
Ektopik Gebelik

Doç. Dr. Şule Akköse Aydın
U.Ü.T.F Acil Tıp AD
ATOK - 2012

Sunum Planı

- Tanım
 - Epidemiyoloji
 - Patofizyoloji
 - Klinik
 - Tanı
 - Ayırıcı tanı
 - Tedavi
-

Tanım

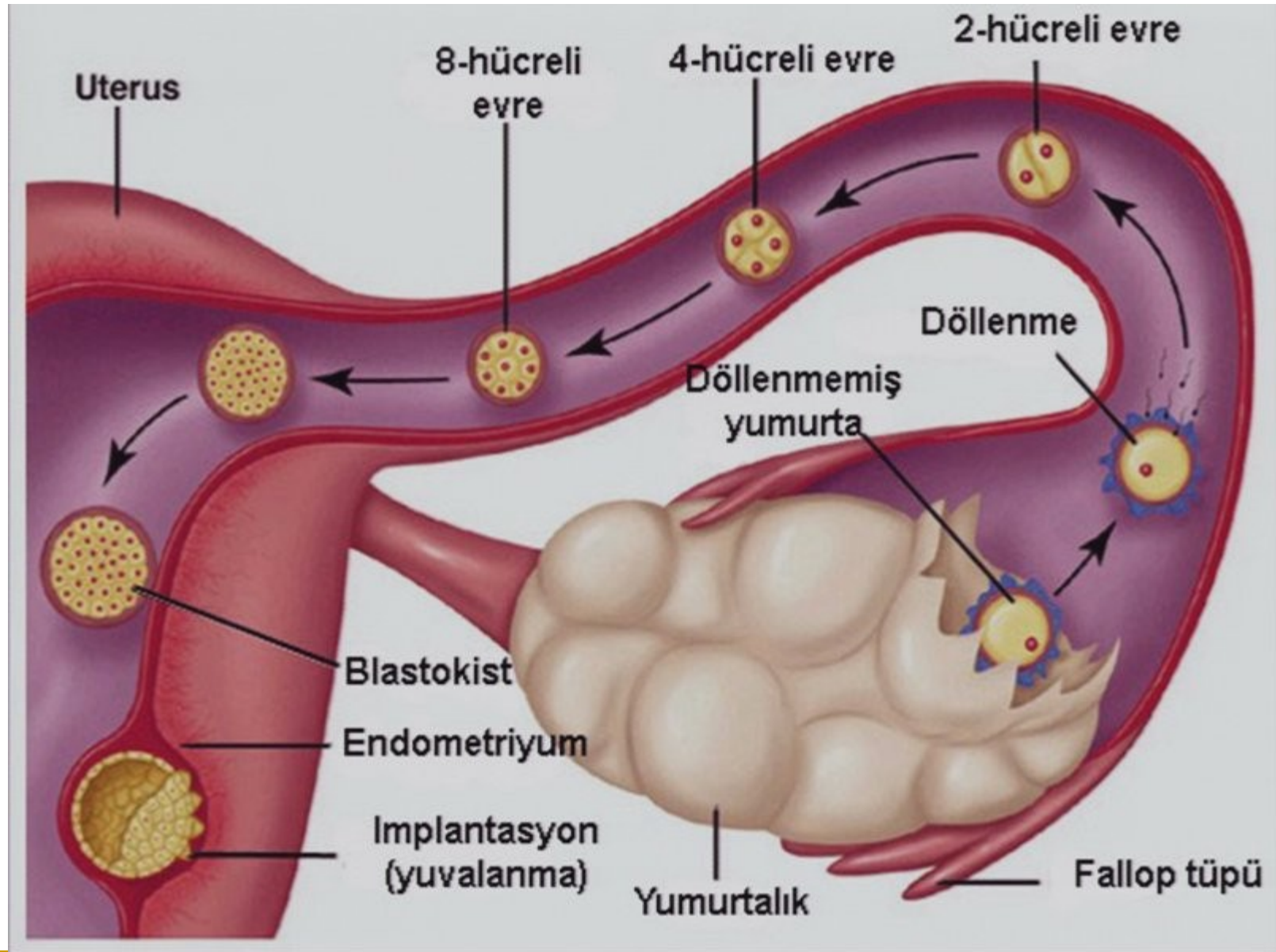
- Fertilize ovumun endometriyal kavite dışında bir alana yerleşmesi
 - İlk trimesterde görülen ölümlerin en önemli nedeni
-

Epidemiyoloji

- Görülme sıklığı giderek artmaktadır
 - Mortalite ve morbidite azalmaktadır (*tanı ve tedavide gelişmeler*)
 - 20 – 40 yaş arası, gelişmiş sosyoekonomik seviye
 - Tüm gebeliklerin % 0.5- 2 de görülür
-

Patofizyoloji

- Fallop tüplerinde tıkanıklık
 - Fallop tüplerinde hareket kısıtlılığı (*ovum transportunda gecikme ve ektopik gebelik riski*)
-



