

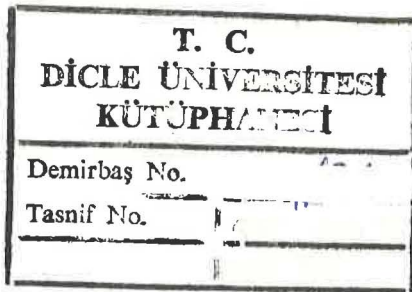
T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Orhan ERMAN



Ektopik Gebeliklerin Bölgesel Ensidansları, Tanı ve Tedavi Yöntemleri



(UZMANLIK TEZİ)



Dr. Ali ÖLMEZ
DİYARBAKIR — 1984

İ Ç İ N D E K İ L E R

| | Sahife |
|---|--------|
| I - GİRİŞ | 1 |
| II- GENEL BİLGİLER | 3 |
| 1- Tanımı | 3 |
| 2- Tarihçe | 4 |
| 3- Epidemiyoloji (Sıklık) | 6 |
| 4- Klasifikasyon(Sınıflandırma) | 8 |
| 5- Patoloji | 10 |
| 6- Gebeliğin Terminasyonu | 15 |
| 7- Etyoloji | 24 |
| 8- Ektopik Gebeliğin Üreme Fonksiyonuna Etki. | 31 |
| 9- Tanı | 33 |
| A- Klinik Bulgular | 35 |
| B- Fizik Bulgular | 38 |
| C- Laboratuvar Bulgular | 40 |
| D- Radyolojik Bulgular | 41 |
| E- Tübografi | 41 |
| F- Pelvis Anjiyografi | 41 |
| G- Biyolojik Gebelik Testleri | 42 |
| H- Özel Tanı Yöntemleri | 43 |
| 10- Ayırıcı Tanı | 48 |
| 11- Ektopik Gebeliğin Tedavisi | 51 |

| | Sahife |
|--------------------------------------|--------|
| A- Tubal Gebelikte Tedavi | 53 |
| B- İnterstisyel Gebelikte Tedavi ... | 59 |
| C- Ovarian Gebelikte Tedavi | 62 |
| D- Abdominal Gebelikte Tedavi | 69 |
| E- Ektopik Gebeliğin Diğer Şekilleri | 69 |
| III - MATERYAL VE METOD | 74 |
| IV - TARTIŞMA | 79 |
| V - SONUÇ | 82 |
| VI - ÖZET | 83 |
| VII - LİTERATÜR | 84 |

G İ R İ Ő

Dış gebelik, en önemli patolojik gebeliklerden biridir. Her türlü hastalıkta olduğu gibi, dış gebelik de, hekimleri belirli bir araŐtırmaya yönlendirmiŐtir. Dış gebeliğin, oluŐ mekanizması, seyri, tanı ve tedavi yöntemleri, belirli zaman içinde, olanaklar arttıkça, hasta lehine ileriye yönelik olumlu boyutlar kazanmıŐtır. Buna rağmen ektopik gebeliğin erken tanısı, atipik olgularda son derece güctür. Erken tanısı için, literatürlerdeki pek çok araŐtırmalarda, yeni görüŐler öne sürülmüştür. TeŐhiste, Radyo-Reseptör Assay ve HCG'nin kandaki tayini, önemli bir tanı aracı olduğu görülmüştür(17).

Ultrason, akut ve kronik olgularda, ektopik gebeliğin tanısında ve uygun gestasyonel yaŐta canlı ektopik gebeliğin saptanmasında, kullanılabilir(10). Ne yazık ki Türkiye'miz koŐullarında, her hastanede olduğu gibi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'de, bu olanaklara yeni sahip olacaktır. Ancak alışılmış klasik yöntemlerle tanıya varmak zorunda oluŐumuz, bu konuda daha dikkatli davranmamızı gerektirmektedir.

Biz de, 8 senede, 57 181 gebenin içinde tesbit ettiğimiz 57 dış gebelik olgusunu; ensidans, tanı, tedavi ve diğer yönleriyle araŐtırdık. Bunu literatürdekilerle karŐılaŐtırarak, değerlendirmeye çalıştık, imkanlarımız ölçüsünde, elde ettiğimiz sonuçları, geleceğe sunmayı, amaç edindik.

Çalışmalarımda ve tüm asistanlığım sırasında,yardımlarını esirgemiye,mesleki becerimin artmasında,geleceğe daha yararlı bir insan olarak hazırlanmamda,tezin oluşmasında bana olanaklar sağlayan ve yön veren,Sayın Hocam Doç.Dr.Orhan ERMAN'a tercümelerde ve tezin hazırlanmasında emeği geçen Dr.Bülent ÇETİN'e ve servisteki tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkür,saygı ve sevgilerimi borç bilirim. .

GENEL BİLGİLER

TANIMI:

Normal İntrauterin gebelikte blastokist uterus kavitesindeki endometriuma implante olur. İmplantasyonun uterus kavitesi dışında herhangi bir yerde olması hali ektopik gebeliktir. Ektopik gebelik deyimi; Tubal, servikal, ovaryal, abdominal gebeliği de içine alan ve ekstrauterin gebelikten daha geniş anlamlı olan bir deyimdir. Ektopik gebeliklerin %95'i tuba gebeliğidir (16). Bu açıdan tubal gebelik ektopik gebelik deyimleri genellikle eş anlamlı olarak kullanılırlar.

Bu atipik nidasyonlar gebeliğin normal seyrini genellikle olanak vermediklerini hangi tipte olursa olsun ektopik gebelikler lokalizasyonların imkamları oranında geliştiği güzel bir süre geliştikten sonra bozulurlar. Servikal dış gebelik tipi hariç bütün diğer şekillerdeki dış gebeliğin bozulması demek az veya çok miktarda bir intraperitoneal iç kanama demek olduğundan anne hayatını tehdit eden hastalıkların başında gelir. Genellikle acil girişimi gerektiren bu kanamalara karşın dış gebeliklerin bozulmaya uğradıkları halde gizli kaldıkları ve aylar, hatta seneler sonra bir rastlantı sonucu saptandıkları gibi, miadına kadar normal seyrini takip edenleri de vardır. Son yıllar içinde bu şekil atipik dış gebelik olgularına sık rastlanmaktadır (10,17).

T A R İ H Ç E (8,15)

SCHUMANN`a göre Tıp Edebiyatına ilk geçen olduğunu, XI.yy.yaşamış olan Ebukasım isimli bir arap yazar bildirmiştir.Bu olguda hekim hastanın karın duvarında mevcut iltihap içinden çocuk kemiklerinin geldiğini görmüştür.Her ne kadar enfekte olmuş dış gebeliklerde bu durum görülebilirse de tali enfeksiyona uğramış masere intrauterin gebeliklerde de aynı durumun meydana gelebileceğine bizzat tanık olduğundan Ebukasım`ın bu olgusunu kayde değer bulmak gerek.

Operasyonla tesbit edilen ilk dış gebelik olgusunu Pirimrese yayımlamıştır.Bu olguda eskimiş bir abdominal dış gebelik iltahaplanarak karın duvarına fistülize olmuştur.Aynı hastada üç sene sonra tekrar dış gebelik meydana gelmiş ve fetus JAKOP NAİREUS isimli cerrah tarafından karın duvarında mevcut fistül yolunu genişletilmek suretiyle çıkarılmıştır.

Patlamış bir dış gebelik olgusunu ilk defa 1604`te RIOLAN yayınlamıştır.MAURICE AU`nun (1669) olgusu takip etmiştir.BART ilk defa olarak 1759`da Amerika`da bir ameliyat esnasında eskimiş bir abdominal dış gebelik tesbit etmiştir.Dış gebelik ameliyatını HERBERT (1849),ROGES (1866) gibi yazarlar tarif etmişler ve ilk defa olarak 1883`te LAWSON TAIT dış gebeliği teşhis ederek acil girişiminde bulunmuştur.

1876`da PARRY dış gebeliğin patoloji ve tedavisini incelemiş ve bilhassa dış gebelik lokalizasyonlarını tanımlamıştır. Bu yazarın literatürden topladığı 500 olguda mortalitenin %67,2 olduğunu saptamıştır. LAWSON TAIT ise girişimde bulunduğu olgularda o zamanki koşullar altında dahi mortalitenin %4,88`e kadar indiğini bildirmiştir. Son yıllarda klinik ve histo-patolojik tanıda gösterilen başarılarından dolayı ek-topik gebeliklerin idantifikasyonu imkanı artmıştır.

STANDER 34356 olguda 127 dış gebelik saptamış ve hastalığın 1/268 oranında görüldüğünü söylemiştir. FARR ve SCHEFFEY dış gebelik olgularını bütün jinekolojik olgulara oranla %1,6 bulmuştur. SCHUMANN`a göre ise bu oran dış gebeliğin miadındaki gebeliklere oranını oluşturmaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ (SIKLIK):

Geçen on yıl zarfında intrauterin gebeliklerin sayısındaki süratli yükselişle ekstrauterin gebeliklerin sıklığı klinikman daha açık bir hal almıştır. İntrauterin gebeliklerin ekstrauterin gebeliklere oranındaki bu değişme seksüel bakımından aktif genç kitlelerdeki davranış değişiklikleri, veneryal hastalıkların insidansındaki artış ve salpinjitisleri takip eden total tubal oklüzyonların önlenmesinde modern antibiyotik tedavisinin etkin rolüyle açıklanmaktadır. Etiyolojik faktörlerin çeşitliliğinden kaynaklanan üreme sistemindeki rezidüel fizyo-patolojik değişiklikler ektopik gebeliğin insidansını arttırmıştır. WESTRON'a göre bu özellikle salpinjitis geçirdiği kaydedilmiş en yüksek riskli gurup içinde doğruydu ki burada dikkati çeken oran 1/24 idi. Bu oran son 20 yıl zarfında devamlı artmış ve 1/76'ya kadar olaşmıştır. Benzer istatistikler dış gebelik oranını 28 doğumda bir olduğu ve pelvik iltihabi hastalıkla orantılı olduğu Jamaika gibi özel yüksek riskli guruplar arasında da geçerlidir.

Ektopik gebeliğin görülüş sıklığı çeşitli halk guruplarında değişmektedir. Bu yüzden U.S.A. da total ortalama 1/100 ve 1/200 gebelik (%05-1) arasında değişirken insidans genç seksüel yönden aşırı aktif şehirli, düşük sosyo ekonomik durumlulu zenciler arasında en yüksektir. Daha yaşlı, sosyo ekonomik durumun daha yüksek beyazlar arasında en düşüktür.

Tubal gebelik en sık bulunan dış gebelik alanı iken (%95-97) aynı anda bilateral tubal gebelik çok nadir bir üreme felaketi olup, HUANGI`ın en son gözlemlerine göre sadece 152 olguda rapor edilmiştir. Bu nadir durum sadece her iki tubanın değişmiş fizyolojisini göstermekle kalmaz. Çok daha nadir, insanlık için izahı zor bir üreme garipliği olan bilateral ovulasyon (Süper fecondasyon) sorununu da doğurur (17).

KLASİFİKASYON (Ektopik gebeliğin yerleşme bölgeleri):

Ektopik gebelik aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir.

1- Tubal gebelik: İstmik, ampüller, fimbrial, interstisyel, bilateral tubanın segmenteri dışında distal gibi tipleri vardır.

Oran %95-97

2- Uterin gebelik: Kornual, Angular, uterin divertikül içinde, uterin sakkulasyon içinde, rudimentel kornu içinde intra mural olabilir. Oran %2-4

3- Servikal gebelik: %0,1 oranında görülür.

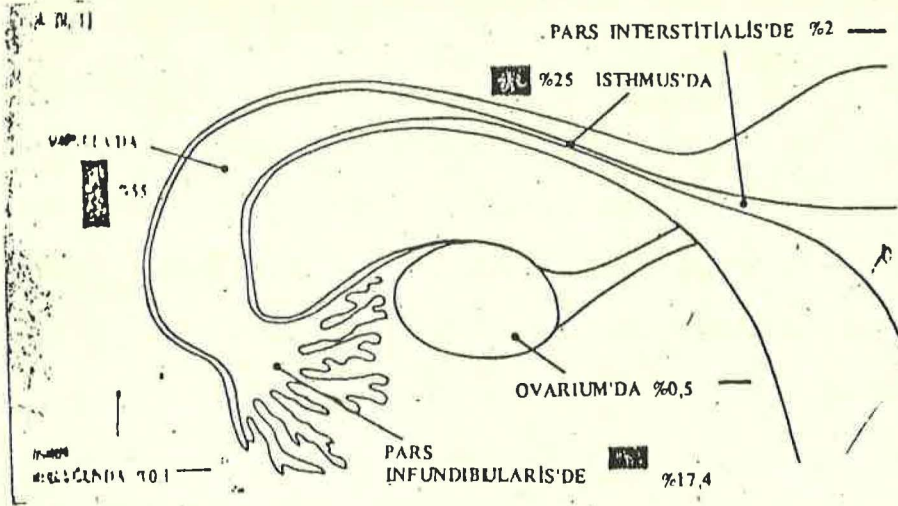
4- İntraligamentöz gebelik: (.....)

5- Ovariyal gebelik: Tubo-Ovaryal, Abdomino Ovaryal (Sekonder Abdominal gebelik) olabilir. %0,5

6- Abdominal gebelik: Primer, sekonder, abdomino Ovaryal, Tubo Abdominal gebelikler. %0,03

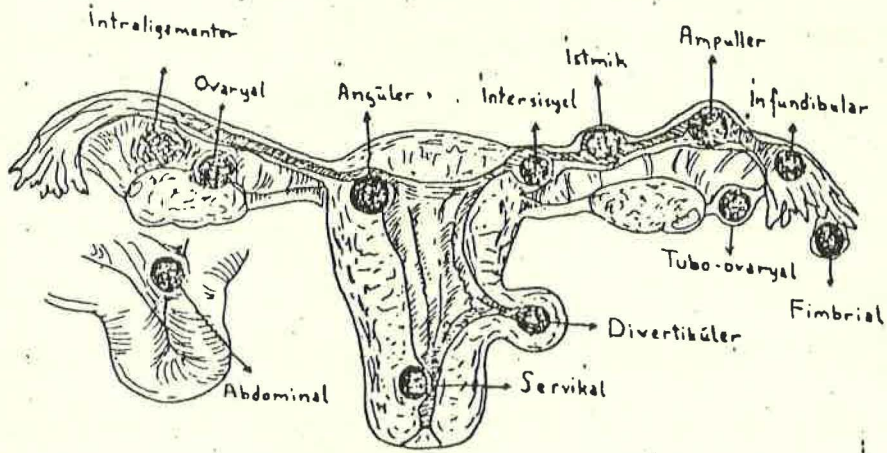
7- Histerektomi ile beraber: Total veya subtotal Histerektomiyi takiben uterin tubada (Fimbria) Prolapsusunda, vezikova-ginal boşlukta, servikal ştumfta olabilir. Bunların hepsi çok nadir durumlardır.

8- Kombine gebelik olarak bilinen intrauterin gebeliklerle birlikte görülür (3,17). (Şekil- 1-A, B, C, D)



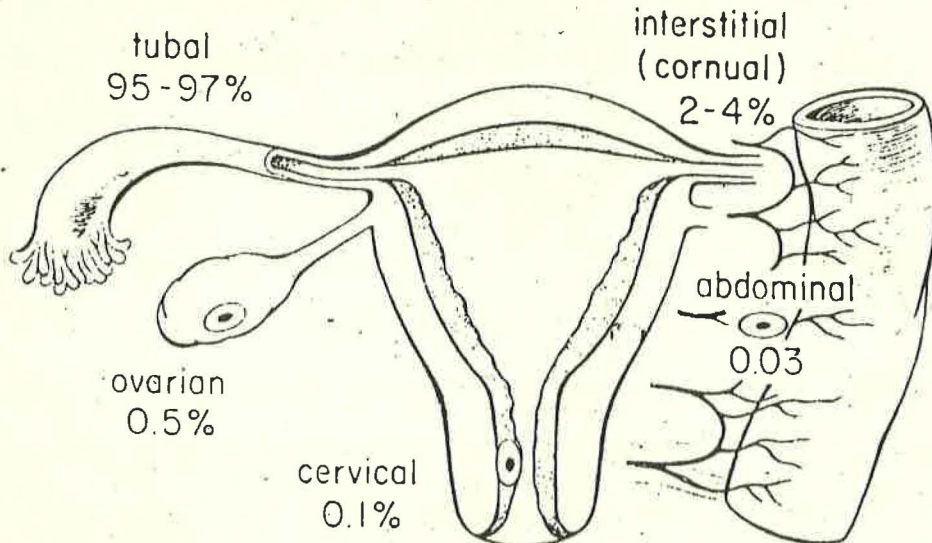
ŞEKİL: 1-A

Dış gebelikte çeşitli lokalizasyonlar.



ŞEKİL: 1-B

Çeşitli dış gebelik tipleri.



ŞEKİL : 1-C

Dış gebeliğin yerleşim bölgeleri.

PATOLOJİ:

Ektopik gebeliğin bir önemli özelliğide gelişmiş ovumun anormal şekilde implante olduğu dokuların buna rezistansı veya cevabının yetersiz olmasıdır. Penetran trofoblastlara karşı desidual reaksiyon çok az, yada hiç olmayabilir ve defans minimal olabilir. Trofoblastlar kan damarlarına lokal hemorajiye neden olacak şekilde invazyon gösterebilirler. Tubal gebelikte dinstansiyon ve incelmeye rüptüre predispozandır. Abdominal gebelikte vital organların invazyonundan dolayı ciddi etkiler doğabilir. Trofoblastların invazif karakteri karsinoma'dakine benzer. Her durumda embriyo başlangıç kanamasında nadiren canlı kalabilir.

Tubada, intrakapsüller veya ekstrakapsüller rüptür olabilir. Gebelik tubadan abortion ile sonlanabilir. Ekstrakapsüller rüptür villöz ovum tuba duvarı içine yöneldiğinde olur. İntrakapsüller rüptürde embrio, sıvı ve kan, amniyotik ve koryonik membranlar parçalandıktan sonra tubanın fimbrial ucundan dışarı boşalırlar.

Ekstrakapsüller veya intrakapsüller rüptürden sonra kanama geçici olarak kesilebilir. Fakat embrio nadiren canlı kalır. Bazı olgularda şayet yeterli miktarda plansenta irtibatı kalabilir veya başka yere sekonder implantasyon olursa gebelik devam edebilmektedir.

Genelde abdominal gebelik, primer olarak çok nadirdir. Tubal rüptür veya abortustan sekonder olarak trofoblastların tuba ile olan irtibatlarını devam ettirtmeleri veya bütün

ovumun bir başka yere tekrar implantasyonunun sonucunda oluşabilmektedir. Abdominal gebeliğin insidansı 15.000 gebelikte birdir. Fetal mortalite oranı %90 dır.

Gebelik korpus luteumu yalnızca canlı torofblast dokusu bulunduğu süre zarfında devam edebilir. Endometriyumdaki artmış dolaşım ve desidial reaksiyon nedeniyle uterus hafifçe büyümüş ve yumuşamıştır. Ektopik gebelik sonlandığı veya ayrıldığı zaman endometriyumda ayrılma (dökülme) ve uterin kanama olabilir. Bazen tek bir parça halinde atılır. Buna "Kadük" denir. Sadece interstisyel ektopik nidasyon halinde kan tubadan uterus, serviks, vagina yoluyla drene olabilir (2,3,10,17).

