., Schaper, AM., Rooney, B. Reproductive Outcome After 143 İ paroskopik Procedures For Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 1993; 81: 710-715.

15. Hirsch, HA., Dietl, J., Neeser, E. Results Of Organ-Saving Therapy in Tubal Pregnancy. Arch Gynecol Obstet 1989; 245: 409-412.
16. Vermesh, M., Silva, PD., Rosen, GF. Et Al. Management Of Un-Ruptured Ectopic Gestation By Linear Salpingostomy: A Prospective, Randomized Clinical Trial of Laparoscopy Versus Laparotomy Obstet Gynecol 1989; 73: 400-404.
17. Brumsted, J., Kessler, C., Gibson, C. Et Al. A Comparison Of Laparoscopi And Laparotomy For the Treatment of Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 1988; 71: 889-892..
18. Lundorff, P., Hahlin, M., Kallfelt, B. Et Al. Adhesion Formation After Laparoskopik Tubal Surgery In Tubal Pregnancy: A Randomized Trial Versus Laparotomy. Fertil Steril 1991; 55: 911-915.
19. Xiang, XD., Tang, YQ., Mao, JF. A Comparison Of Laparoscopic Surgery And Laparotomy In The Treatment Of Ectopic Pregnancy. Singapore Med J 1999; 40: 88-90.
20. Ory, SJ., Villanueva, AL., Sand, PK. And Tamura, RK. Conservative Treatment of Ectopic Pregnancy With Methotrexate Am J Obstet Gynecol 1986; 154:1299-1306.
21. Stovall, TG., Ling, FW. And Buster, JE. Outpatient Chemotherapy of Unruptured Ectopic Pregnancy. Fertil Steril 1989; 51: 435-438.
22. Stovall, TG., Ling, FW., Gray, LA. Single-Dose Methotrexate For Treatment of Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 1991; 77:754-757.
23. Perdu, M., Camus, E., Rozenberg, P. Et Al. Treating Ectopic Pregnancy With The Combination of Mifepristone and Methotrexate: A Phase II Nonrandomized Study. Am J Obstet Gynecol 1998;179: 640-643.
24. Gazvani, MR., Emery, SJ. Mifepristone And Methotrexate: The Combination For Medical Treatment Of Ectopic Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1999;180: 1599-1600.