Patofizyoloji

- **Geçirilmiş ektopik gebelik**
 - **Geçirilmiş PID**
 - **Geçirilmiş tubal operasyonlar**
 - **İntrauterin araç kullanımı**
 - **Konjenital anomaliler**
 - **Ovulasyon indüksiyonu**
 - **Sadece progesteron içeren OK kullanımı**
 - **İleri yaş, sigara kullanımı**
-

Patofizyoloji

- En önemli risk faktörü geçirilmiş ektopik gebelik (*risk %30*)
 - En sık fallop tüplerine yerleşir (*sağ, ampullar, istmus, infundubular*)
 - Abdominal yerleşim
 - Ovaryan yerleşim
 - Servikal yerleşim
-

Patofizyoloji

- Tuba rüptürü
- Tuba-abdominal abortus

(ektopik gebelik erken tanınıp tedavi edemez ise)

Patofizyoloji

- Ektopik gebelikte normal plasenta gelişimi nadir
 - Plasente damarı tıkanabilir veya abortus gelişirse kanama meydana gelir
 - Periton içine kanama
-

Klinik

- Ağrı
- Vaginal kanama
- Adnekte kitle
- Amenore

(mens. gecikmesi olan cinsel aktif bir kadında karın ağrısı ve/veya düzensiz vaginal kanama varsa aksi ispat edilene kadar ektopik gebelik)

Klinik

- *Amenore, karın ağrısı ve vaginal kanama* normal gebelik abortusunda da görülür
-

Klinik

- % 90 olguda karın ağrısı
 - % 50-80 olguda vaginal kanama
 - Hipovolemi, şok bulguları
 - Pelvik ağrı, gerginlik, Kehr belirtisi
-

- Düzenli mens. kanaması olan kadınlarda da ektopik gebelik görülebilir
 - % 70 olguda mens. gecikmiştir, düzensizdir
 - Erken gebelik belirtileri görülebilir
-

Klinik

- Fizik muayene çok yardımcı değil
 - Karın muayenesinde lokal veya diffüz ağrı/hassasiyet
 - Pelvik muayenede adneksiyel kitle, duyarlılık, servikal renk değişikliği, vaginada kan
-

Tanı

- Günümüzde tanı transvaginal USG ve serum β HCG düzeyinin birlikte kullanılması ile konulur
-

Tanı

- β HCG, kanda > 10 u/ml
- β HCG, idrarda > 20 u/ml konsantrasyona ulaşıldığında saptanabilir
- İki günde bir % 66'lık artışlar genellikle sağlıklı bir normal gebeliği gösterir
- Ektopik gebeliğin başlangıç döneminde β HCG artışları normal gebeliği taklit edebilir (*implantasyon sahası embriyonun beslenmesi için yeterli olabileceğinden*)

Tanı

- *ACEP; başlangıçta muhtemel canlı intrauterin gebelik ve ektopik gebelik riskini belirlemek için en az iki günde bir β HCG testi yapılmalıdır*

Tanı

- Progesteron düzeyi normal gebeliklerde yol göstericidir ($> 25 \text{ ng/ml}$)
 - Patolojik gebeliklerde düşük olma eğilimindedir
 - Pratik bir yöntem değil
-