ENDOMETRIAL DEĞİŞİKLİKLER VE VAGİNAL KANAMA:

Tubal ektopik gebelikte kanama uterin orijinlidir ve endometrial involusyon ve süperfisyel dokuların geniş çapta desiduanın dökülmesine bağlıdır. Endometriumdaki atipik değişiklikler bazen düşündürücüdür. Fakat ektopik gebelik için diyagnostik değildir. (Şekil 2)

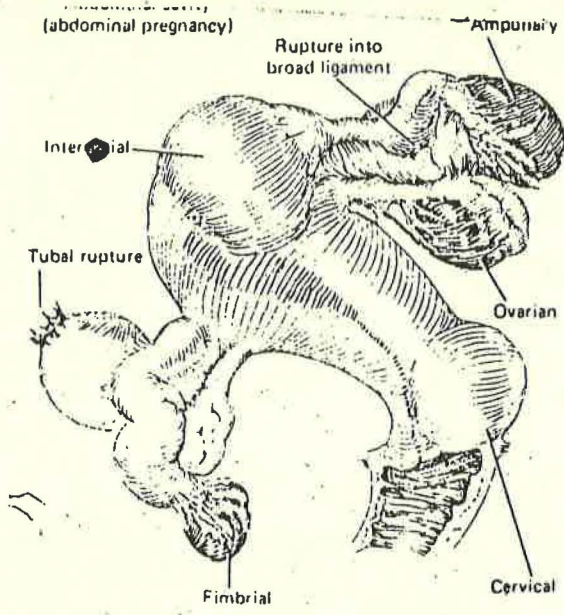
ARIAS STELLA REAKSİYONU:

Nukleus büyüklüklerindeki geniş varyasyonu, atipik sahalarda sayısız mitozu nükleer hipertrofiye, gland hücrelerinde fokal büyümeleri, gland hücre sınırları ve sınırın kaybı, stoplazma miktarında artış, sellüller hipertrofiye bağlı olarak glandı lümenlerinin kaybolması, sellüler polaritenin kaybı ve vakuoluzasyon, nükleer logulasyon ve stoplazmanın froti görünüşü (Granüllü) kapsamaktadır. Reaksiyon muhtemelen hormonal

aşırı sitimilasyona bağlıdır. Bazı görüşlerde Arias-Stella reaksiyonu endometriozise bile benzetilmektedir.

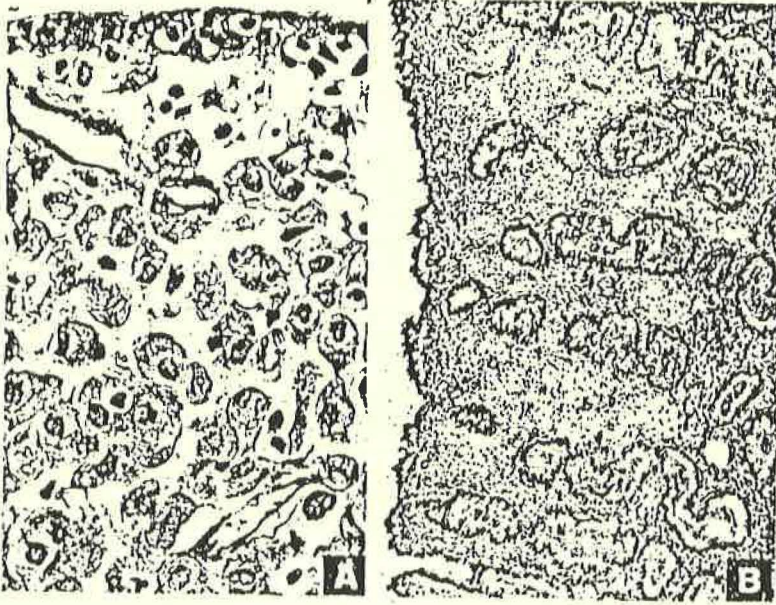
Bazen endometrial doku desidua tabiriyle geçebilir. Süperfisyal sekretual endometrium genellikle vardır. Fakat trofoblastik hücreler yoktur.

%20 kadar olguda dış gebeliğe rağmen uterus kavitesinde desidua mevcut olmayabilir. Olguların pek çoğunda görülen vaginal kanama desiduanın dejenerasyonu sonucu olup uterus kavitesinden orjininin alır (3,10). Şekil 3



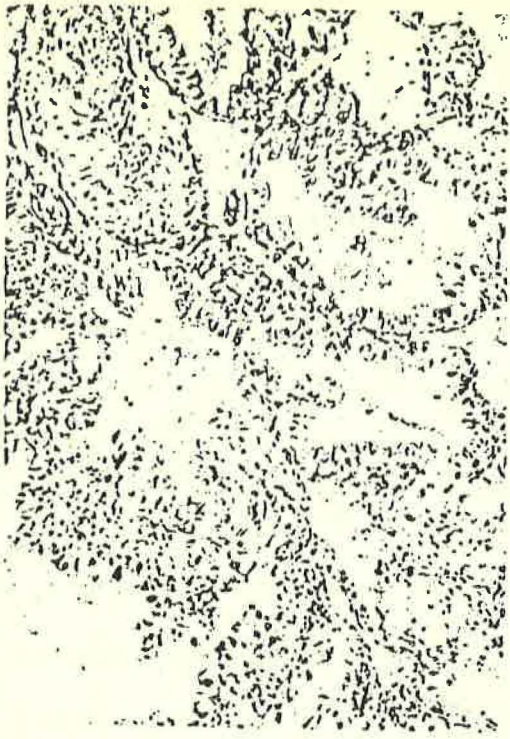
ŞEKİL: 1-D

Dış gebelik lokalizasyonu.



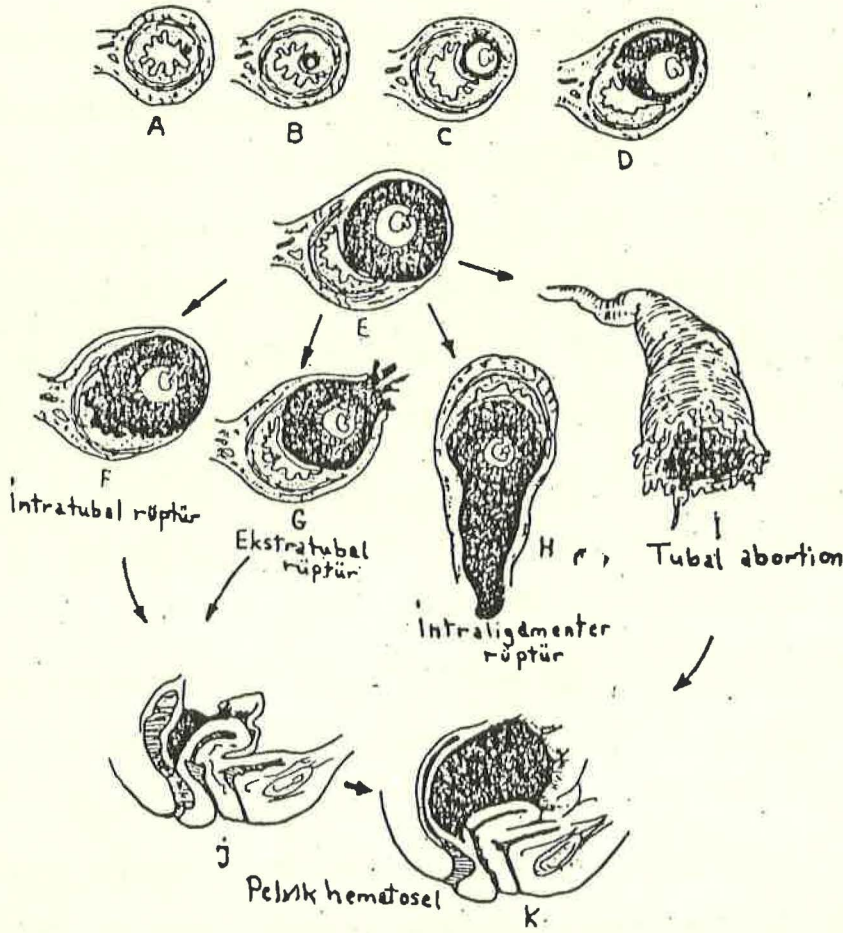
ŞEKİL : 2

Dış gebelikte endometriyumun histo-patolojik görünümü(Desidüal reaksiyon).



ŞEKİL:3

Dış gebelikte endometrial hücrelerde Arias-Stella reaksiyonu.



ŞEKİL:4

Ampuller dış gebeliklerin prognozu.

GEBELİĞİN TERMINASYONU (Prognozu): (2,3,10):

İmplantasyonun yerine göre çeşitli şekillerde olabilir.

A- TUBAL GEBELİKTE: (Şekil 4)

Gebelik abortusu veya missed, ligamentum latum içine ekstratubal rüptür, tubal abortusa veya hematosalpings, yada pelvik hematosele götüren intratubal rüptür ile sonuçlanabilir. Gebelik devam ederek rüptürle veya rüptür olmadan ileri safhalara ulaşabilir. Fakat nadiren viabiliteye ulaşır.

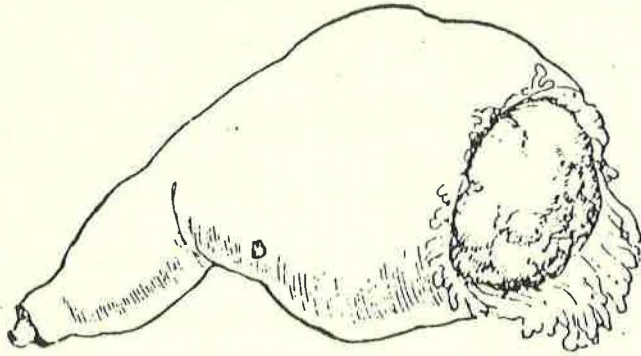
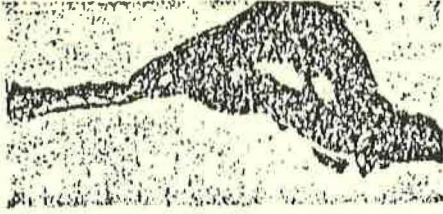
1- Tubal Moll: Bu tipte gebelik mahsulü kalın bir kan pıhtısı tabakası ile çevrilir. Cesameti 3-4 cm çapta bir küre kadardır. Embrio ölmüş ve hatta absorba edilmiştir. Periton boşluğuna kanama çok azdır. Bundan da anlaşılacağı üzere semptomlar silik kalır ve olguların tanımlanması güçleşir. Sonuçta oluşan moll absorbe olacak ve hatta belki de tüpün fonksiyonları başlayacaktır.

2- Tubal Abortion: Bu tip olgularda teşekül etmiş bulunan tubal moll fimbrial uçtan patın boşluğuna atılır. Ağrı ve şok ihtimali basit moll'e oranla daha yüksek olup, intra-peritoneal kanama fazladır. Tüp duvarında düzensiz bir oyuk kalır, tuba uterina peristaltizmi sonucunda embrio kısmen veya tamamen (inkomplet-komplet) periton boşluğuna atılır. Gebelik mahsulü tam olarak atılırsa hemorajik kesilir. İnkomplet şekillerde ise tüpün abdominal ostiyumundan sızıntı şeklinde kanama devam eder. Kan toplanarak paratobal veya daha sonra pelvik

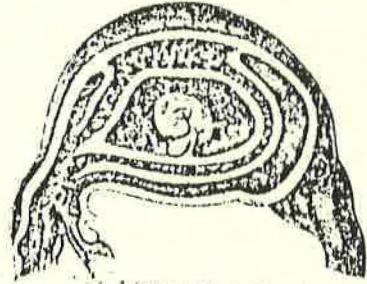
hematosel teşekkülüne yol açar. Hematom kitlesi genellikle pelvisin bir yanına doğru yönelir ve içindeki kan elamanları dejenerasyonun çeşitli safhalarını gösterir. Komplet abortusu takiben tüp tamamen normal görünümünü kazanır. Zamanla hematoselde ufalır ve kaybolur. İnkompleset şekillerde ise abdominal ağrı ve internal menoraji devam ederek dış gebeliğin tanı şansı artar (Şekil-5 A, B, C)

3- Tüp rüptürü veya perforasyonu: Olguların %25 kadarında görülür. İlk iki şekle oranla nadirdir. Rüptür çoğunlukla gebeliğin altı ile onuncu haftalarında vuku bulur. Rüptürü takiben kanama ya intraperitoneal veya ekstraperitoneal (ligamentum latum yaprakları arasına) olur. Periton boşluğuna kanama daha sık görülür. ve daha tehlikelidir. Zira lig. latum yaprakları arasına kanam olursa sınırlı bir kitle oluşur ve basıyla zedelenmiş damarları tıkayabilir. Lâkin bu bir kayde değildir. Çok büyük intra ligamenter hematomlar oluştuğu görülmüştür.

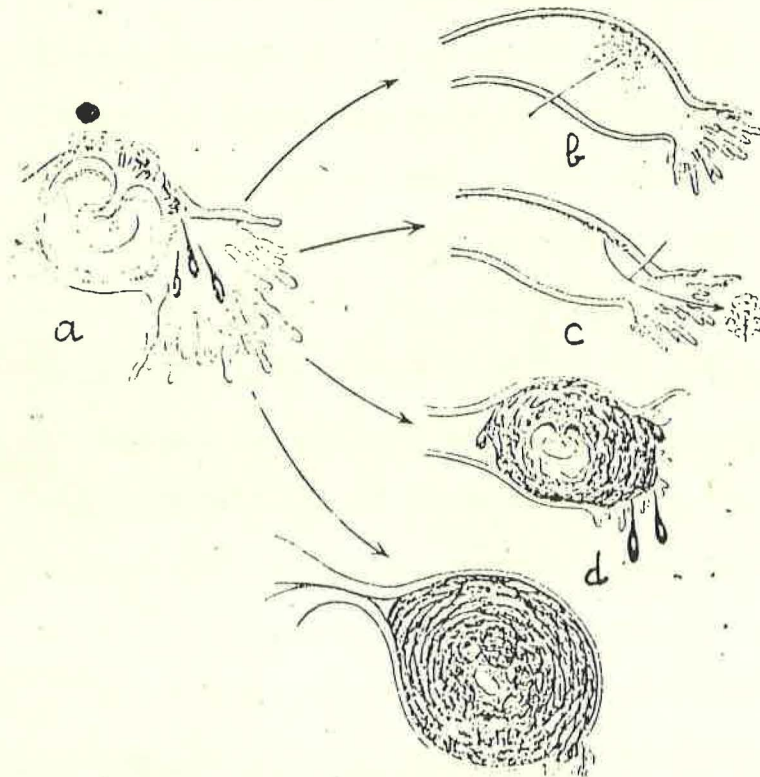
Rüptürü takiben kısa sürede büyük kan kaybı olursa hastada suratle kollaps oluşur. Eğer rüptür trofoblast hücrelerinin tüp duvarında yavaşça yaptıkları erezyon sonucu oluyorsa mükerrer senkop ve abdominal ağrı olur. Rüptür sırasında embrio batin boşluğuna atılırsa ölür. Nadiren plansenta tüp ve komşu organlarda hayatiyetini devam ettirir ve tubo-abdominal gebelik oluşur. Intraligamenter rüptür de fetüs ölür ve teşekkül eden hematom kitlesi sonradan periton boşluğuna açılabilir. (Şekil- 6 A, B)



ŞEKİL: 5-A
Tubal aborsiyon.



ŞEKİL: 5-B



ŞEKİL : 5-C

Tuba düşüğünün akibeti:

- a)Rezorpsiyonla, b)Hem düşük hem rezorpsiyonla, c)abortusincompletus'la, d)Tuba hematomu ile sonuçlanabilir.

4- Dış gebeliğin miada ulaşması:

Çok nadir görülür. Amnios kesesi civar organlara yapışır ve iltisaklarla çevrili bir kese teşkil eder. Hadise periton boşluğunda olabileceği gibi intraligamenter olarakta vuku bulabilir. Miada yaklaşabilir gebelikte uterusda, doğum ağrılarını taklit eder. Kontraksiyonların olabilecekleri bildirilmiştir.

B- İNTERSTİSİYAL-ANGULAR-KORNUAL GEBELİKTE:

Gebelik tubanın myometriyumu kateden kısmında başladığından dolayı gebeliğin seyri kornuda veya ona yakın yerde implante olmuş intrauterin gebeliklere benzer. Bu üç tipte, gebelik uterin kaviteye rüptüre olabilir. Uterus duvarı ayrılarak myometriyumda lokal destrüksiyona neden olabilir veya rüptür direk olarak lig. latum içine yada peritoneal kaviteye olabilir. Bu ciddi oldukça öldürücü dış gebelik formu sık sık histerektomi gerektiren acil bir durumdur. Bazen bu gebelikler uterin kaviteye abortus ile sonuçlanabilir. 15-16. gebelik haftalarında vuku bulunduğu ve bölgede mevcut kalın damarların açılmasıyla şiddetli kanamalara yol açtığı kabul edilir.

Tanı güç konur. Zira genellikle anguler gebelik rudimenter kornouteri, uterus septus gebeliği, myom + gebelik ile karışır. Şekil-7 A, B Şekil-8

C- SERVİKAL GEBELİK:

Servikal gebelik servikal kanala rüptüre olabilir. Vajinaya doğru gelişebilir. Nadiren lig. latum tabanına rüptüre olarak hematoma formasyonu ile intraabdominal komplikasyona neden olabilir. (Şekil-9)

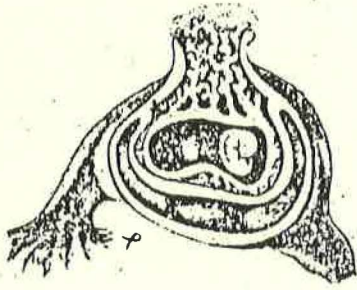
D- ABDOMİNAL GEBELİK (Peritoneal gebelik):

Abdominal gebelik peritoneal kaviteye, retroperitoneal bölgeye, vital organ içine rüptüre olabilir. Gebelik izah edilemeyen bir kitle veya enfekte fetal kısımlardan oluşan intra-peritoneal apse şeklini alabilir. Yada en son şekil litopedion olabilir. Gebelik ileri safhalara devam edebilir. Bu 15.000 gebelikte bir oranında görülür. Çoğunlukla tubada yerleşen bir dış gebeliğin rüptürü veya kısmen abortusu ile teşekkül eder. Bu tiplere sekonder abdominal gebelik denir. Çok nadir olarak uterusdaki bir ameliyat nedbesinin açılması veya rudimenter uterusda yerleşen gebeliğin sekonder olarak batına geçmesiyle oluşur. Fertilize ovumun primer olarak batında yerleşmesi fev-kalede nadirdir. (Şekil-10 A, B)

E- OVARIAN GEBELİK:

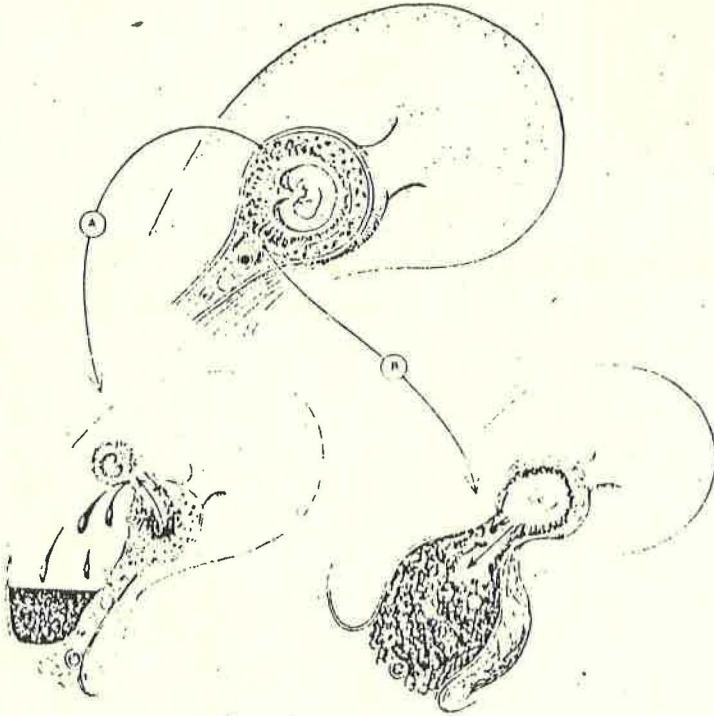
Ovarian gebelik genellikle peritoneal kaviteye rüptüre olur. Fakat ovarian ligament katmanlarını ayra bilir yada litopedion şeklini alır. Ovarian gebelik asla viyaviliteye ulaşamaz.

Hakiki ovarian gebelik teşekkülü uzun yıllar tartışma konusu olmuştur. Spiegelberg'e göre ovarian dış gebelik denilebilmesi için:



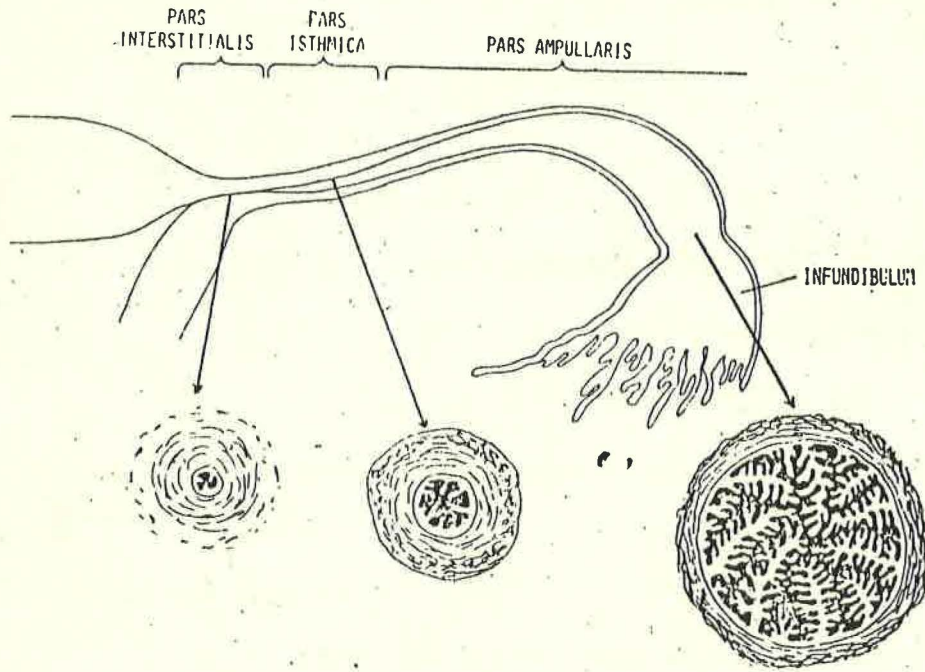
ŞEKİL:6-A

Dış kapsül yırtılmasıyla bozulan bir tuba gebeliği.



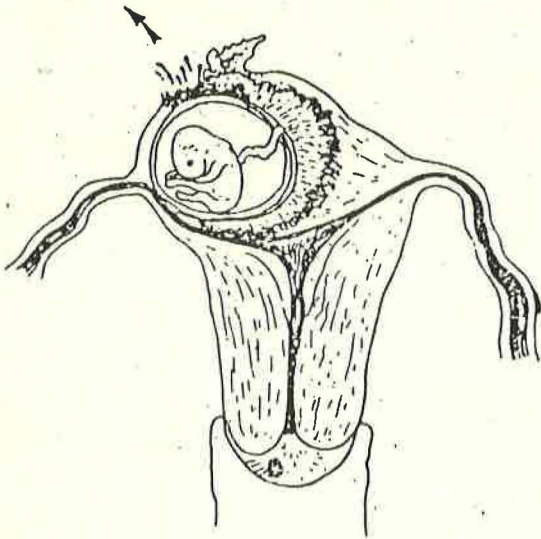
ŞEKİL :6-B

Tuba rüptürü:A)periton boşluğunda kanama ve B)Ligamentum latum yaprakları arasında hematoma.



ŞEKİL :7-A

İnterstisiyel ve İsthmik gebeliklerde sonuç daima müsküler duvar rüptürüdür.



ŞEKİL :7-B

Rüptüre İnterstisiyelgebelik.

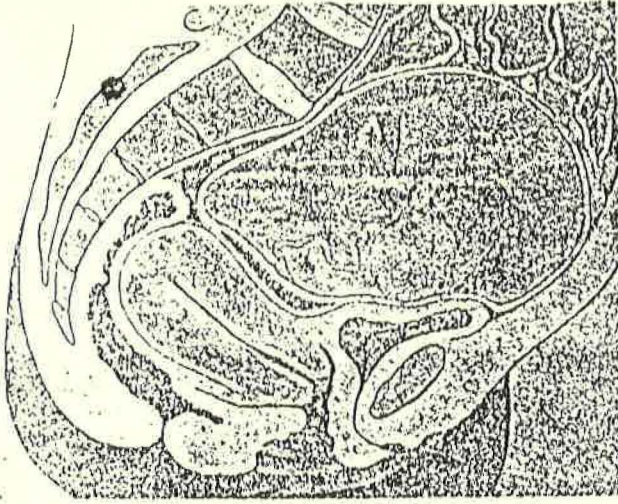
- 1- Dış gebeliğin olduğu taraftaki tüpün sağlam olması,
- 2- Amnios kesesinin ovaryum üzerinde yerleşmiş olması,
- 3- Tubo-ovaryan ligament ile uterusu bağlanmış olması,
- 4- Duvarlarında kesin olarak over dokusunun mevcudiyeti gerekir.

F- KOMBİNE GEBELİK:

Tubal gebelik abort veya rüptüre olabilir.Uterin gebelik abortos ile sonuçlanabilir,prematür olarak sonlanabilir veya terme kadar devam edebilir.Bilateral tubal gebelik her iki tarafta abort veya rüptüre olabilir.Ancak daima beraberce olmaz.Her iki gebelik asla viabiliteye ulaşamaz.

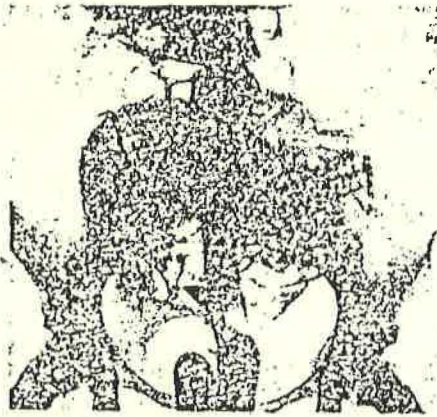
G- TUBANIN ÇEŞİTLİ KISIMLARINDA RÜPTÜRÜN ZAMANI:

İstmik rüptürü sık sık 6-8 haftada,ampuler rüptür 8-12 haftada ve interstisiyel rüptür 4.ay civarında uterusun büyüklüğü ve travmanın bulunup bulunulmaması gibi faktörlere bağlı olarak oluşur.



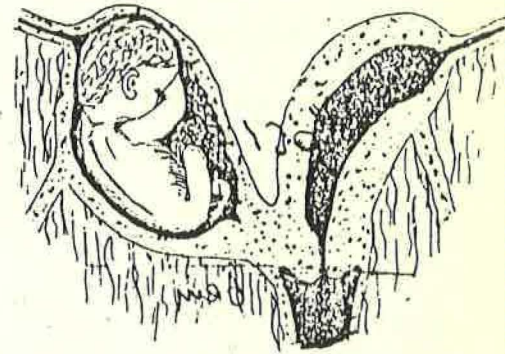
ŞEKİL:10-A

Laparatomisirasında teşhis edilmiş bir abdominal dış gebelikte situs.



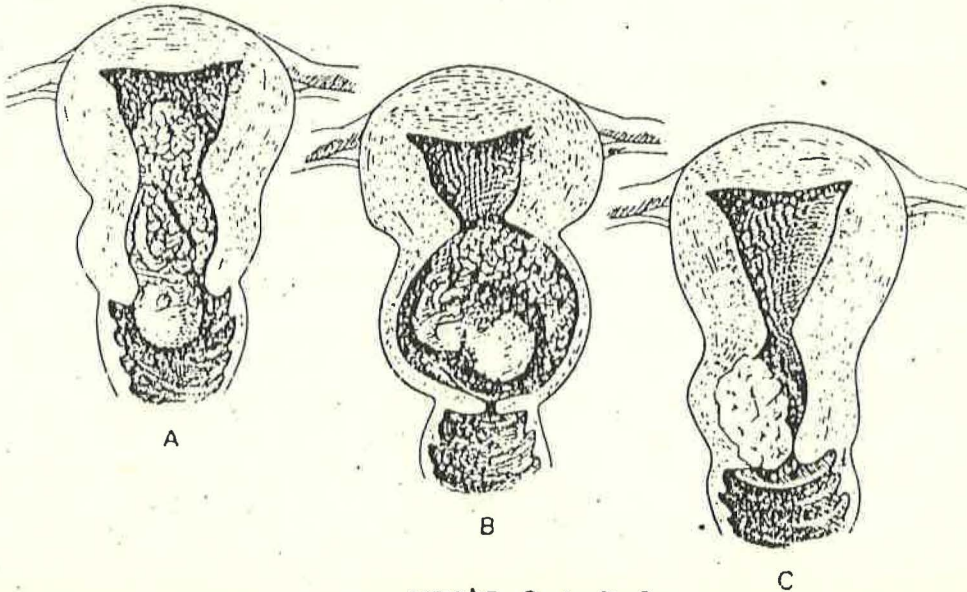
ŞEKİL:10-B

Hysterosalpingogram'da cavum uteriboş .Abdominal ve belkide birovarial dış gebelik olarak yorumlanabilir.



ŞEKİL:8

Rudimenter uterusta dış gebelik.



ŞEKİL:9-A,B,C.

Servikal Dış Gebelik ve değişik tipleri.

E T İ Y O L O J İ

1- TUBAL OKLÜSYON:

a-) Geçirilmiş salpenjitis: Ekstrauterin gebelik insidansının artışı ile paralellik gösteren bir değil birçok majör faktörlerden birisi olarak görülür. Klenier ve Roberts tubal gebelik sebebi olan faktörler üzerine Prospektif (ileriye dönük) bir çalışma yapmış ve olguların %53 de kronik salpenjitisin histolojik varlığını demostre etmişlerdir. Akut salpenjitisin antibiyotiklerle köklü tedavisi ektopik gebeliklerde kaydedilen artıştan sorumlu olay olarak görülmektedir.

Antibiyotik çağından önce akut olarak iltihaplanmış bir tuba genellikle total okluzyon'a uğrar, böylece kalıcı sterilite ile sonuçlanırdı. Yine antibiyotik devrinden önce pelvik enfeksiyonu izleyen gebelik oranı antibiyotiklerle yeterli tedavi edilmemiş hastalarda %60'ı geçen toplam gebelik oranına kıyasla genellikle %40 dan daha azdı (17).

Westrom laparaskopi ile tubal oklüzyonlu olguların yaklaşık %12,8'inde tek enfeksiyon tedavisinden sonra, %30,5'inde iki enfeksiyondan sonra ve kadınların %75'inde üç ve daha fazla enfeksiyon tedavisinden sonra meydana geldiğini göstermiştir. Tubal oklüzyon gonokokların antibiyotiklere karşı olan geniş çaptaki hassasiyeti nedeni ile nongonereal salpinjitislerden sonra gonoreal salpinjitislerden daha sık görülür.

Bir kere tuba iltihaplandımı tuba lümeninde siliolar ve jine-sial bantların aglutinasyonu olabilir ve parsiel tubal obst-rüksiyon ile sonuçlanabilir.Salpinjitisten sonra gebe kalan hastalarda ektopik ve intrauterin gebeliklerin oranı Westron'un rapor ettiği gibi (1/24) olarak çok yüksektir (%4,2) (17).
b-)Tubal Sterilizasyon:

Diğer kontrasepsiyon metodlarına oranla dış gebelik için daha fazla bir risk taşır.Oral kontraseptifler ise diğer kontrasepsiyon metodlarına göre dış gebelik için en az risk taşıyan metoddur.Ocak 1970 den,Aralık 1977 ye kadar Davton, Ohio Genel Hastanesinde 721 tubal gebelik saptamış,bunun 33 ü daha evvel tuba sterilizasyonu yapılmış olgulardan oluşmuştur. İşaret etmeğe değerki 25 hastada dış gebelik fimbriyaların distal kesiminde yerleşmiştir.Bu bağlanan proksimal kısımda meydana gelen rekanalizasyon nedeniyle gelişir.Kanaldan geçen sperm ovumu peritoneal kavitede,over düzeyinde,distal tüp yahut fimbrial lümende fertlize eder.

Birçok otör kontrasepsiyonu tubal sterilizasyon yapılma oranının artmasına paralel olarak dış gebelik oranının da arttığını bildirmişlerdir.Her ne kadar tubal sterilizasyonu takiben meydana gelen gebeliklerin çoğunluğu dış gebelikse de bu durum artan dış gebeliklerin çoğunluğunun tubal sterilizasyona bağlanması anlamına gelmez.Çünkü,intrauterin kontraseptif araçlar da dış gebelik meydana getiricidirler.Tubal sterilizasyondan sonra meydana gelebilen gebeliklerin muhtemelen %16 sında ektopik gebelik mevcuttur.

Sterilite bir kadında gebelik şüphesi + amenore + abdominal ağrı veya anormal kanama varsa dış gebelik düşünül-
melidir (7,18).

2- İNTRAUTERİN KONTRASEPTİF ARAÇLARLA İLGİSİ

İntrauterin araçların geçici doğum kontrolü için son yıllardaki yaygın kullanımını ekstrauterin gebeliklerin oluşmasında dikkati çekecek bir etki göstermiştir. Lehfeldt ve arkadaşları 30.000 den fazla kadın ile nüfus planlaması kuru-
lu istatistiklerinden yıllarca intrauterin kontraseptif araç kullanmış 45.000 den fazla kadın arasındaki gebelik sonuçları-
nı araştırmışlardır. Bunların arasında 1046 spiral+ gebelik ve bunlardan da 1/23 (%4,3) ünde ektopik gebelik tesbit etmiş-
lerdir. Tuhaf bir şekilde ektopik gebeliklerin 1/9 primer ova-
rian gebelik olarak meydana gelmiştir. Wesley ve arkadaşları intrauterin araç kullananlarda meydana gelen bütün gebelikler arasında ektopik gebelik insidansını %8,9 olarak bildirirken diğer araştırmacılar ektopik gebelik rizikini %5 e kadar yüksek oranlarda rapor etmişlerdir. Bütün bunlar intrauterin araçla-
rın, intrauterin gebeliklerden iyi koruduğunu, fakat ekstraute-
rin gebeliklerin oluşmasında da az bir etkiye sahip oldukla-
rının apaçık kanıtıdır. Bu durumda:

1- İntrauterin araç (İUD) koydurmuş olan kadınla, hiç koydurmamış arasında dış gebelik oluşması yönünden şans farkı yoktur. Ancak İUD nin pelvik ve tubal iltihapları ektopik ge-
belik şansını arttırır.

2- Kontraseptiflerin diğer çeşitlerini kullananlar İUD koydurmuş olanlarla klasik kontraseptif metodları uygulayanlar diğerlerinden üç kat fazla dış gebelik olma şansı vardır.

Raştırılmaların sonuçlarına göre İUD kullananların dış gebelikteki artışın sorumlusu olmadıkları, esas sorunun pelvik enflemasyon olduğu bunun da normal kadınlara göre altı defa daha fazla dış gebeliğe neden olduğu ve bu nedene bağlı olarak ekstrauterin gebeliklerin intrauterin gebeliklere oranının intrauterin araçların devamlı kullanımı ve arttığı gösterilmiştir. (3,13,17).

3- ORAL KONTRASEPTİFLER

Benzer bir gözlem progesteronu haiz oral kontraseptif alan hastalar arasında dikkati çekmiştir.U.S.A. ve diğer ülkelerdeki çalışmalar bu tip hormonal kontraseptiflerin kullanılmasını aynı oranda yüksek insidansta ektopik gebeliklerin (%4,1) izlediğini göstermiştir.Bu buluşun en büyük tesiri implantasyonun önlenmesinde yalnızca endometriyumun değişmesini göstermekte iken progstinlerin kontraseptif amaçlarla kullanılması ampüller-istmik birleşesinde sadece minimal bir itici etkiye sahip olabilmekte ve bu münasebetle ovumun tutulmasını arttırmaktadır.Sadece progstinlerin akılcı kullanımı ile ovulasyonun önlenmesi kombine östrojen-progstin kullanımından 3-5 defa fazla oranda gebelik meydana getirmekle kalmamış,nisbeten yüksek ektopik gebelik oranına da neden olmuştur (2,3,17).

4- PROVOKE ABORTUSLAR:

Son zamanlardaki daha büyük bir tehlike dış gebelik riskini arttırabilen,elektif abortuslardır.Abortusların illegal olduğu Yunanistan`da bir çalışmada Panayotou Atinadaki kontrollere karşın provoke abortusları takiben rölatif ektopik gebelik insidansında on kat artış olduğunu bildirmiştir.Bu veri göstermiştir ki kontrolsuz provoke abortusların oranı gelecekte küretajın serbest olacağı ülkelerde genç kadınların üreme potansiyelini gösterecek ve değişik anlamlarda bir doğum kontrolü olarak kullanılabilir.Bu genital komplikasyonun mekanizması gayet açık olarak görülmektedir.Provoke abortuslarla birlikte seyreden subklinik endometritis kısmi tubal obstrüksiyona bir basamak olan sekonder bir perisalpenjitise ve peritubal adezyonlara neden olmaktadır (2,10,17).

5- OVARIYEN (Hormonal) FAKTÖRLER:

Panerstein`in eleştirisinde tuba pek çok fonksiyonu olan bir organdır ve sadece ovum ve sperm için bir zemin değildir.Ona göre tubadaki ampüller - istmik birleşik hormanların kontrolü altındadır ve ovumun tutulması başlıca bu bölgede olmaktadır.Bu fenomeni en son doğrulayan FALK olmuştur ve çok erken tesbit ettiği bir tubal gebelikte ovumun tubal kıvrımlarda bağlandığını ve salpenjitisin bir faktör olmadığını göstermiştir.Progesteronun tubal motilite fonksiyonunu arttırmakta ve ampüller-istmik birleşeyinin faaliyetini güçlendirmektedir (3,17).

Östrojen ve progesteron seviyelerindeki değişiklikler fertilize ovumun tubadaki transportunda en anlamlı faktör olabilir. Özellikle salpenjitis belirtisi olmayan olgularda bu transportun tubal gebelikle sonuçlanabileceğini gösterebilir.

6- DİĞER FAKTÖRLER:

a-) Ovumun transperitoneal migrasyonunda ilave bir faktör olarak var sayılmıştır ve yaklaşık %15 olguda görünen tubal gebeliğin aksi tarafındaki ovumda korpus luteum mevcudiyeti bulgusu bunu desteklemektedir.

b-) İntraperitoneal enfeksiyonlara bağlı peritubal adhezyonlar.

c-) Evvelce geçirilmiş tubaya ait operasyonlar.

d-) İç genital organlarda hypoplazi: Tubalar özellikle uzun kıvrımlı ve incedir. Yol uzun ve tuba yetersizdir.

e-) Peritonitis, appendisitis gibi iltahaplar tuba fimbrialarında, tuba mukozalarında yapışıklıklar yaparak yer yer epitel ve silliya harabiyeti yumurtanın transportunu zorlaştırırlar.

Akut appendisitis ile gebeliğin beraber oluşu literatürde per çok yazar tarafından bildirilmiştir. Hancock 1848 de ilk defa gebelik sırasında oluşan appendisit absesini drene ettiğini bildirmiştir. Son zamanlarda Onuigbo dış gebelik ile birlikte oluşan bir appendisit olgusunu bildirerek iki organı da ekstirpe ettiğini anlatmıştır. Eğer appendisit absesi patlamadan operasyon yapılırsa mortalite oranı düşürülebilir. Ancak

appendiks yırtılmış ise çok ciddi bir komplikasyon söz konusudur. Mortalite oranı 0,5-6 yahut daha yüksek bir yüzde ile meydana çıkar. Ektopik gebelik appendisit'in etiyolojik nedeni olmaz şeklinde yorumlanmamalıdır. Appendisit ile falop tüpü patolojisi arasında bir ilgi olması mantiki görülmektedir.

f-) Tuba spazmları, endometriyozis tuba'larda suçlanmış-
tır.

g-) Civara ait tümörler kongenital anomaliler ve iltisaklar, mekanik bir engel oluşturabilirler (1,2,10,14).

EKTOPIK GEBELİĞİN ÜREME FONKSİYONUNA ETKİLERİ

Tekrarlayan ektopik gebelik:

Başlangıçta oluşan dış gebelik sonraki gebelik teşebüsleri için kötü bir sonun habercisidir. Olguların büyük çoğunluğunda bu komplikasyon değişen tuba fonksiyonu sonucu olarak, fertilize ovumun migrasyonunun tubanın derin kıvrımları arasında engellendiğini göstermektedir. Bu anomali genellikle bilateral ve irreverzibildir. Kalıcı bir steriliteye yada tekrarlayan ektopik gebeliğe neden olur. Veya yüksek abortus insidansı ile birlikte. İlk gebelik bir dış gebelikle sonuçlandığında bu olguların %70 kadarının canlı çocuk doğurmadığı ve %30 kadar büyük bir kısmının da az bir oranda olsada ektopik gebeliği tekrarlayacağı Shoen`nın en son çalışmalarında gösterilmiştir. Sonraki dış gebeliklerin %80 ni başlangıçtaki ektopik gebelikten sonraki 4 yıl içinde olmaktadır. Bunun da yarısından fazlası iki yıl içinde gerçekleşmektedir. Kaiser ve büyük vakıf hastanelerinde 1974 den önceki 27 yıl süresince yapılan 123 tekrarlayan ektopik gebelik araştırmasında Hallatt 1330 ekstrauterin gebelik arasında tekrarlayanların %9,2 insidansında olduğunu rapor etmiştir.

Bu sonuç %2 kadar düşük ve %15 kadar yüksek olabilen ve tubalarda olan hasarın derecesine bağlı olan toplam insidans için yakın bir örnektir. Bir başka açıdan bir kaç kadın

tubal gebeliğe duçar oldumu yeni bir ektopik gebeliğe uğrama şansı normal bir kadından yaklaşık 20 kez daha fazladır ve sonra canlı doğum yapma şansı (şayet gebe kalırsa) da %30 dan azdır. Dış gebelik geçirmiş hastaların potansiyel üreme kapasitesine ait kritik faktör onun daha evvelki üreme hayatında santralizedir. Şayet kadın ilk üreme faaliyetinde dış gebeliğe duçar olacak kadar talihsiz ise prognoz bir yada birkaç başarılı gebelikten sonra dış gebeliğe maruz kalanlardan çok daha üzücüdür (17).

T A N I

Bu üreme komplikasyonu ile ilgili morbidite ve nadir mortalite doğrudan doğruya oldukça fetal olan bu ekstrauterin implantasyonun erken yada geç tanısıyla ilişkilidir. Çok şükürki tanı ve tedavi metodlarındaki ilerleme, bu nedenle olan maternal mortalite insidansını toplam maternal ölümlerin %5-7 si olacak şekilde azaltmıştır. (U.S.A.da) Bu tür maternal ölümler başlıca çoğu doktor hatası olan, intraabdominal hemoraji ve irreverzibl şokun anlaşılmasına bağlıdır. Ektopik gebeliğe duçar olduğu anlaşılmamış bütün hastaların 2/3 ünü doktor ameliyattan hemen önce görmüş ve tanı geciktirilmiş veya doğru tanı konamamıştır. Kentten uzak tıbbi tedavinin en az olduğu kırsal bölgelerde dış gebelikten en az ölüm oranı değişmez bir şekilde toplam maternal ölümlerin %10 unu geçmemektedir. Dış gebelikten ölüm oranı (U.S.A.Yıllık doğum kayıtlarına göre) her 1000 canlı doğumun 2-4 ü arasında değişmektedir. 30 sene boyuncada bunlarda sadece 1/10 anne ölümü olması övülecek bir kayıttır.

Bu durumun önlenmesinde başarının anahtarı rüptüre olmamış ektopik gebeliğin erken tanısıdır. Bu komplikasyonlardan şüphelenme indeksi yüksek pek çok klinikte %50 den fazla olgu tubal rüptürden önce ameliyat edilmektedir. Bununla beraber tubal gebelikleri %15 kadar çoğunluğun özellikle hastanın adetleri düzensizse ilk adet gecikmesinden önce rüptüre uğraması gerçeği bu durumun aksinedir.

Sonuç olarak dış gebelik rüptürü veya perforasyonunun mutad klinik bulgusu çoğu kliniklerin araştırma raporlarında sıklıkla görülür. Yaklaşık %85 ve hemorajik olay genellikle hastayı doktora getiren akut semptomların nedenidir. Bu oran tekrarlayan dış gebeliklerde biraz düşer ki böyle olguları %25-30 u teşhis edilecek ve tubal rüptürden önce operasyona alınacaktır. Tekrarlayan ektopik gebelik örneklerinde genellikle hastanın kendisinde önceki tubal gebeliğin alevli ve ağrı dolu anıları dış gebelik sorusunu doğurur. Müteakiben hasta daha erkenden hekime başvurur ve ilk kez ektopik gebeliğe maruz kaldığından daha spesifik bir anamnez verir. Tabii bu da erken tanı ile sonuçlanacaktır (17).

A- KLİNİK BULGULAR:

1- Gebelik bozulmamış ise:

Tuba gebeliğinde teşhis zordur. Başlangıçta muayene bulgusu negatiftir. Şüphe edilen olgularda (uzun süreli sterilité olguları, adet gecikmesi ve erken gebelik şikayetleri, kolik tarzında bir taraflı ğrılar, tubanın hassas yumuşak ve sucuk gibi duyulması, vagina ve portioda lividite) gebelik testleri yapılır ve beklenir. Laparaskopi önerenlerde vardır (2).

II- Gebelik bozulmuşsa:

Semptomlar: Abdominal palpasyonda pelvis civarı hassastır. Vaginal muayenede serviksin itilmesi ağrı doğurur. Douglasda kan toplanmışsa forniks posterior bombe olarak ele gelir (2,10).

1- Ağrı:

Hasta tektaraflı olarak karnın alt tarafında ağrı hiseder. Başlangıçta kramp tarzındadır. Sonra bir yırtılma hissi olur, periton boşluğunda kan toplanmasıyla omuz ve boyuna yayılan ağrı görülür. Pritchard ve Adams karın boşluğuna 500 cc sitratlı kan verdikleri kişilerde abdomende hassasiyet, barsaklarda distansiyon ve omuz ile boyun bölgesine vuran ağrıların teşekkül ettiğini tesbit etmişlerdir. Ağrının nedeni diyafragma irritasyonudur. 500 cc den az olan kanın periton boşluğuna verilmesi hastada dolgunluk hissine yol açmaktadır. Yatar vaziyette şiddetli sağ omuz ağrısı oturunca ve ayakta durunca geçer. (Frenikus tahrişi) Vaginal muayene ağrılıdır (2,17).

2- Kanama:

Dış gebeliklerin %50 den fazlasında beklenen zamanın çevresinde vuku bulan menstrual kanama formlarından dolayı hastaların çoğu ve hekimleri gebelikten şüphelenmezler, Çünkü hastada adet gecikmesi olmamıştır. %75 olguda vaginal kanama görülür. Gebelik ürünü salim olduğu sürece uterus orjinli kanama olmaz. Lakin gebeliğin zedelenmesi ile birlikte desidua, plasenta orjinli hormonların azalmasına bağlı olarak harap olur ve atılır. Kanama çok kez az, koyu kahve rengi, bazen sürekli ve bazende aralıklıdır. Kanamanın çok ve taze olması daha ziyade abortuslarda görülür. Dış gebeliklerin %5 kadarında böyle bir kanama olabilir (10,17).

3-Ağrı, kanama ve adneksiyal kitle triadı:

Olguların %75'inden fazlasının hepsinde görülen klasik ağrı, uterin kanama ve adneksiyal kitle triadı bu reproduktif kazanın klinik değerlendirilmesini sağlamıştır. Bu semptomların ve bulguların ciddiyeti hastanın hekime başvurduğu andaki hastalık safhasına bağlıdır. Ne yazıkki erken sefhada gelenler ilerlemiş olgularda daha az fikir vermektedirler. Komşu overden ayrı şüpheli unilateral kitle bildirilen olguların 1/3 ünden daha azında tesbit edilmiştir ve birçok değişkene bağlıdır. Bunlar hekimin tanıdaki maharetini mevcut pelvi-peritonitin derecesini, tubal rüptürün var yada yok oluşunu ve hastanın metanet ve kooperasyonunu kapsamaktadır. Eğer bütün bu faktörler optimal derecede ise olguların yaklaşık %50 sinde adneksiyal kitle hisedilebilmektedir. Üzülerek söylenebilir ki kli-

nik bulguların ve ekspertizin tesadüfî kombinasyonu nadiren hastada mevcuttur ve bu yüzden erken tanı, ilaveten klinik zekayı gerektirmektedir (17).

4- Senkop ve hypovolemik şok:

Tubal gebeliğin rüptürü ile ortaya çıkar, olguların 1/3 kadarında mevcuttur. Rüptürde iç kanama abdominal dram levası yerleşir (2,10).

5- Amenore:

Dış gebelik olgularının %25 kadarında menstruel anamnez yanıtıcıdır. Bazı hastalarda gebelik süresine uyan amenore diğerlerinde menstruel anomaliler mevcut olabilir (3).

6- Cullen belirtisi:

Ektopik gebeliğin (mavi göbek) arazi nadir görülür. Fakat bulunduğu zaman çok anlamlı bir belirti olup şiddetli intra-abdominal kanamayı gösterir. Her ne kadar bu fenomen ilk defa Hofstatter (1909) tarafından tanımlandıysada klasik tarihi 1918 de Cullen tarafından yapılmış ve bütün dünya klinisyenlerinin dikkati bu bulguya çevrilerek Cullen adı giderek miras olmuştur. Periton diskolorasyonu intraperitoneal kanamayı göstermekte ve en iyi şekilde karın duvarını en ince yeri olan umblikusta görülmektedir. Bu bulgu başka patolojik durumlarda da olabilmektedir. Bunlar akut pankreatitis, intestinal sistemden veya diğer intra-abdominal bölgelerden olan hemorajilerdir. Abdominal duvar diskolorasyonu herni veya insizyonel eskar abdominal muskulaturun ayrıldığı diğer alanlarda da olabilmektedir. Transparent peritoneum cilt ve subkutan yağ doku-

sunun ince tabakalarından geçerek koyu mavi bir renk arz eden bu bulgu intra-abdominal kanamanın belirtisi olarak düşünülür. Rüptüre ektopik gebelik olgularında bu durum, beraberinde masif intra-abdominal kanama ve umblikusu transparent hale getiren peritoneal distansiyonu bulunmadıkça nadir görülür (17).

B- F İ Z İ K B U L G U L A R

1- Kan basıncı ve nabız :

İntra-abdominal kanama miktarına uygun olarak tansiyon düşer. Kanama ilk başladığında genç ve sıhhatli bir kadında tansiyon hafifçe yükselir. Bu kompanzasyon mekanizmasının iyi işleme sonucudur. Fakat masif kan kaybı sonucu hypotansiyon ve taşikardi oluşur. Hastada henüz şok teşekkül etmemişse, hypovolemi teşhisi için şu iki metodtan yararlanılır;

a-) Hastanın yatar ve oturur pozisyonlardaki kan basıncı ve kalp atım adedi kıyaslanır. Oturur pozisyonda kan basıncında ani düşme ve nabzın süratlenmesi hypovolemi için karakteristiktir.

b-) Daima sonda ile idrar miktarı sürekli takip edilir. Hypovolemide oligüri hypotansiyondan önce ortaya çıkar (2,10).

2- Douglas ponksiyonu:

Çok önemlidir. Aspire edilen kan eski görünümlüdür. (İnce taneli) Gaz bezi üstünde kan ortada koyu ve parçalı, etrafında açık renkli serumun yaptığı geniş bir hale vardır. Çekilen kan enjektörde pıhtılaşmaz, mikroskop altında eritrositlerin etrafı danteledir. Ponksiyon negatif ise kuagulum kanın alınmasını engellemiş olabilir (16). Şekil-11

3- Vaginal hassasiyet:

Rüptür olmuş dış gebelikte vaginal kanama olabilir ve vaginal muayene ağrılıdır. Douglas ağrılı ve çok hassastır. Portionun oynatılması ızdıraplıdır. Aynı zamanda palpasyonla abdomenin hassas olduğu görülür. Perküsyonla karına ait alt ve yan bölgelerde submatite ve hafif meteorizm görülür. Bu bulgular olguların %75 kadarında zuhur eder (3,10).

4- Pelviste kitle:

Olguların yarısında görülür. Kitlenin şekil, kıvam ve pozisyonu farklı olup, çok kere 5-15 cm. çapındadır. Yumuşak veya elastiktir. Tuba duvarının yaygın infiltrasyonu bahis konusu ise sert kıvamda olabilir. Bu bulgular genel nerkoz altında muayene sonucu tesbit edilmesi mümkündür (2).

5- Uterus'a ait bulgular:

Dış gebeliğin ilk aylarında plasental hormonların etkisiyle uterusta hipertrofi ve yumuşama olur. Jüksta-uterin kitle tarafından uterus bir tarafa itilmiş olabilir. İntra-ligamenter gebeliklerde teşekkül edecek hematoma büyük ve sınırlı bir kitle olabilir. Bu takdirde uterus simfiz altına doğru aşırı itilmiştir. (3)

6- Vücut ısısı:

Akut homoraji sırasında vücut ısısı azalır. 1/3 olguda aksiller ateş 37,5°C, rektal 38,5°C olarak tesbit edilir. Vücut ısısının böyle yüksek oluşu dış gebelikte beklenirse de daha yüksek ateş olması beklenmez. Yüksek ateş salpingitisi akla getirmelidir (3).

C- L A B O R A T V A R B U L G U L A R

1- Kan bulguları:

Ağır i kanamalarda sıklıkla aniden anemi gelişir ve intraperitoneal kanamanın sonucunda çok ciddi hal alabilir. Akut hemoraji sırasında hemoglobin ve hematokrit değerleri tani yonunden buyuk bir anlam taşımaz. Ekseri şaşırtıcı olurlar. Kanamadan saatler ve gunler sonra hemodilüsyon olur ve hemoglobin ve hematokrit değerleri duşer. Bu progresif hemodilüsyon bulguları sessiz seyreden bozulmuş diş gebeliklerin tanısında yardımcı olur. Ağır i kanamalarda gorulene post hemorajik lökositoz ile KK ve hemoglobinde duşme arasındaki çelişki önemli dir. Sedimantasyon artmıştır. Kronik vakalarda ikterus indeksi yukselebilir. şayet enfeksiyon varsa lökosit artar. Serum amilaz 1600 Somogy Ü/C11. (N, 80-180 Ü) kadar yukselebilir. (Eğer narkotikler verilmiş ise) Retikulositozis (kanamaya bağlı) mevcuttur. Retikulositler %2,2 ye yukselebilir. İki gun sonra 100 ml veya daha fazla kan birikirse periferik kanda spektroskopi ile hematin bulunabilir (3,10).

2- İdrar bulguları:

İdrarda ürobilinojen yukselir. Kanın dekompanzasyonunu gösterir. Hematosel ve hemoperitoneus ile birlikte hafif porfirinuriya vardır. Fakat bu bulgu torsiyone over kistine de dik katı çekebilir (3).

D- R A D Y O L O J İ K B U L G U L A R

Yukarıda belirlendiği gibi tubal gebelik için tanı yöntemi olabilir. Fakat, bu girişim çok tehlikelidir. Çünkü içeri verilen sıvı madde tüpü yırtabilir yada kanamayı artırabilir. Ayrıca bir abdominal gebeliğin varlığını ortaya koyamaz. Bir direkt AP grafisi ile birlikte pnömoperitoneum veya pnömo kolon bir kitle gösterebilir veya sıvı seviyesiyle ilgili imaj verebilir. (Rüptürden sonra) Veyahut da ilerlemiş ektopik gebelikte kemik oluşumuna ait bulgular verebilir. Arterio grafi ektopik gebeliği teşhis edebilir. Önemli bir tanı yöntemidir. Fakat pratikte rutinleşmesi güçtür (3).

E- T U B O G R A F İ B U L G U L A R I

Riskli bir yöntemdir. Diğer tanı araçları aslında yeterlidir. İltihap ve intrauterin gebelik ihtimali bulunan olgularda uygulanamaz. Yapılacaksa antibiyotik baskısı altında uygulamalıdır. Ancak, abdominal gebelikte iyi sonuç verir. Histerografide uterus kavitesi muntazam görülür. Fetus uterus dışındadır. Bu tetkik için suda eriyen radyopak maddeler kullanılmalıdır (10).

F- P E L V İ S A N J İ O G R A F İ S İ

Dış gebeliğin yerini tayinde çok değerlidir. Yeni ve zor bir yöntemdir. Girişimden önce premedikasyon yapılır. Femoral arterden kateterle 2 cm proksimale itilir (Aort bifurkasyonuna kadar). Bunun için, 130 cc %75 lik hypoque (diatrizoate) verilir. 2-3 dakika sonra grafi çekilir ve bir kaç dakika içinde

değerlendirme yapılır. Bu yöntemin; plasenta lokalizasyonu, uterus neoplazmları, mol hidatiform, koryonepitelyoma ile ekto- pik gebeliğin tanısında çok önemli ve pratik değeri vardır. Bu yöntemle tanıya gidiş doğruluğu hemen hemen %100 dür (19).

G- B İ Y O L O J İ K G E B E L İ K T E S T L E R İ

Aschim-Zondek reaksiyonu çok zaman aldığı için şimdi immunolojik testler kullanılmaktadır. Hemagolutinasyona dayanan yeni testlerin hassasiyet dereceleri de yüksektir. (Litrede 1500 İ.E/HCG) Son adetten 8-12 gün sonra pozitif sonuç verebilir. Semikantitatif (sulandırma ile) yöntemlerle bozulmuş gebeliği ayırma imkanı vardır. Bozulmaya başlayan tuba gebeliklerinde HCG düşmeye başlar. Bu günkü çok daha hassas gebelik testlerinin varlığı bu diagnostik çalışmanın kesinliğini arttırmıştır. HCG beta subunitine karşı spesifik antiserumla yapılan Radyoimmunizan (RIA) çok hassas bir tekniktir. Ve HCG nin serumdaki 6-15 m İU/ml kadar çok düşük seviyeleri tesbit edebilmektedir. Bu test konversiyonel hemaglutinasyon gebelik testinden (2 m İU/ml, serumda) yaklaşık 500 kere daha düşük serum seviyelerinde hassastır. Ne yazıkki betasubunit assayı tekniği zaman alıcıdır ve istenen hassasiyet ve verimlilik için 24 saat gerekmektedir. Son yıllarda geliştirilen İ 125 ile işaretlenmiş HCG Radyoreceptorasay tekniğinin betasubunit metodu ile eşit hassasiyette olduğu ((2-3 m İU/ml serum) gösterilmiştir. Fakat bir saatlik bir süre içinde gerçekleştirilebilmektedir. Bu tekniğin doğruluğu Saxena ve Landesmanın ekto- pik gebelik çalışmalarında gösterilmiştir. Gelecekte erken gebelik tanısında çok

daha yararlı bir metod olacaktır.HCG nin dolaşımdaki çok küçük miktarları tesbit edilen bu kadar hassas testler mevcutken bile erken gebeliğin teşhisi ekstrauterin gebelik için değerli değildir.Bununla beraber bu bilgi erken gebeliğin lokalizasyonunun klinik gözleminde bir basamak teşkil eder ve henüz subklinik devre esnasında nihai tanıya yardımcı olur(17).

B- HCG - RIA (Radio İmmuno Assay) erken diagnoz imkanı vererek rüptürden evvel müdahaleyi temin eder.Amacı;

- a-) Dış gebeliğin lokalize ve morbiditesini azaltmak,
- b-) Tubaya verilen zararı minimale indirmek,
- c-) Gereği halinde tuboplasti imkanını temin etmek (16).

Radyoreceptor assay-HCG,RIA ile HCG gebelik testi 1974 Saksen ile arkadaşları tarafından ileri sürülmüştür.HCG için RRA testinin Biocept- C Modifikasyonu süratlı sonuç verir,spesifiktir.67 olguda %97 pozitif dış gebelik sonucu vermiştir. Buna karşılık Kuldosentezis %82,idrarda yapılan gebelik testi ise %69 pozitif sonuç verirler (4).

H- Ö Z E L T A N I Y Ö N T E M L E R İ

1- Kuldoskopi:

Aspirasyonu,inspeksiyonu ve biopsiyi mümkün kılar.Fakat prosedür Cul-de-Sac'ta kan pıhtılarının veya serbest kanın bulunuşu ile değişir.Kuldoskopi kullanımı laparaskopi yanında zayıf kalır.

2- Posterior Kolpotomi:

Oldukça fikir verir ve hatta erken tubal veya anrüp-türe tubal gebeliğin çıkarılmasını bile sağlayabilir.

3- Ultrasonografi:

Dış gebelik tanısında başarılı bir yöntemdir. Özellikle ilk devirlerde kavum uterinin boş olduğu saptanır. Bununla beraber yanlış negatif bulgularda alabilmektedir. En sık konulan yanlış tanı korpus luteum kistinin erken gebelikle karıştırılmasıdır.

Dış gebeliğin bütün arazını veren bir hastada ultrasonografiye gerek yoktur. Ancak alt batin ağrısı bildiren başka belirtisi olmayan bir hastada differansiyel diyagnoz için uygulanmalıdır. Gestasyonel keseler yahut halka tarzında uterus kasılmaları görülebilir. Bazı dış gebelik olgularında bulgular çok az spesifiktir. Mesela uterusun genişlemesi yerinde hafif değişiklik diffüz intrauterin akisler, adneks kitleleri yahut doğlasta likit imajı tesbit edilir.

4- Dilatasyon ve küretage:

Endometriumdaki histolojik değişikliklerin değerlendirilmesi yalnızca limit derecede ve sıklıkla karmaşık bir klinik bilgi vermektedir. Reziduel progestasyonel değişiklikler kanamanın ve endometrial dökülmenin miktarına bağlı olduğundan dolayı dilatasyon ve küretaj ile endometrium tetkikinin değeri desiduanın ve coryon villuslarının varlığı veya yokluğunun tesbitindedir. Koryonik villuslar olmadan desiduanın varlığı değerlidir. Fakat kesin olarak dış gebeliği göstermez. Nadir olmayarak spontan complet abortus yapan hastalardan alınan endometrium yalnızca geçirilmiş gebeliği gösteren desidual reaksiyonun işareti olmaktadır. Genelde fetus belirgin bir zaman-

da ölmedikçe veya endometriumun complet ayrılmasına neden olacak miktarda kanama olmadıkça desidua tesbit edilebilir. Dilatasyon ve kuretajla koriyon olmadan desiduanın tesbiti, beraberinde adneksiyal kitle, pelvik ağrının bulunması dış gebelik tamamı ile ekarte edilmeden önce adnekslerin inspeksiyonunu gerektirir. O halde bu durumda endometriumun diagnostik bulgudan ziade destekleyici olmaktan öteye gidemez.

Arias-Stella Reaksiyonu:

Tubal gebelikte ilk defa Polak ve Wolf tarafından 1924 de tanımlanan ve daha sonra 1954 de Arias-Stella tarafından doğrulanan Gestasyonal endometriumun atipik epitalial değişiklikleri dış gebeliğin tanısında oldukça tartışmalı bir histolojik metod olarak kalmıştı. Bu eleştiriyi sadece bu morfolojik değişmeyi içeren hücrelerin kat'i tayinini değil bu değişiklikleri yapan fizyolojik olayları da kapsamaktaydı. Durum böyle iken Arias-Stella ve diğerleri bu değişikliklerin progresif bir fenomeni gösterdiği ve yükselen gebelik hormon seviyelerine karşı aşırı bir proliferatif ve sekretuar cevabının sonucu olduğu inançlarını sürdürdüler. Fierberg ve Loyd bu değişikliklerin regresiv involosyonel olduğunu ve azalan hormon seviyelerinin sonucu olduğunu iddia ettiler. Bununla beraber endometrial değişikliklerin spontan abortus veya ektopik gebelikte olduğu kadar normal gebelikte birlikte olabilmesi gerçeği dış gebeliğin tanısında azda olsa spesifik diagnostik değende olan bu histolojik görünümü tehlikeye sokmaktadır.

5- Laparoskopi:

Geçen 10 yılda olan major diagnostik ilerleme ektopik gebelik tanısındaki kesinliği sağlayan laparoskopinin rutin kullanımı olmuştur. Laparoskopi özellikle klinikman anrüptüre ektopik gebelikten şüphelenilen ve intraperitoneal kanama belirtisi göstermeyen hastalarda yararlı olmaktadır. Laparoskopi klinik hatalar ve tanı maliyetini azaltan bir kaç teknik ilerleme daha sağlamıştır. Soğuk fiberoptik ışık kullanılan ve kadının iç üreme organlarının gözlenmesinde açıklık sağlayan bu endoskopik teknik esasen adnekslerin bir gözlenme metodu olarak daha külfetli ve zor olan kuldoskopinin yerini almıştır. Ektopik gebeliğin tanısı bir kere ciddi olarak kabul edildimi, adnekslerin hasta taburcu edilmeden laparoskopi, kolpotomi veya laparotomi ile gözlenmesi kaçınılmazdır. Laparotominin morbiditesi ve tıbbi masrafı laparoskopiden daha fazla olduğu kadar, laparoskopi kullanımı dış gebelik teşhisinde hayattaki %4 e indirmiştir. Halbuki şimdiye kadar tubal gebelik düşünülerek laparotomi yapılan hastaların %20 si normal bulunmuştur. Laparoskopi tercihen anestezi altında gerçekleştirilir. Dış gebelik ihtimali olan hastanın değerlendirilmesinde genel anestezi prosedürden önce ilaveten tam bir pelvik muayene avantajını sağlar. Adneksiyal kitlenin mevcut olduğu ve komşu overden kesin olarak ayırtedilebildiği durumlarda laparoskopik muayene gereksizdir ve hasta süratle laparotomiye alınmalıdır. Belirgin intraperitoneal kanamanın bulunduğu yerde laparoskopi genellikle tatmin edici olmaz ve kanamanın kaynağını kontrol için ne-

den ne olursa olsun laparotomi daima gereklidir. Laparoskopik kullanımında yanıtıcı bir durum patlamış korpus luteum hematomu olgularında görülmektedir. Böyle olgularda konservatif nonoperatif tedavi intra-abdominal kanama devam etmedikçe, oldukça tercih edilir. Pelviste az miktarda kanama varken laparoskopik gözlem zor olabilir. Böyle durumlarda laparotominin gerektiğine karar vermek için süratli kat'i olarak tesbit edilemediği hematoperitoneum olgularında laparotomi daima zorunludur.

6- Eksploratif laparotomi:

En son ve en spesifik tanı metodudur. Ektopik gebeliğin (servikal gebelik dışında) var veya yok oluşunu kesin olarak gösterir. Erken rüptüre veya aborta, tubal gebelik ve anrüptüre tubal olguların tedavisi için sık sık mini laparotomi kullanımı tercih edilmektedir.

Laparotomi endikasyonları:

- a-) Ektopik gebelik ön tanısı konduğu fakat kuldometri gebeliğin çıkarılmasında yeterli olmadığı zaman,
- b-) Akut abdomen halinde tetkik gerektiği zaman,
- c-) Tubal hastalığın kesin tanısı laparoskopik ile konduğu zaman.

7- Kuldosentezis:

Kuldosentezis intraperitoneal kanamanın varlığını tesbitte mevcut ve en uygun tanı metodlarından biri olarak kalmaktadır. 18 no çaplı bir spinal iğne uterosakral ligamenter arasından cul-de-sac'a sokulduktan sonra buna bağlanan 50 ml

lik aspirasyon enjektöründen ibaret olan bu metod özellikle intra-abdominal kanama şüphesi olan fakat kanamanın klinik tanı sağlayacak miktara ulaşmadığı olgularda acil ve gerekli klinik değerlendirmeyi sağlar. Böyle olgularda kuldosentez'in pozitif olması hastanın klinik durumu ciddiyetini apaçık gösterir ve acil tedavi tedbirlerine başlamayı sağlar. Jinekoloğların iğneyi az steril olan vagina mukozasından peritoneal kaviteye yerleştirmekteki tereddütleri, bu işlemin pek çok defa tekrarlanmasıyla sağlanan tecrübe ile oldukça ortadan kalkar. Bazen bu teknikle cul-de-sac'tan kan aspire edilemez. Bu durum ya iğnenin uygun yerleştirilmesindeki tecrübesizlikten veya hastayla zayıf kooperasyona bağlı olarak kliniğyenin yanlış negatif değerlendirilmesine neden olur. Buna rağmen bu prosedür klinik araştırmada oldukça yerleşmiştir ve erken intraperitoneal kanamanın tesbitinde tereddütsüz değerlidir. Fakat cul-de-sac ponksiyonunun yanlış pozitif neticelendiği serbest pıhtılaşmamış kan gelen durumlar da mevcuttur. Sigmoid kolon veya ince barsağın delinmesi sonuç getirmez ve özel bir tedavi gerektirmez (2,3,10,12,17).

A Y I R I C I T A N I

Muhtelif semptomlar veren bir hastalık olmasına rağmen dış gebelik tanısında zorluklar olabilir. Kırmızı dejenere-sans gösteren uterus myomu, salpinjitis, torsiyone over kisti ile zaman zaman karıştırıldığı vakidir. Juxta uterin bir kitle ile birlikte düşük tehtidi gösteren olguların tanısında sık sık hata yapıldığı bir hakikattir. Örneğin; over tümörü ve dü-

şük tehdidi birlikte bulunursa olgunun tanısı güçtür. Ayrıca appendisitisi ile düşük tehdidi birlikte olan olgularda ayırıcı tanı zordur.

Aşırı retroversiyon halinde bulunan bir uterusda gebelik bahis konusu ise buda zaman zaman ektopik gebelik ile karışır. Diğer taraftan, douglastaki hematosel'in retroverti uterusda gebelik olarak teşhis edilmesi daha da tehlikeli olur.

En sık yapılan hata, basit bir abortus olgusunu ekstra-uterin gebelik ile karıştırmaktır. Her abortion olgusunda dış gebelik ihtimali araştırılmalıdır. Dış gebelik tanı bakımından probe küretaj yapılması doğru değilse de küretaj yapılan olgularda korion villusu bulunmayan desiduanın elde edilmesi dış gebelik teşhisini destekler.

Ayırıcı tanı Tablo-1 de gösterilmiştir (3,10).

TABLO:1- Ektopik gebeliğin ayırıcı tablosu

| Semptom | Diş gebelik | Appendicitis | Salpingitis | Rüptüre Corpus Luteum testi | Uterin Abortus |
|----------------|--|---|--|---|---|
| AĞRI | Rüptürde: Üçüç Unilateral krampplar ve hassasiyet. | Epigastrik, periumbilikal, daha sonra sağ alt kadranda ağrı. Mc.Burneyde lokalize hassasiyet. Rebound hassas. | Genellikle her iki alt kadranda, Rebound la birlikte veya değil. | Ünilateral progresif kanamayla birlikte yaygınlaşan ağrı. | Orta batta krampplar, ağrı. |
| BULANTI-KUSMA | Bazen önce, genellikle rüptürden sonra | Genellikle var. Ağrının sağ alt kadrana kaymasıyla başlar. | Seyrek | Bulanti, Kusma nadir | Hemen daima yok. |
| MENSTRUASYON | Bazı aberasyonlar, adet gecikmesi leke şeklendi kanama | Menstru. ilişkisi yoktur. | Hypermenore, Metronaji veya ikisi birlikte olabilir. | Gecikmiş periyod, sonra kanama, sık sık ağrı ile birlikte. | Amenore, sonra spotting, sonra ani kanama |
| ATEŞ VE NABİZ | 37,2-37,8°C (99-100°F) Nabız değişgen; rüptürden önce normal, sonra süratli | 37,2 - 37,8°C (99-100°F) Nabız hızlı: 99-100 Atmn/Dk | 37,2- 40°C (99-104 F) Nabız ateşe oranla yüksek | 37,2°C (99°F) kan kaybı bariz olmadıkça nabız normal, sonra süratli. | Eğer spontansa 37,2°C (99°F) şayet provoke (enfekte) ise 40°C (104°F) dir. |
| PELVİK MUAYENE | Özellikle cervix hareket ettirildiğinde unilateral hassasiyet, bir tarafta veya Cul-de-sac ta krepatasyon veren kitle. | Kitle yok. Sağ tarafta rektal hassasiyet artmıştır. | Bilateral cervix hareketiyle hassasiyet. Kitle sadece hydro veya pyosalpinks varsa mevcut. | Hasta over üzerinde hassasiyet, kitle yok. | Cervix hafif ödemli, uterus hafifçe büyük, irrregüler yumuşama, enfeksiyon varsa hassas. |
| LAB. BULGULAR | Lök: 15.000 lokositoz. Er: Kan kaybı varsa ani düşme Sed: hafifçe yükselme. Pregnesti- gon: % 33-45 (+) | Lök: 10.000 (Nadiren 18.000) Er: Nor. Sod: Hafif yüksek. | Lök: 15-20.000 Er: N, Sed: Bariz şekilde yüksek | Lök: Normal 10.000 e kadar. Er: Önce N. kanama artıkça düşer. Sed: Normal | Lök: Eğer spontansa 15.000 enfekte ise 30.000 Er: Nor. Sed: Hafif ile orta dereceye kadar yüksek. |

E K T O P İ K G E B E L İ Ğ İ N T E D A V İ S İ

Letal sonundan dolayı ancak 100 yıldır dış gebelik rüptürü cerrahi olarak tedavi edilebilir bir geobelik komplikasyonudur. 1876 da Pary ilk defa dış gebeliği 529 hastaya laparotomi yaparak operatif tedaviyi denediğini ve cerrahi mortalite oranınının %69 olduğunu rapor etmişti. İngiltere Birmingham'dan Robert Lavson Taid, Pary'nin cerrahi önerilerine ilk olarak inanmış ve ektopik gebeliğin tedavisinde salpinjektomonin kullanılmasında öncü kabul edilmiştir. Bu gün bu primer tedavi değişmeden kalmıştır (17).

1- Konservatif tedavi:

Mortalite oranı erken tanı ve hemorajik şokla etkin mücadele sonucunda bariz olarak azalmıştır. Artık şoktaki hasta dolaşan yeterli kan volümü sağlanmaksızın ameliyata alınmamaktadır. İntravasküler volümün süratli tam kan dengeli elektrolit solüsyonu (Ringer Laktad) veya düşük moleküler ağırlıklı dextran replasmanı neticesinde şoktaki hastaya genel anestezi-den önce yeterli hemodinamik destek sağlanmış olur. Santral venöz basınç (CVP) in monitörde izlenmesi süratli sıvı replasmanında gerekli yolu gösterir. Oksijen alımında güçlük çeken hastada pulmoner ödem yerleşmesinden kaçınmayı sağlar.

Kan PH' nin ve doku asidozunun uygun değerlendirme ve düzenlenmesi ile evvelce tehlikede olan hasta artık anestetik-

ler için uygun bir hale gelir. Bu kontrol dışı durumda acil cerrahinin çeşitli komplikasyon risklerinden kurtulur.

Tubal gebelik rüptüründen olan kanamanın süratli acil cerrahi ile kontrolü mümkünken, bu dramatik yaklaşım Taid`ın daha erken denemelerinde oldukça başarısız kalmış ve irreversibl şok, kardiak arrest, pulmoner emboli ve irreversibl renal yetmezlikten yüksek insidansta maternal ölümlerle sonuçlanmıştır. Bu gün bu sorunlar kalp-akciğer-böbrek sistemlerini yoğun fizyolojik düzeltme gayretlerine cevapsız hale getiren irreversibl şok gibi bazı latent olgular haricinde oldukça ortadan kaldırılmıştır. Kontrol edilememiş dış gebelik rüptür kanamalarında olan ölüm her ne kadar hala U.S.A.daki maternal ölüm nedenlerinin %5-7 sini kapsıyorsa da pek yakında raporlarda bildirilebilecek kadar nadir hale gelecektir. Rüptüre dış gebelik bir kaç major jinekolojik acil durumdan biri olmasına rağmen cerrahi müdahaleden önce süratli fizyolojik kontrol ile hasta düzelebilmektedir (5).

2- Aktif tedavi:(Cerrahi girişim)

Dış gebelik operasyonlarının temelini parsiyel kornual rezeksiyonla beraber total salpinjektomi teşkil ederken, son yıllarda bu teknik tubanın intramural segmentinde sonradan interstisiyel gebeliklerin gelişmesi için rezidüel bir sinüs meydana getirdiği için, tenkitlere mahruz kalmıştır. Yanlış olarak haksızlıkmış gibi görünen bu teknikte hata total salpinjektomi ile kornual rezeksiyonun uygulanmasında değil, fakat kornual insizyonun komşu round ligament ve lig.latum

ile tamamen peritonize edilmemesindedir. Lig. latum ve rotundumların uterin kornu üzerine devamının sağlanması, tekniği uygun şekilde tatbik edildiğinde interstisyel gebelğin tekrarı tam olarak önlenmiş olacaktır. (Modifiye Coffysuspansiyon)

Bununla beraber, çok aşırı bir kornual rezeksiyonda uterin rüptüre, interstisyel rekanalizasyon veya sonraki intra-uterin gebelik esnasında plasentanın invazyonuna neden olabilecek bir rezidüel myometrial defektle sonuçlanabilir (3,17).

L-O K A L İ Z A S Y O N A U Y G U N T E D A V İ

A- TUBAL GEBELİKTE SALPİNJEKTOMİ TEKNİĞİ:

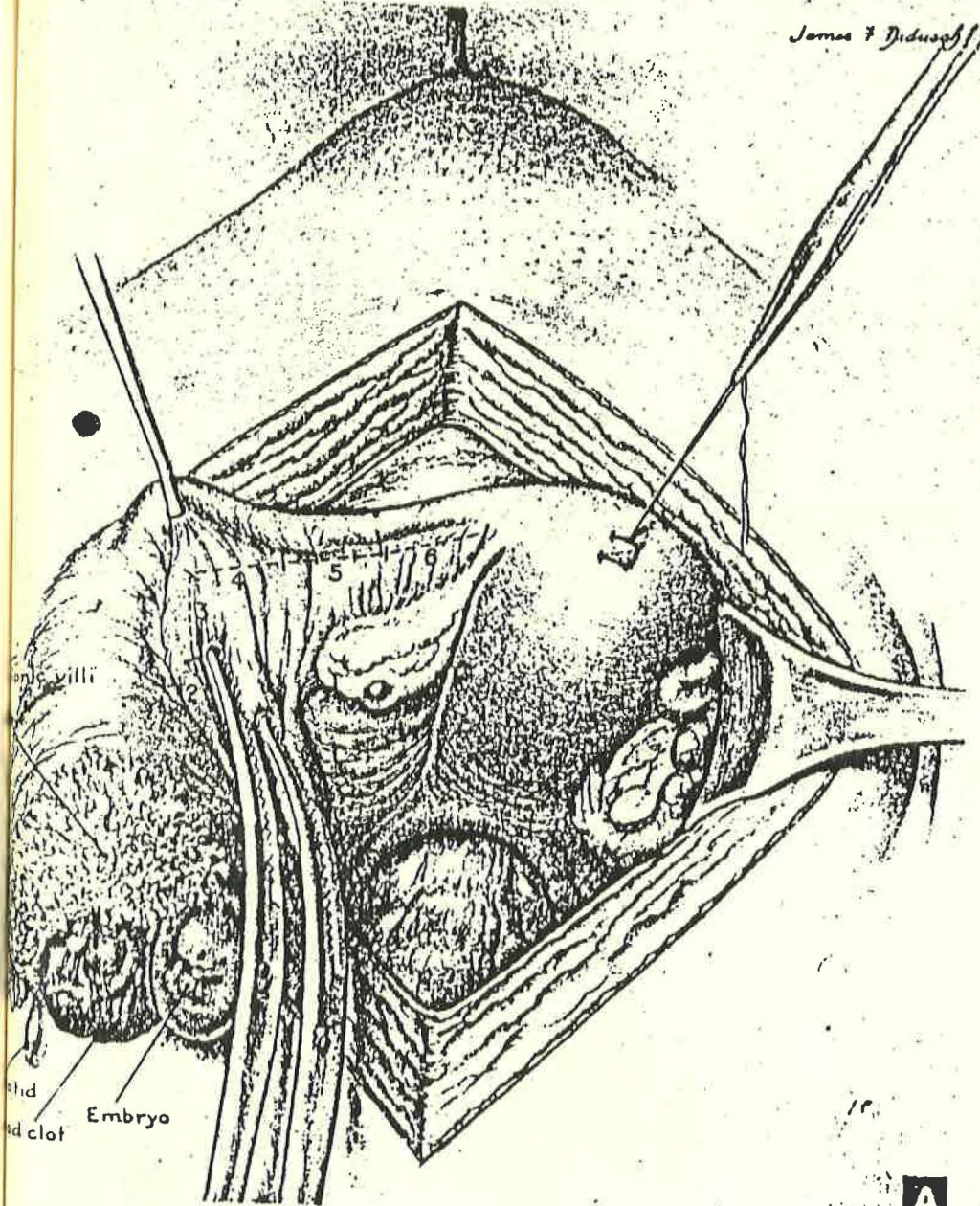
1- Salpinjektomi tekniği:

Gerilmiş tuba pelvis dışına doğru kaldırılır ve mezosalpinks tubaya mümkün olduğu kadar yakın bir şekilde Kelly klempleri ile ard arda klempe edilir, tuba uterus kornusuna birleştiği kenardan eksize edilir. Myometriuma doğru derin eksizeyondan kaçınmaya dikkat edilir. Mezosalpinksste tam bir hemostaz temin etmek ve lig. latum hematomundan kaçınmak için bir numara chromik catcut ile sütün önce kornudan 2-3 cm. mesafeden lig. rotundumun hemen altından olacak şekilde lig. latumun ön yüzünden geçilir. İkinci geçiş uterin insizyonun biraz arka ve üstünden fundusaldır. Daha sonra lig. latumun arka yüzünden ön yüze ilk giriş yerinin 1 cm. kadar lateralinden geçilir. Bu sütün bağlandıktan sonra kornudaki insizyon ve mezosalpinks peritonize edilmiş olur. Şayet bu sütünde aşırı bir gerginlik varsa yada peritonizasyon eksik kalırsa myometrium ve lig. rotunduma peritonizasyon sütünün yerinde kalacak şekilde destekleyici sütürler konabilir (17). Şekil-12 A, B, C, D.

2- Konservatif cerrahi tedavi:

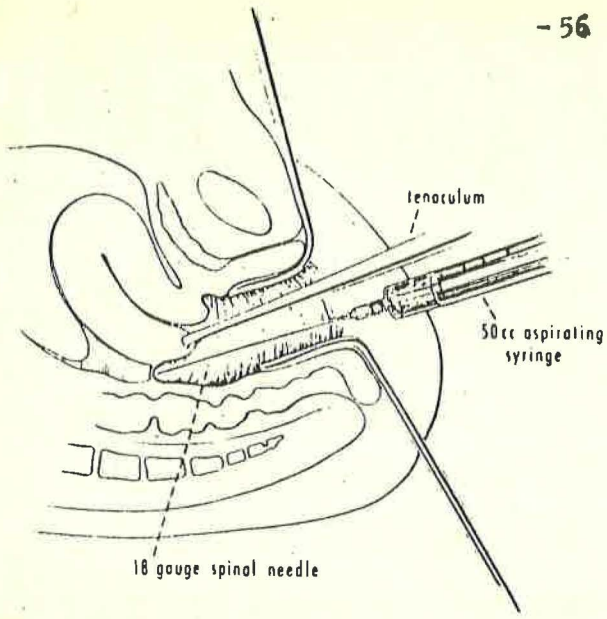
Taid'in tanımladığı gibi her ne kadar dış gebeliğin orjinal salpinjektomi tekniğinden çok, az bir ayrılık sözkonusu ise de son notundaki konservatif salpingostomi'e sporadik bir ilgi görülmüştür. Stromme onun 1953 de tanımladığı bu tekniği ilk izleyenlerden biri idi. Daha sonradaki yıllarda 36 olguluk rüptüre olmamış tubal gebelik olgusunda konservatif salpingostomi yaptığı 21 olgudan 5'ini de kapsamaktadır. Bu metodun gerçek değeri sadece kontrlateral tubanın fonksiyon gördüğü bir kaç olguda kanıtlanmıştır. Bu 5 konservatif prosedürden yalnız bir tanesi miadında doğumla neticelenmiş, 2 ayrı olguda spontan abortus, 2 hastada ektopek gebelik tekrarlanmış ve 2 hastada gebe kalamamıştır. Halbuki Stromme bütün denemelerinde 40 konservatif operatif olgu arasında 5 hasta bir veya daha fazla canlı doğum yapabilmıştır. (%12,5) Ne yazıkki eşit oranda yüksek dış gebelik tekrarı (%13,5) mevcuttu ve prosedürün kısıtlanması kaçınılmaz görünüyordu. Yine 20 yıl zarfında, konservatif metoduyla dış gebelik tedavisinde optimistik sonuçlar rapor eden çeşitli klinikler ilave olmuştur. Daha enteresan konservatif sonuçlar Finlandia'da Timonen ve Neiminen'in çalışmalarından alınmıştır ve salpingostomi'den sonra %36,1 miadında doğum bildirmişlerdir. Bununla beraber karşı tubanın fonksiyonel durumu bilinmediği gibi bu metodun spesifik başarı oranını onların verileri ile tayin etmek zordur. Timonen ve Nieminen postoperatif olarak 6 hafta süreyle transabdominal polietilen tüp de kullandılar ve 200.000'ü pensilin ve 50 mg.

James F. Didusch

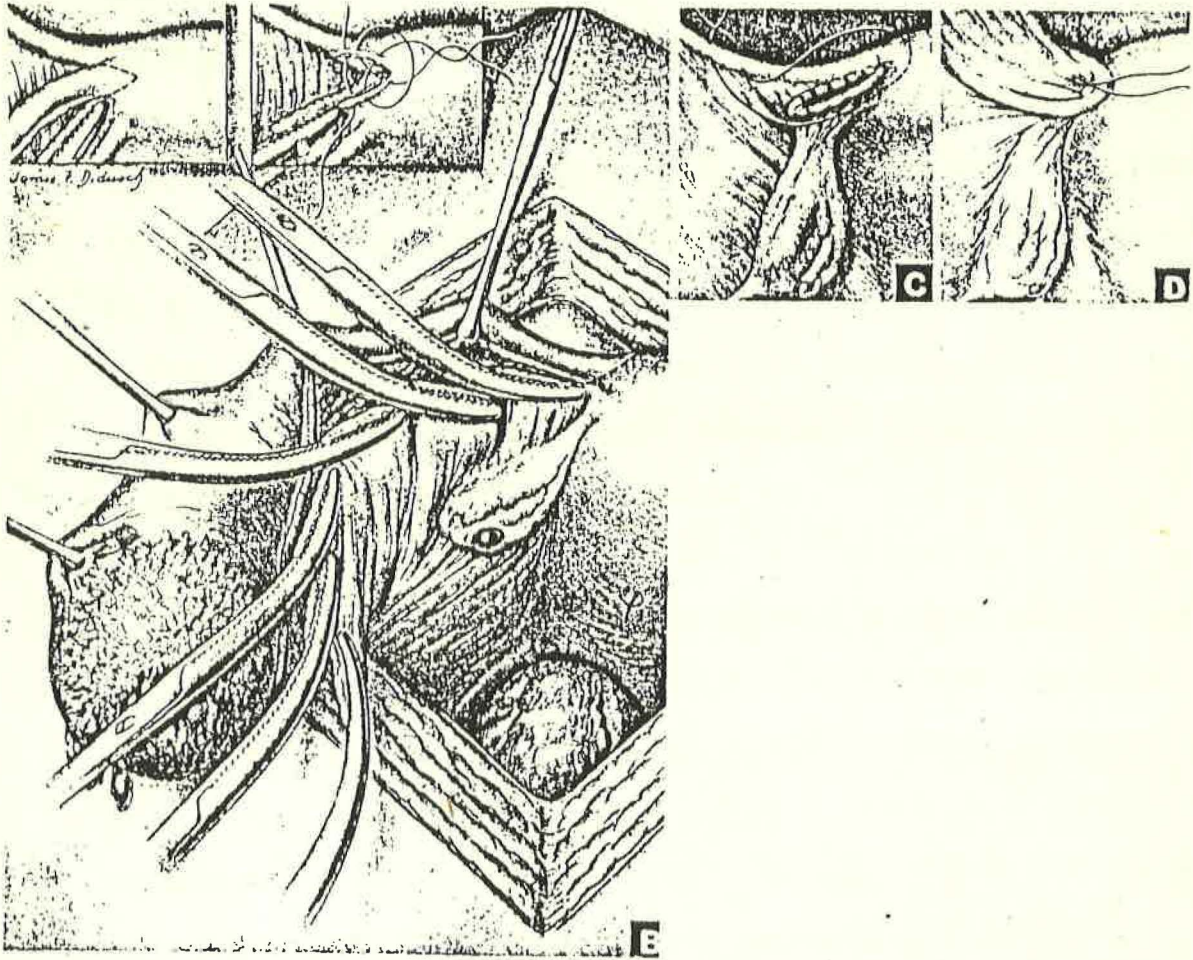


ŞEKİL :12-A

Tübal Dış Gebelikte Operasyon Tekniği.



ŞEKİL:11 - Duğlas Ponksiyonu.



ŞEKİL :12-B,C,D.

Tübal Dış Gebelikte Operasyon
Tekniği(Devam).

kortizon günde 4 ml.kullanarak ilk postoperatif haftada hidropertubasyon uyguladılar.Tekrarlıyan ektopik gebelik oranı yine de çok yüksekti (%12,5).Stangel ve çalışma arkadaşları başarılı konservatif tuba tamiri uyguladıkları 2 hastalarında intrauterin gebeliği gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir.

Araştırmaların devamında konservatif tubal cerrahinin yalnızca ciddi olarak çocuk isteyen rüptüre olmamış tubal gebelikli hastalarda ve de sonraki çıkacak komplikasyonlarda sorumluluğu kabul eden kişilerde sınırlı bir faydası olduğu anlaşılmıştır.Yaklaşık %15 kadar tekrarlayan ektopik gebelik oranı ile hastaların doğurma arzuları ne getireceği meçhul bu cerrahi macaraya atılmadan önce iyice tartışılmalı ve yazılı hale getirilmelidir.Genelde biz bu zaman alıcı ve tekniği zor metodu 35 yaşın altında,bir veya hiç canlı çocuğu olan rüptüre olmamış veya perfore tubal gebelikli hastalarda sınırlı olarak uygulanmıştır (3,5,17).

B- İNTERSTİSYEL GEBELİK:

İnterstisyel gebelik bütün tubal gebeliklerin %3-4 ünden fazlasını geçmiyen nadir bir durumdur.Her ne kadar interstisyel gebeliği kornual gebelikte ayrı olarak gösteren çok sayıda rapor varsada,anatomik olarak bu zordur ve sonuç olarak bu durumlar bir arada düşünölmelidir.Bu olayda klinik belirtiler geç ortaya çıkmaktadır ve sonuçta rüptüre interstisyel gebelik veya kornual gebeliğin akibeti tubanın diğer kısımlarında gelişen gebeliklerden çok daha fetaldır.1893 den önce elverişli raporlar sadece otopsilerden çıkmaktaydı,ondan sonra ise literatür 250 den fazla olgu kapsamaktadır.

İnterstisiyel gebelikle ilgili etiyolojik faktörler diğer tubal gebelik tiplerindekilerin aynıdır. En önemlileri pelvik iltihabi hastalıklar, operatif travma ve tümörlerdir. Önceki salpinjektomiden sonra oluşan stump özel bir durumdur. Kalchman total salpinjektomiyi izleyen 73 olgu toplamıştır. İki- si kendi olgusudur ve ilaveten parsiyel salpinjektomiden sonra gelişen 24 olguyu dökümente etmiştir. Dış gebelik salpenjektomi endikasyonlarının %60 ını teşkil etmektedir. Çok aşırı kornual rezeksiyon sonraki interstisiyel gebeliklerin gelişmesinde major faktörlerden biri olarak kabul edilir. Daha yakın tarihlerde Hallatt kornual Wedge rezeksiyon tekniğiyle salpenjektominin interstisiyel gebeliğe ve uteriner rüptüre predispozan olduğunu ve tavsiye edilebilirliğini görmüştür.

Tekrarlayan 123 ektopik gebelik olgusuyla yaptığı çalışmada böyle 4 olgu rapor etmiştir. Bununla birlikte fertilize ovumun uterusun interstisiyel parçasında tutulmasının rezekte tüpün peritoneal yüzünden gerek mi olduğunu yoksa karşı tubadan uterus kavitesi yoluyla kornual implantasyona mı dönüştüğünü izah edecek bir yol mevcut değildir.

Gebelik materyali tubanın interstisiyel parçasında diğer kısımlarından daha iyi korunmaktadır ve sonuç olarak böyle gebelikler, rüptüre olduğundan genellikle biraz daha ilerlemiş olarak bulunur. Sonuçta; koryonik villuslar kornudaki kan damarlarını aşındırır ve kanama ile sonuçlanır. Bu kanama olağan tubal gebelikten daha fazla olmaya çok elverişlidir. Çünkü uterin ve ovarian arterlerin anastomozu bu bölgeyi ka-

dın pelvisinin en fazla vaskülarize sahası haline getirilmiştir. Rüptürle birlikte gelişen ciddi hemoraji genellikle çok ani derin bir şok ile sonuçlanır. Akut semptomlar genellikle hastada 2-3 adet gecikmesine kadar (ki o zaman hafif vaginal spotting başlar) gecikmektedir. Uterustaki asimetri gebe uterus bicornis ile myom ve gebelikle veya interstisial gebelikle karışabilir. Uterusun şeklinin önceden bilinmesi, bikornis veya myomatö uterus ihtimallerini doğrulayabilir veya ekarte ettirebilir. Uterus üzerindeki çıkıntının sertliği fibroid lehine, bir tek kornunun yumuşak ve hassas büyüklüğü interstisiyel gebelik lehinedir. Daha evvelki raporlar rüptüre interstisiyel gebeliğe bağlı çok yüksek maternal mortalite oranını kapsamaktaydı. Fakat günümüzdeki araştırmalar ve erken teşhis bu tür gebeliklerin mortalite oranını yaklaşık %2 - 2,5'a düşürmüştür.

İNTERSTİSİYEL GEBELİĞİN TEDAVİSİ:

İnterstisiyel veya kornual gebeliğin cerrahi tedavisi, uterus duvarında oluşan travmanın derecesine bağlıdır, olguların %50 den fazlasına kornual rezeksiyon ve defektin tamiri uygulanırken, geri kalanlarda histerektomi tercih edilmektedir. Genellikle bu konudaki karar cerrahın ve oldukça infertil olan bu hastaların doğurganlığının korunmasına olan ilgisini yansıtmaktadır. Histerektomi, gebeliği kornun tamirini teknik olarak zorlaştıracak, zaman kaybetirecek ve tıbben tehlikeye sokacak kadar ilerlemiş olan gebelerde seçilen bir tedavi metodu olarak kalmaktadır. Myometriumu aşırı rezeksiyonu gerektiğinde, yalnızca cerrahi risk akılsızlık değildir. Özellikle intra-abdo-

minal aşırı kanaması olan hastalarda, sonraki gebelikte olunca, uterus rüptürü potansiyelin yükseleceğide göz önüne alınmalıdır. Genelde 35 yaşın altındaki vakalarda, cerrahi durumu sabit olanlarda ve gelecekte doğurabilme arzusunda kararlı, özellikle canlı çocuğu bir veya hiç olmayan hastalarda uterusun saklanması ve korunması gerekebilmektedir (3,10).

İNERSTİSİEL GEBELİĞİN SALPINGO-OOPHOREKETOMİ EKSİZYON TEKNİĞİ

Ektopik gebeliğin kapsamında olduğu için eğer over korunamıyorsa aşağıdaki şekilde salpingo-oophoreketomi yapılır. Kornuya çok yakın olan assendan uterin damarlar sekiz şeklinde sütürlerle ayrı ayrı bağlanır. İnterstisiel gebelik V şeklinde eksize edilir ve myometrium sekiz şeklindeki kromik katkı sütürlerle yaklaştırılır. Bu yapıldığında, rount ligamentin kesilmesi gerekli olabilir. Böyle olursa lig. Rount kornuya suture edilebilir ve uterin seroza bir nolu kromik katkılerle kontünü veya ayrı ayrı sütürlerle yaklaştırılır. Lig. Rotundum ve lig. latum bir nolu kromik katkıle mattress sütürlerle insizyon üzerine getirilir ve modifiye Coffey süspansiyonu uygulanır (17). Şekil-13 A, B, C, D.

C- OVARIYAN GEBELİK:

Primer ovariyen gebeliklerin oluşmasında intrauterin araçların endometrium üzerine olan implantasyondan koruyucu etkisi ve proksimal tubaya olan parsiyel koruyucu etkisi nedeniyle bariz bir artış vardır. Halbuki bu araçların ovariyen gebelik üzerine koruyucu etkisi yoktur. Sonuç olarak ovariyen

gebelik bu gün yaklaşık bütün ekstrauterin gebeliklerin %0,5'i iken gelecekte raporlarda daha fazla rol oynayabilecektir. Nüfus planlaması programı istatistiklerine göre, en son veri, intrauterin araç kullananlar arasında oluşan her 9 ektopik gebelikten birinin ovarian gebelik oluşur. Garip bir şekilde intrauterin araç kullananlarda seyrek olarak oluşan gebeliklerin %4,3'ü ekstrauterin gebeliktir.

1950 den 1974'e kadar olan çeyrek yüzyıl zarfında, İngiliz literatüründe primer ovarian gebelik konusunda muhtelif rapor özetleri verilmiştir. Boronofw ve arkadaşları 1950 ve 1963 arasındaki literatürde 62 olguyu özetlemişlerdir. Campbell ve beraberindekiler 1973 listesine 91 olgu ilave etmişlerdir. Bu kendilerine ait 3 yeni olguyu da kapsar ve Pratt-Thomas ile beraberindekiler 1974 de 10 yeni ilave olguyu rapor etmişlerdir. Bu günkü kayıtlar 1682 de bu antitenin ilk tanımından beri İngiliz literatüründe yer alan 248 olguyu kapsarken, bunun en azında 2-3 misli kadar rapor edilmemiş veya kayda geçmemiş olgu bulunduğu anlaşılmıştır.

Ovarian gebelik olgularının yaklaşık %15 İntrafolliküler iken, çoğuda folliküler orjinlidir. En son klasifikasyona göre Miosis'in 2 ci safhası ovumun kapasitasyon ve fertilizasyonu gibi follikül içinde olmaktadır. Böyle olgularda gebelik kesesinin duvarında iyi korunmuş korpusluteum Spigelberg'in diğer kritleri ile birlikte seçilebilecektir (17).

Bu kriterler şunlardır:

1- Tuba, Fimbria ovarikasıyla beraber, İntakt, forme ve

bariz olarak overlerden ayrılabilir.

2- Gebelik kesesi overin normal pozisyonunu muhakkak işgal eder.

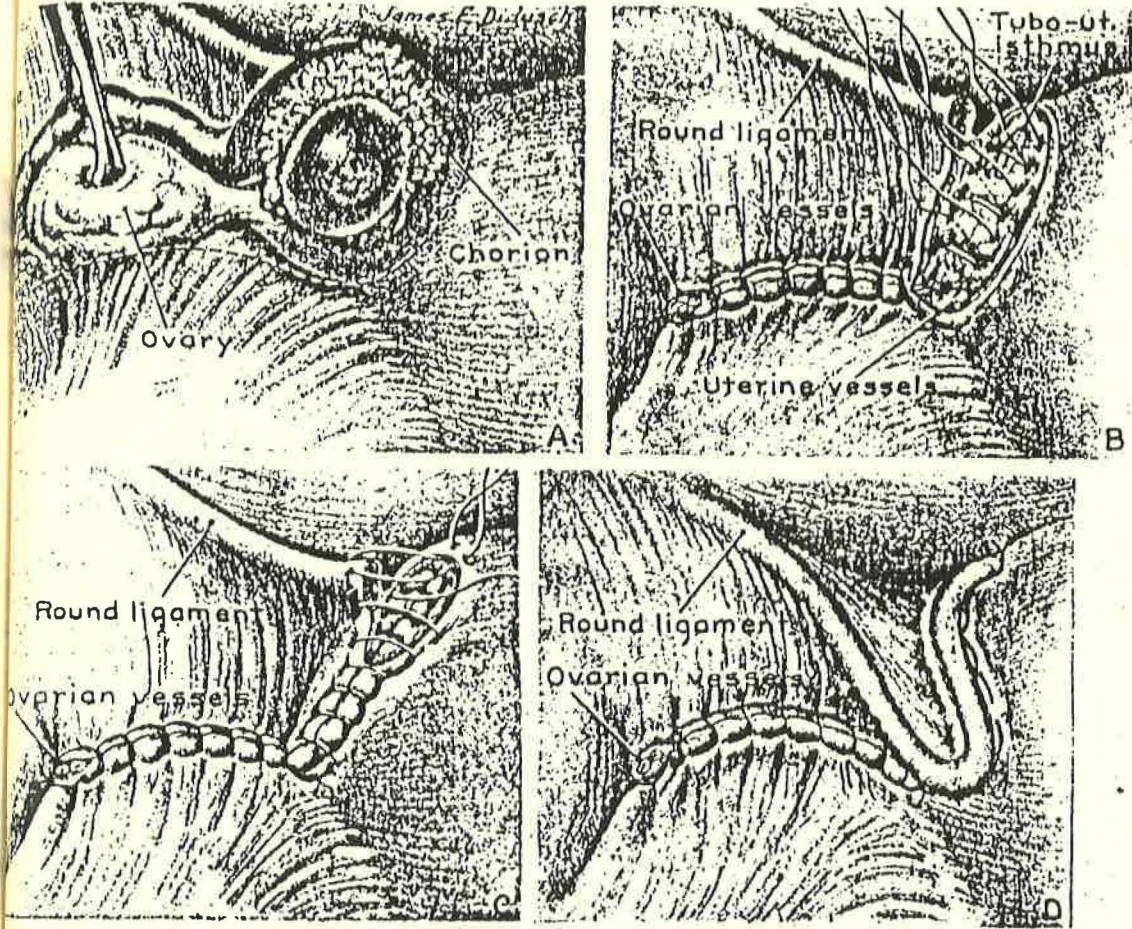
3- Kese, uterus ile Utero-Overiyan ligamentle bağlıdır.

4- Kese duvarında ovarian doku istisnasız demonstre edilebilir.

Ovariyan gebelik tetkiki,perfore korpus luteum hematomu ile kolayca karıştırılabilir.Endoskopik tetkikte gross görünümüleri aynıdır.Rezeke edilmiş korpus luteum hematomlarının mikroskopik araştırmasında pek çok gizli kalmış ovarian gebelik örneği bulunmuştur.Bu nedenle pek çok olguya tanı konamadığı gibi kesin insidans da bilinmemektedir (2,3,10,17).

OVARIYAN GEBELİĞİN TEDAVİSİ:

Genelde,ovariyan gebelikteki kanama miktarı korpus luteum hematomundan çok daha fazladır ve genellikle cerrahi müdahale gerekmektedir.Tanı çok geciktirilmedikçe,over hemorajik kısmı rezeke edilmek süretiyle korunabilir.Sadece nadiren yeterince interstisiel hemoraji varsa,over tamamen çıkarılır ve kanamanın kontrolu için ooferectomi gerekli olur.Ovariyan rezeksiyonda son trofoblastik villus çıkarılmasa bile overi korumak için bütün gayretler sarfedilmelidir.Bırakılacak her trofoblastik doku süratle dejenere olacak ve klinik bir sorun çıkarmayacaktır.Korpus luteum hematom veya ovarian gebelikte uygulanan teknikte yaklaşım doğrudan lezyonun overden rezeksiyonu şeklindedir.Yalnızca bırakılan ovarian dokunun kanlanmasını bozacak bir durum söz konusu olan olgularda ooferectomi uygulanmaktadır (3,17).



ŞEKİL :13

İnterstisyel Dış Gebelikte Operasyon
Tekniği.

D- ABDOMİNAL GEBELİK:

Abdominal gebeliğin oluşması en ciddi tipi olduğu kadar belki en nadir ekstrauterin gebelik tipidir.

EPİDEMİYOLOJİ:

Bu antitenin sıklığı çok değişebilmektedir. Finlandiya'da 3371 doğumda 1 ile (Beachan) 20.000 de 1 miadında doğum arasında değişmektedir. New Orleans'ta Charity Hastanesinde 1937 den 1961 e kadar 65 olgu tedavi eden Beachan ve arkadaşları bu konuda bu güne dek belkide en büyük araştırmayı yapmışlardır. Literatürdeki 553 olguluk araştırmaları hastaların %60 nın zenci olmasıyla,ırka ait bir insidansı göstermiştir. Charity hastanesindeki araştırmalarında da olguların %95 şinin zenci olması ırka bağlı dağılımın Predominansını göstermiştir. Clark ve Jonesin Freedman Hastanesinde yaptığı 35 abdominal gebelik olgusunu kapsayan en son araştırmada bu klinik bulguları doğrulamaktadır. Çalışmalarında ilerlemiş abdominal gebelik insidansı yaklaşık 1746 gebelikte 1 di. Halbuki Strafford ve Ragan'ın araştırmalarında 7269 doğumda 1 abdominal gebelik görülmesi bu duruma daha iyi bir örnektir (17).

ABDOMİNAL GEBELİĞİN SINIFLANDIRILMASI:

Abdominal gebelikler primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Yayınlanan olguların çoğu erken tubal abortus veya rüptür sonucunda gebeliğin peritoneal kaviteye implantasyonu sonucunda oluşmaktadır.

a-) Primer abdominal gebelik:

Fertilize ovumun gerçek primer abdominal implantasyonunu ispat etmek zordur.

Bununla beraber Studderford`u bu antiteye ait kriterleri 1942 de açıklamasından bu yana izole olgular rapor edilmiştir. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Biriminde, 1982 yılında miadında bir primer abdominal gebelik olgusu (miadında ölü) tesbit edilmiştir.

Primer abdominal gebelik kriterleri:

- 1 - Her iki tuba ve overlerin yeni veya eski bir zedelenme olmadan normal durumda bulunması,
- 2- Hiç bir utero-peritoneal fistülün bulunmaması,
- 3- Sadece peritoneal yüzeye ait bir gebeliğin bulunması ve bununda tubadaki primer nidasyonun devamı olmadığını gösterebilecek kadar yeni olması.

Bu bulgular cul-de-sac`ın ovum ve spermin insan fertilizasyonunda geçici bir ambar olarak fonksiyon verebileceğini göstermektedir. Primer peritoneal implantasyonun bu şekildeki izahı tubanın fertil zigot`un uterus kabitesine transportunda başarısız kaldığını düşündürmektedir. Eğer bu teori doğru ise, acaba bu durum neden mevcut raporlardan daha sık görülmemektedir.

b-) Sekonder abdominal gebelik:

Primer implantasyondan çok daha sık olduğu gayet iyi bilinmektedir. Bu durum tubal gebeliğin plasentanın tuba duvar yoluyla yayılmasıyla başka bir vissera tutulması yada fimbrial uc yoluyla abortusu sonucu oluşmaktadır. Plasentanın tubal implantasyonundan tamamen ayrılarak tubadan doğup pelvik visserler üzerine reimplantasyonunda bazı şüpheler mevcuttur. Plasentanın fetusu kanlandıran kısmının tuba ile irtibatı devam etti-

rerek yeni peritoneal plasentanın bir devamı olması muhtemeldir.

Sekonder abdominal gebeliklerin nadir tipleri:

1- Eski sezeryan sectio eskarlarının spontan ayrılmasını takiben oluşan sekonder abdominal gebelik,

2- Terapotik veya elektif abortus anında uterus perforasyonu sonucu oluşan dış gebelik,

3- Subtotal yada total histerektomiden sonra oluşan gebelikler. Histerektomiden sonra dış gebelik alışılmamış bir olaydır. Ameliyatta bırakılmış saf tubada veya batında teşekkül etmiş olan dış gebelik söz konusudur. Niebyl dünya literatüründe histerektomiden sonra teşekkül etmiş 21 tubal veya abdominal dış gebelik olgusu derlemiştir. A.R. Alexander ve arkadaşları Sims ile Letts'in olgularından sonra 2 olgu daha yakalamış olup toplam 23 olgu yayınlanmıştır. Bir kısım olgular ise supraservikal histerektomiden sonra oluşmuşlardır. Bu olgularda servikal kanal spermlerin peritoneal kaviteye ilerlemesine yardımcıdır. Diğer olaylarda spermler vajinal kafın dikişleri arasında oluşan fistüloz geçitlerden yol bulmuşlardır (2,3,10,17).

ABDOMİNAL GEBELİĞİN TANISI:

Oldukça zordur ve erken devrede tesbit edilmesi plasenta ayrılmasına bağlı feci kanama ihtimalinden kaçınabilmek çok önemlidir. Hastanın hikayesi genellikle tekrarlayan abdominal rahatsızlık hissi, karın duvarı altında fetusun hareket etmesi, üst veya yukarı abdomende fetal hareketlerin varlığı şeklindedir.

a-) Klinik tanıda:

- 1- Vajinal muayenede lig.rotondumlar ele gelmez,
- 2- Fetal kalp atımları normal gebeliktekine oranla daha yüksek tonludur,
- 3- Hicks kontraksiyonları oluşmaz,
- 4- Fetüs çok kez transverstir ve abdomenin yukarı kısımlarındadır,
- 5- Pelvis de fetüsün yanında uterusu ait kitle ele gelir,
- 6- Plasentanın yerleşmiş olduğu bölgede kuvvetli sufl işitilir.(Dixon-Stewart belirtisi)
- 7- Teşhis için hastaya bir miktar oksitosin hormon damar yoluyla zerk edilerek uterus kontraksiyonları palpasyonla araştırılabilir.Tabiatıyla abdominal gebeliklerde böyle bir kasılma vuku bulmayacaktır.

b-) Radyolojik bulgular:

Tanının doğrulanması uterin kavite dışında fetüsün demonstre edilmesini gerektirir.Bunun için;

- 1- Histero-Salpingografi ile kavite boşluğu ceninden izolasyonu sağlanır.
- 2- Yumuşak doku tekniğiyle yapılacak direkt batın radyolojik tetkikinde; Uterusa ait gölge yoktur.Fetüsün başı iğ şeklindedir.Ekstremiteler alışılmış pozisyonda değildir. Lateral grafide fetüs karın duvarına çok yakın görülür.Amnios kesesi ince bir zar gibi seçilir.Fetüsa ait küçük kısımların

anne omurgası üzerinde lateral pozisyonda rontgenle tesbiti ilk defa 1956 da Weinberg ve Shewin tarafından kaydedilmiştir ve bulunğu zaman oldukça güvenilir bir bulgudur.(Şekil-10 A, B.) Lit.10,17

c-) Ultrasonografi:

Abdominal gebelik tanısında günümüzde en etkili metod ultrason olup ekstrauterin gebeliğin gebe olmayan uterustan aşikar olarak ayrı bir durumda tesbitini sağlar (3,12).

Abdominal gebeliğin klinik tanısının doğrulanmasında çalışmalar çeşitlidir.Fakat bu,operasyondan önce,nadiren %50 den fazladır.Bir kere tanı gerçekleştirmiş kanaatimizce cerrahi müdahale geciktirilmemelidir.Çünkü intra-abdominal plasenta dekolmanı olursa maternal risk kadar fetal mortalite oranıda yüksektir.

Clak ve Jones 35 abdominal gebelik çalışmalarında bütün fetal kurtulma oranı %11 iken maternal ölüm oranı %4-10 olarak rapor etmişlerdir.Petusun yaşamasında etkili major faktörlerden biri fetal membranların infakt olmasıdır.Membranlar rüptüre olduğu zaman,fetus genellikle peritoneal kavitede veya neonatal peryotta solunum distrofisinden ölmektedir. Bu olgularda çok yüksek fetal anomali insidansı (%35-75) da söz konusudur.Bunlar fasiyal ve eklem deformiteleri,tortikolis ve hypoplastik ekstremiteler şeklinde olup,fetusun ekstrauterin çevresine bağlı olduğu düşünülmektedir (15).

T E D A V İ S İ

Plasentanın tashihi tartışma konusu olarak kalmaktadır. Fakat en iyisi kordunun klampe edilerek plasentanın yerinde bırakılması ve eğer mümkünse retroperitoneal drenajı sağlanarak batının kapatılmasıdır. Placenta kantitatif koryonik gonadotropin litresi tayini ile, ki o zaman dolaşım fibrozise uğramıştır. Fonksiyonun tamamen durduğu anlaşıldıktan sonra sekonder olarak çıkartılabilir. Thompsone plasentanın 13 yıllık bir periyot boyunca peritoneal kavitede hastaya hiç bir fizik zarar vermeden bırakılabileceğini rapor etmiştir. Trofoblastik dejenerasyonu hızlandırmak için bazen HCG titreleri tayin ederek, Methotraxat kullanılmıştır. Laparotomide placenta şayet erişilebiliyorsa ve aşırı kan kaybı olmadan gerçekleştirilebilecekse çıkartılmalıdır. Bununla birlikte şüphe duyulursa en iyisi plasentayı yerinde bırakmak ve dolaşımı sıkleroze olmasını beklemektir (17).

E- EKTOPIK GEBELİĞİN DİĞER ŞEKİLLERİ

1- KOMBİNE GEBELİK:

Bir arada intrauterin ve ekstrauterin gebelik ilk defa 1708 de Duverney tarafından tanımlanmıştır. Tarinte kaydedilen böyle kombine gebelik sayısı 500 den fazladır ve insidans yaklaşık 30.000 de 1 dir. Her iki gebeliğin birden terminini doldurması ihtimali oldukça nadirdir.

Reeves ve Savarrese 1954 den önce her iki gebeliğini başarı ile tamamlayan yalnızca 16 örnek kaydetmişlerdir. Ve o zamandan beri de çok az sayıda olgu rapor edilmiştir. Olguların yaklaşık %50 si intrauterin ikiz ölümü ile birlikte dir. Gebelikler çeşitli kombinasyonda olabilmektedir. Abdominal, ovarial ve tubal gebelikler intrauterin implantasyonla birlikte görülebilmektedir.

TANI:

Uterus büyüklüğünde en az bir artış olduğu dikkati çekip dış gebelik alındığı zaman genellikle suspektir. Halbuki ekstrauterin gebelik esnasında buna bağlı olarak uterusun çeşitli derecede büyük olabilmesi nedeniyle bu klinik belirti sıklıkla atlanabilmektedir. Genellikle dış gebelik alındıktan sonraki aylarda hastanın menstruasyon görmemesine kadar ilave bir gebelikten şüphe edilmemektedir. Uterusun devamlı büyümesi ve pozitif gebelik testleri tanıyı doğrular. Her ne kadar canlı yeni doğanların büyüme ve gelişmesini gösteren çok az bilgi mevcutsa da ekstrauterin gebelikten dolayı şok ile birlikte olan böyle olguların kombine gebeliklerden doğan çocuklarda Jolly ve Norman tarafından yapılan santral sinir sistemi araştırmalarında gösterildiği gibi kalıcı beyin hasarı yapabileceği konusunda özel bir endişe mevcuttur.

Kombine gebeliklerin tashihinde major sorun, eğer her iki fetus yaşıyorsa ve gebeliğin ortasına ulaşmışsa, gebeliğin miadına ulaşması sağlanmaktadır. Eğer ekstrauterin gebelik devam ederse, intra-abdominal hemoraji riski büyüktür ve ekstra-

uterin gebeliğin erken sonlanması fikrini destekler. Her ne kadar yakın klinik gözlem ile ekstrauterin gebeliğin terminal büyüklüğe erişmesinin başarıldığını gösteren raporlar olmuşsa da bu anne ve intrauterin fetusun her ikisi için de felaketle sonuçlanabilecek büyük bir risktir (3,17).

II- SERVİKAL GEBELİK :

Serviks plasental implantasyon için nadir fakat çok tehlikeli bir bölgedir. Çünkü trofoblastların serviks duvarına ve uterus arterlerine penetrasyonu ile birlikte hemoraji komplikasyonu söz konusudur. Trofoblastik implantasyonunun bu garip lokalizasyonu, alt segment ve servik birleşiminde implante olan plasentanın servikse sekonder bir uzaması sonucu olabilir. Bu bölgenin aşırı kanlanmasına bağlı kanamalar sıklıkla geç olup, sadece gebelik materyelinin progresif büyümesi ve servikal kanalında genişlemeye başladığı zaman meydana gelmektedir.

SERVİKAL GEBELİĞİN TANI KRİTERLERİ:

İlk defa 1911 de Rubin tarafından ortaya atılmıştır. Şu kondisyonları kapsamaktadır:

1- Servikal glandlar, plasentanın tutunma yeriyle karşılıklı bulunmalıdır.

2- Plasentanın servikse tutulması sağlam olmalıdır.

3- Plasentanın tamamı yada bir kısmı uterusu damarların giriş yerinin veya uterusun ön yada arka yüzünün peritoneal örtülü kısmının aşağısında yer almalıdır.

4- Fetal elementler korusu uteride bulunmamalıdır.

Bu nadir durumu insidansı Mayo kliniğinde raporların-

daki gibi 16.000 gebelik 1 den, Japonya`da bildirilen 1000 gebelikte 1 kadar geçişmektedir. Japonya`da elektif abortusun çok sayıda olması, servikal gebeliğin sık görülmesinde ve major etyolojik faktörlerden biridir. U.S.A. dan elektif abortustaki gibi artış ile birlikte servikal gebelik sıklığında bir artış olması muhtemeldir.

TANI:

Gebelik materyelinin artmış vasküleritesi ve frajil görünüşü nedeniyle tanı sıklıkla neoplazik süreçlerle karıştırılmaktadır. Plasenta yanlılıkla tümör olarak değerlendirilip biopsi alınırsa profüz kanama olabilecektir. Servikal kanaldan doğmuş spontan abortus ile de karışır.

TEDAVİ:

Servikal gebelikte tedavi cerrahidir. Genellikle abdominal histerektomi gerektirir. Hakiki servikal gebelikte fetus canlı kalmaz. Bu anormal implantasyon genellikle ilk trimester içinde semptom verecektir. Her ne kadar Whittle`nin bildirdiği gibi çok erken servikal gebelik bazen maharetli dilatasyon ve küretajla konservatif olarak boşaltılabilirse de genellikle abdominal histerektomi gerektirecek olan profüz bir kanama komplikasyonu doğacaktır. Mortimer, gebelik 8 haftalığı geçmeden asla teşebbüs edilmemesini tavsiye etmektedir. Bu nedenle çok kere konservatif tedavi tavsiye edilmemektedir (3,17). Şekil-9 A, B, C.

III- RUDİMANTER UTERUSTA GEBELİK:

Hadise normal gebelik ile karışır. Bu olgularda doğum mümkün olmaz. Zira rudimenter uterusu vajene açılan bir yol

yoktur. Gebeliğin vuku bulması için normal bir uterus ve tuba yolu ile batına ulaşan spermlerin ovumu döllemesi ve zigotum rudimenter uterusu yerleşmesi gerekir. Buna eksternal migrasyon denir.

Rudimenter uterus gebeliğinde 4 veya 5. ayda rüptür olur. Bu suretle de dış gebeliğe has klinik tablo ortaya çıkar.

Hadise çoğunlukla dış gebelikle karışır. Tanı laparotomi sırasında olur. Olguların tanımlanmasında ligamentum rotundum yardımcı olur. Rudimenter uterus gebeliklerinde lig. rotundum organın üstüne ulaşır. Tubal gebeliklerde ise tüpün yanında ve orta hatta yakın olarak uterusu kavuşur. Şekil-8

Operasyonla rudimenter uterusun çıkarılması gereklidir (10).

IV- İNTRALİGAMENTER DIŞ GEBELİK:

Primer tuba veya ovaryum gebeliğinin rüptürünü izleyen sekonder bir yerleşmesidir.

İki taraflı tubal gebeliklerin ve hem iç ve hem dış gebeliklerde olduğu olgular yayınlanmıştır. Tedavi operasyondur. O tarafın ligamentum latumun konsepsiyon materyeli ili birlikte eksize edilmesi gerekmektedir (2).

MATERYAL VE METOD :

Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Biriminde 1976-Ocak 1983-Aralık yılları arasında başvuran 57.181 gebelik olgusu tesbit edilmiştir ve bu süre içerisinde 57 ektopik gebelik olgusu saptanmıştır.

BULGULAR:

İnsidans:8 yılda hastanemizde 57.181 gebelik olgusuna karşılık 57 dış gebelik olgusu tesbit edilmiştir.Oran,yaklaşık %0,99 dur.Literatür malumatında bu oran %0,25-0,50arasındadır (2,13,17).

Tablo:II- Olguların parite oranı:

| Parite | Olgu Sayısı | % (Yüzde) |
|--------------------|-------------|-----------|
| 0 | 19 | % 33,3 |
| 1 | 6 | % 10,5 |
| 2 | 10 | % 17,5 |
| 3 | 7 | % 12,5 |
| 4 ve Yu- karısı | 15 | % 26,4 |

BELİRTİLER:

Abdominal ağrı adet gecikmesini müteakip 0-10 hafta içerisinde olabilir.Olgularımızın büyük bir bölümünde ağrı,

adet gecikmesinden sonra ortaya çıkmıştır. Menstruasyon anamnezi farklılıklar göstermiştir. 10 hastada amenore görülmemiştir. (%17,54) Diğer hastalarda 1-12 hafta ve daha çok haftalık adet gecikmesi vardır. Tanıda önemli bir vurgu, hastaların son menstrual periyotları normalken, menstruasyonun erken başlaması yada az olmasıdır. Bu tip adet farklılığı muhtemelen hakiki bir menstrual periyot içerisindeki ovular implantasyona bağlıdır. Olgularımızın 33'ünde (%58) vaginal kanama anamnezi mevcuttur.

SEMPTOMLAR:

Genel semptom klasik triattır. Ağrı, kanama, adneksial kitledir. Ayrıca bulantı kusma, amenore gibi bulgular bulunmuşken bir kısım olgular şokta başvurmuşlardır. (7 olgu, %12,1), 17 olgu da adneksial kitle (%29,8) tesbit edilmiştir.

Tablo III- Olguların Semptomları:

| Semptom | Sayı | %(Yüzde) |
|-----------------|------|----------|
| Kasık ağrısı | 57 | % 100 |
| Vaginal kanama | 33 | % 58 |
| Adneksial kitle | 17 | % 29,8 |
| Rötar | 47 | % 82,4 |
| Bulantı, kusma | 16 | % 28,1 |
| Şokta müracaat | 7 | % 12,1 |

YAŞ: 16-44 arasında değişmektedir.12 hastanın yaşları 34-39 arasındadır.

PARİTE: 39 hastada daha önce doğum olmuştur.(%68,4) Bunlardan 7 hasta 3 kez (%12,3),15 hasta 4 yada daha çok doğum yapmıştır.(%26,4),19 hasta daha evvel doğum yapmamıştır.(%33,3)

LABORATUVAR METODLARI:

Hemoglobin,eritrosit,hematokrit,idrara tetkiki yapılabilir.Hemoperitoneum hallerinde kanın peritoneal absorpsiyona bağlı olarak bilirubin seviyesi yükselir.Bu açıdan indirekt bilirubin bakılmalıdır.Olgularımızın 33'ünde rutin idrara,Hb.,Erit.tetkikleri ve 39 olguda pregnestigon testi yapma imkanı olmuştur.Pregnestigon testleri 26 olguda müsbet bulunmuştur.(%66,64)Lök.5200-14500 arasında değişmektedir.32 olguda douglas fonksiyonu (%56,1) yapmamız mümkün olmuş,25 olguda pozitif sonuç alınmıştır.(%78,1) Tablo:4

Tablo IV- Laboratuvar ve douglas fonksiyonları :

| Tetkik Nevi | Sayı | Genel % | Müsbet | Müsbet % |
|-------------------|------|---------|--------|----------|
| Douglas Ponk. | 32 | %56,1 | 25 | %78,1 |
| Pregnostigon | 39 | %68,4 | 26 | %66,64 |
| İdrar Er.Heb.Lök. | 33 | %58 | -- | -- |

DIŞ GEBELİĞİN ANATOMİK LOKALİZASYONU:

Olgularımızın 54 ü dış gebeliktir. (%94,73) Literatürde de oran buna yakındır. Tubal gebelik olgularımızın 12 si (%21,2), ampuller, 42 si (%73,68) istmik olarak bulunmuştur. Literatürde bu oran %35-40 civarındadır. Serimizde 1 olgu abdominaldır. (%1,75), 2 olgu ovarian gebeliktir. (%3,5) Servikal gebelik yoktur. Olguların 30 u sol tubada (%57,9), 24 ü sağ tubada (%42,1) lokalize idi.

OPERASYON ŞEKİLLERİ:

Seçilen ameliyat tipi genellikle total salpinjektomidir. (3,17) Tubayı korumak için yapılan konservati ameliyatlara pek yaygın değildir. Serimizde 45 olguda salpenjektomi (%78,7) 9 olguda salpingo-ooferektomi (%15,78), 2 olguda ooferektomi (%3,5), 1 olguda total histerektomi ile birlikte salpingo-ooferektomi ameliyatı yapılmıştır. (%1,75) Tablo VII

Tablo:V- Dış gebeliğin lokalizasyonu.

| Lokalizasyonu | Olgu sayısı | %(Yüzde) |
|---------------|-------------|----------|
| Ampuller | 12 | % 21,1 |
| Tuba istmik | 42 | % 73,68 |
| Abdominal | 1 | % 1,75 |
| Ovarial | 2 | % 3,5 |
| Servikal | - | - |

POST OPERATİF KOMPLİKASYONLAR :

Hastalarımızın hemogramları genellikle düşük bulunmuştur. 30 olguya 56 ünite kan verilmiştir. 45 olguda rüptüre dış gebelik olarak tesbit edilmiştir. Buna rağmen 45 hasta 7-10 gün de şifa ile taburcu edilmiş, 10 hasta 10-20 gün hastanede kalmış, 2 olgu ex. olmuş. 14 olguda post op. devrede 38-39,5°C ateş olmuştur. (Ex. oranı %3,5)

Tablo:VI- Sağ-sol tubal lokalizasyonu:

| Lokalizasyon | Olgu sayısı | % (Yüzde) |
|--------------|-------------|-----------|
| Sağ tuba | 24 | % 42,1 |
| Sol tuba | 30 | % 57,9 |

Tablo:VII-Operasyon şekilleri:

| Operasyon şekli | Olgu sayısı | %(Yüzde) |
|---|-------------|----------|
| Salpingektomi | 45 | %78,7 |
| Salpingo-ooferektomi | 9 | %15,78 |
| Ooferektomi | 2 | % 3,5 |
| Total histrektomi Salpingo-ooferektomi | 1 | % 1,75 |

T A R T I Ő M A

Bütün bu bilgilerin ışığında, hastanemizdeki olguların değerlendirilmesinde vardığımız sonuçları, şu şekilde özetleyebiliriz.

Ana sorun, olumsuz gebelik testi ve amenorenin yokluğudur. Amenore, olguların % 55,9'unda vardır(3,17). Bizim araştırmamızda % 82,4 oranında amenore vardır. Olumlu gebelik testi, olguların % 50'sini kapsamaktadır(7). Bizim olgularımızda olumlu sonuç, % 66,64'dür. Çok duyarlı gebelik testleri ile de, olumsuz olan bir kısım kronik olgularda, trofoblastik doku canlı olmayabilirdi. Beta Human koryonik gonadotropin gibi testler, güvenilir yol ve olasılıkla asemptomatik ektopik gebeliklerin taranmasında kullanılır(9).

Bozulmamış dış gebeliklerde, rutin kan tetkikleri, ayırıcı tanıda, çok az yardımcı olur. Sedimantasyon, ektopik gebeliklere oranla, akut salpinjitislerde daha yüksektir. Diğer kan bulguları, patogonomik değildir. Bozulmuş dış gebeliklerde, anemi ve diğer kan bulguları önem taşır.

Kuldosentez ve abdominal parasentez, ektopik gebeliğin tanısında, literatürde de belirlendiği gibi, gittikçe rutinleşmektedir(17). Hastanemizde 57 olgudan 32'sinde uygulanmış, 25'inde olumlu sonuç alınmıştır.

Menorajili ya da spontan abortuslu olgularda, küretaj yolu ile elde edilen dokunun incelenmesi, tanıda gecikmeyi azaltabilir(10). 21 günden daha uzun gecikmede ana sorumlu faktör, ilaçların kullanılması rol oynamış ve bu da, spontan abortustan yada menorajiden dolayı yapılan küretaj ile dış gebeliğin saptanmasında gecikmeye neden olmuştur(3).

Laparoskopi, hem tanı gecikmesini ve hemde hastanın hastanede kalmasını azalttığı için; ektopik gebeliğin tanısında değeri büyüktür(11).

Edindiğimiz sonuçları, literatür bilgileri ile kıyaslasak;

1- Pratikte en önemli semptom ağrıdır. Ağrı, orta şiddette, kolik ağrı tipine kadar değişme gösterebilir. Ağrının lokalizasyonu, alt karın bölgesindedir. Üreme devresinde ve abdominal ağrısı olan her kadında, dış gebelik olabileceği hatırlanmalıdır(17). Tesbitimizdeki dış gebelik olguların % 100'ünde, ağrı tesbit edilmiştir. Bu nedenle ağrı semptomunun, çok önemli bir bulgu olduğu kanısındayız.

2- Rahim içi kontraseptif araçlara rağmen, dış gebelik ihtimalini, asla ekarte etmemeliyiz ve literatürde bu bulgular yayınlanmıştır(13). Biz çalışmamızda, bu tür olguya rastlıyamadık.

3- Olgularda zorunlu olmadıkça, salpenjektomi yapmak yeterlidir(17). Araştırmamızdaki 57 dış gebelik olgusunu 54 tanesinin, tubanın değişik bölgelerine lokalize oldukları saptandı (% 94,73). Bu nedenle de, tedavi yöntemi, bizim olgularda, % 78,7 oranında salpenjektomi olarak seçilmiştir. Literatürde tubal gebelik oranı, % 95 olarak saptanmış ve salpenjektomi yöntemi tercihen seçilmiştir.

Ancak gerektiğinde konservatif cerrahi yönteminin, tedavide uygulanabileceğini söyleyenlerde vardır(5,17).

4- Dış gebelik düşünülen hastalarda, Douglas ponksiyonu yapılmalıdır. Bizde 57 olgudan 32'sinde Douglas ponksiyonu yapılmış, 25 olguda olumlu sonuç alınmıştır(% 78,1). Literatürde Douglas ponksiyonu ile yetinilmediği, gerekirse kuldoskopi ve hatta laparoskopisi yapılması fikri yaygındır(11,17). Ama Ülkemizin pek çok büyük hastanesinde olduğu gibi, hastanemizde de rutin laparoskopisi imkanları yeni teşekkül etmiştir. Bu nedenle laparoskopisi ile dış gebelik teşhisi, henüz yapılmaktadır.

5- Şüpheli atipik vajinal kanamalar, diğer bulgularla birlikte değerlendirilmeli ve probe küretaj yapılmalıdır(17). Histopatolojik sonuçun en kısa zamanda alınabileceği imkanlar oluşturulmalıdır. 57 olgumuzun 52'sinde, probe küretaj yapma imkanı olmamıştır ve ne yazık ki hiç bir olguda, müdahaleden önce, tanı yönünden yardımcı bir yöntem olarak seçilme imkanı oluşturulamamıştır.

S O N U Ç

Klasik semptom veren dış gebeliğe tanı konabilmesi zor olan bir olgu değilse de; kronik ve atipik olgularda, tanı, ya çok geç konur veya oldukça güçtür. Bu nedenle her hekim, doğurganlık çağındaki her kadında, dış gebelik ihtimali olabileceğini, asla akıldan çıkarmamalıdır. Dış gebeliğin erken tanısındaki geçikme, anne morbidite ve mortalitesi yönünden, olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Dış gebeliğin erken tanısıyla, ameliyat öncesi kan transfüzyonları, elektrolit ve sıvı dengesinin ayarlanması, şokla mücadele, yine anne mortalite ve morbidite, belki de infertiliteye dair sorunları azaltabilir.

Sonuç olarak, dış gebelik ensidansı, literatürde %0 25 iken, bölgemizde %0 99'dur. Yani literatürden yaklaşık olarak 4 misli fazladır.

Tanı yöntemi olarak, yakın zamana kadar bölgemizde, semptom, Douglas ponksiyonu, kısmen probe küretajdan istifade edilmesine rağmen; literatürde bunlara ilaveten, Radyo-Reseptör Assay ve HCG'nin kandaki tayini, kuldoskopi, laparoskopi, ultrasondan istifade edilmektedir.

Tedavi yöntemi ise, literatürde ve bölgemizde aynıdır. Genellikle salpenjektomi yapılmaktadır. Salpenjektomi oranı, literatürde % 73,68, bölgemizde % 78,7 dir.

Ö Z E T

Çalışmamızda;Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Birimine,1976 Ocak ve 1983 Aralık tarihleri arasında başvuran 57 181 gebelik olgusu içinde tesbit edilen,57 ektopik gebelik olgusu;insidansı,septomatoloji,teşhis vasıtaları,terapotik yaklaşım ve tedavi yönleri ile değerlendirildi.Kesin ve erken teşhis ile,laparotomi endikasyonunun dikkatle seçilmesi zorunluluğu üzerinde durularak,yeni teşhis yöntemleri tartışıldı.

Daş gebelik konusunu incelerken,çalışmamızda teknik koşullar ve olanakların elverdiği oranda olgularımızı değerlendirek,literatür verileri ile kıyasladık ve sunmaya çalıştık.

L İ T E R A T Ü R

- 1-ALEXANDER,A.R.,EVERIDGE,G.J.:Ectopic pregnancy following total vaginal hysterectomy.Obstet.and Gynec.,53:7-11,1979.
- 2-ARISAN,K.:Doğum Bilgisi,I.Baskı,Çeltük Matbaacılık San.ve Tic.A.Ş.,İstanbul,1978,510-522.
- 3-BENSON,R.C.:Current obstetrics gynecology diagnosis treatment,II.Baskı,Lange Medical publications,California, 1978,671-681.
- 4-BERRY,C.M.,THOMPSON,J.D.,HATCHER,R.:The radioreceptor assay for HCG in ectopic pregnancy.Obstet.and Gynec.,54/1: 54-57,1979.
- 5-BUCOVSKY,I.,LANGER,R.,HERMAN,A.,CASPI,E.:Conservative surgery for tubal pregnancy.Obstet.and Gynec.,53/6:709-716,1979.
- 6-COLE,T.,CORLETTE,R.C.:Cronic ectopic pregnancy.Obstet.and Gynec.,59/1:63-67,1983.
- 7-DESTEFANO,F.,PETERSON,H.,LAYDE,R.,RUBIN,G.L.:Risk of ectopic pregnancy following tubal sterilisation.Obstet.and Gynec.,60/3:326-330,1982.
- 8-ESENDAL,A.Ş.:Dış gebelikler.A.Ü.T.F.Mecmuası,11:112-113, 1958.
- 9-GÜNHAN,C.:Ektopik tuba gebeliği.İzmir Devlet Hastanesi Mecmuası,17:302-309,1976.
- 10-GÜRGÜÇ,A.:Doğum Bilgisi,III.Baskı,Yargıçoğlu Matbaası, Ankara,1976,293-312.

- 11-HAZERKAMP, T.: Ectopic pregnancy. Diagnostic dilemma and delay. *International J. of Gynecology Obstetrics*, 17/6: 598-600, 1976.
- 12-KELLY, M. F., SANTOS, R. R., DUENHOELTER, J. H.: The value of sonography in suspected ectopic pregnancy. *Obstet. and Gynec.*, 53/6: 703-707, 1979.
- 13-ORY, H. W.: Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices-New perspectives. *Obstet. and Gynec.*, 57/2: 137-140, 1981.
- 14-PELOSI, M. A., APUZZIO, J., IFFY, L.: Ectopic pregnancy and etiologic agent in appendicitis. *Obstet. and Gynec.*, 125/4: 407-409, 1976.
- 15-SOYDAM, K.: Tubal gebelik lokalizasyonları ve klinik tablo arasındaki münasebetler. İzmir Devlet Hastanesi İhtisas tezi, 1964.
- 16-SCHWARTZ, R. D., PIETRO, D. L.: B-HCG as a diagnostic aid for suspected ectopic pregnancy. *Obstet. and Gynec.*, 56: 197-201, 1980.
- 17-TE LINDE, R. W., MATTINGLY, R. F.: Ectopic pregnancy-Operative Gynecology, Fifty Edition, C. B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto, 1977, 367-382.
- 18-WOLF, B. C., THOMPSON, N. J.: Female sterilisation and subsequent ectopic pregnancy. *Obstet. and Gynec.*, 55/1: 17-19, 1980.
- 19-WHOLEY, M. H.: Evaluation of arteriography in obstetrics. *Radiologic Clinics Of North America*, 5/1: 121-132, 1967.