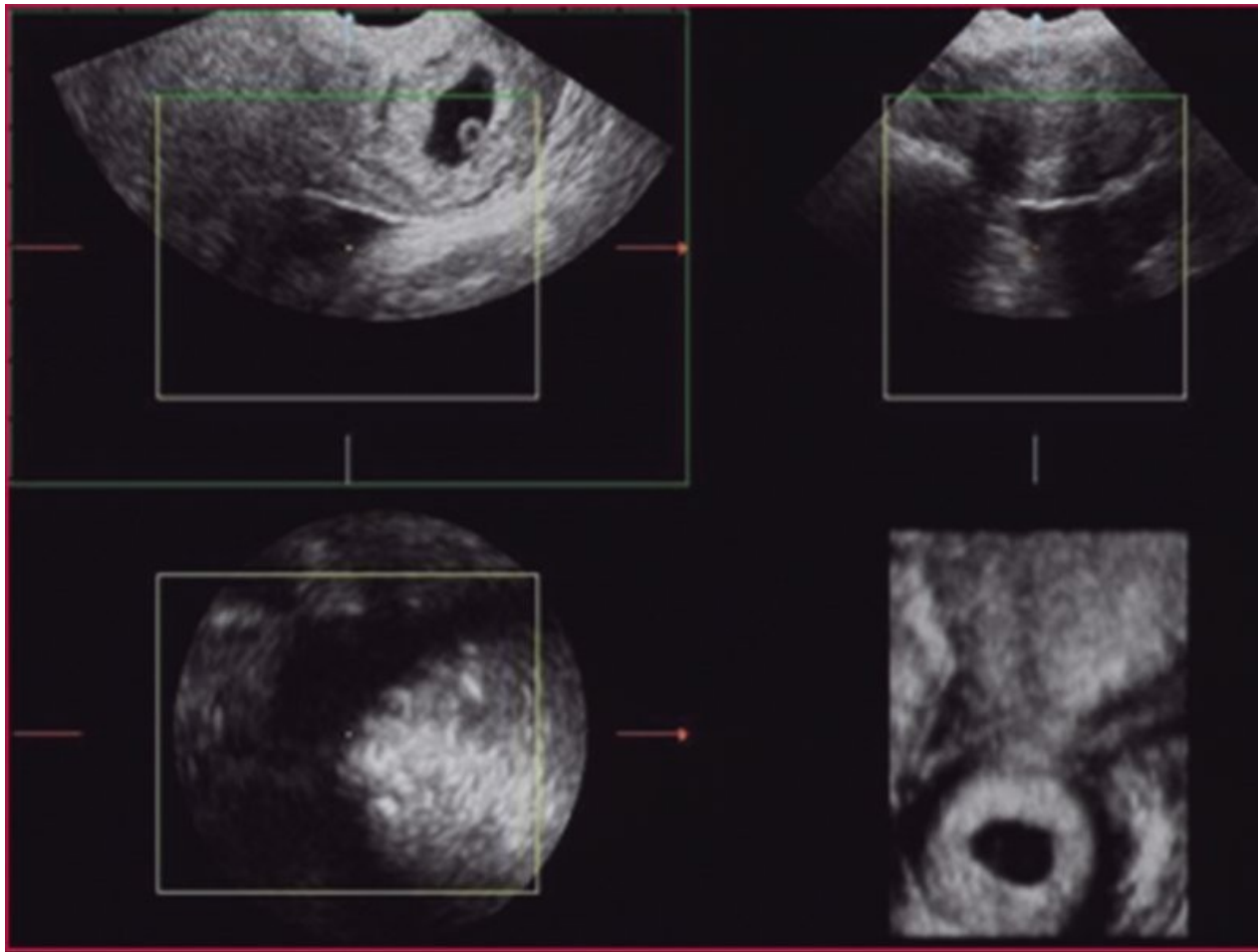
Tanı

- Transvaginal USG pelvis içinde 1 cm küçük yapıları bile gösterir
- Adnekslerde hiperekojen halka şeklinde gebelik kesesinin görülmesi değerli bir bulgu

Tanı

- Uterus dışında gözlenen fetal kardiyak aktivite
 - Ekojenik adneksiyal kitle ve/veya serbest pelvik sıvı
 - Ekstrauterin gestasyonel kese
-

Tanı



Tanı

- β HCG düzeyi 1500 IU/ml olmasına rağmen transvaginal USG'de uterus içinde gebelik kesesinin görülememesi ektopik gebelik tanısını kesin olarak koydurur

Tanı

- Son yıllarda invitro fertilizasyon ve ovulasyon indüksiyonu için kullanılan ilaçlarla birlikte heterotopik gebelik insidansı artmıştır
 - USG ile tanı mümkün
-

Tanı

- Transabdominal USG ile gebelik kesesi, fetus ve kalp atımı daha geç saptanır
- Transabdominal USG gebelik kesesinin görüntülenmesi için 6 hafta geçmesi ve 6500 İU/ml düzeyinde β HCG olması gerekir

Tanı

- Transvaginal USG ise erken gebelik haftası ve β HCG < 1000 IU/ml düzeyinde bile duyarlı bir yöntemdir
-

Tanı

- MR (*ulaşım zor, pahalı*)
- Kuldosentez (*spesifitesi düşük, invaziv, yaygın değil*)
- D&C (*elde edilen doku villus içermiyor ve gebelik testi pozitif ise ektopik gebelik tanısı alır*)
- Laparoscopi (*tanı ve tedavi*)

Ayırıcı Tanı

Tüm hastalar

- Apandisit
- PID
- Over kist/torsiyon
- İnf. Barsak Hast.
- Endometriozis
- Seksüel travma
- Üriner infeksiyon/kolik

Gebe Hastalar

- Normal gebelik
- Düşük tehdidi
- Molar gebelik
- İmplantasyon kanaması
- Korpus luteum kisti
- Heterotopik gebelik

Tedavi

- Gözlem
- Medikal tedavi
- Cerrahi tedavi

(hastanın hemodinamik durumu belirler)

Tedavi

- Rüptüre olmamış stabil ektopik gebelik metotraksat kullanılabilir
- Metotraksat bařlamadan önce rüptür ekarte edilmelidir (*trofoblastik aktiviteyi inhibe eder*)
- Metotraksatın kendisi de karın ağrısı yapabilir
- KHD konsültasyonu

Tedavi

- Rüptüre olmuř ektopik gebelikte
 - Erken tanı
 - Hemodinamik stabilizasyon
 - Hipovolemi ve şok ile mücadele
 - Erken KHD konsültasyonu
-

Tedavi

- *ACEP ve Amerikan Jinekoloji Birliđi ektopik gebelikte Rh (-) annelere 50 mikrogram im Rhogam uygulaması önermektedir*

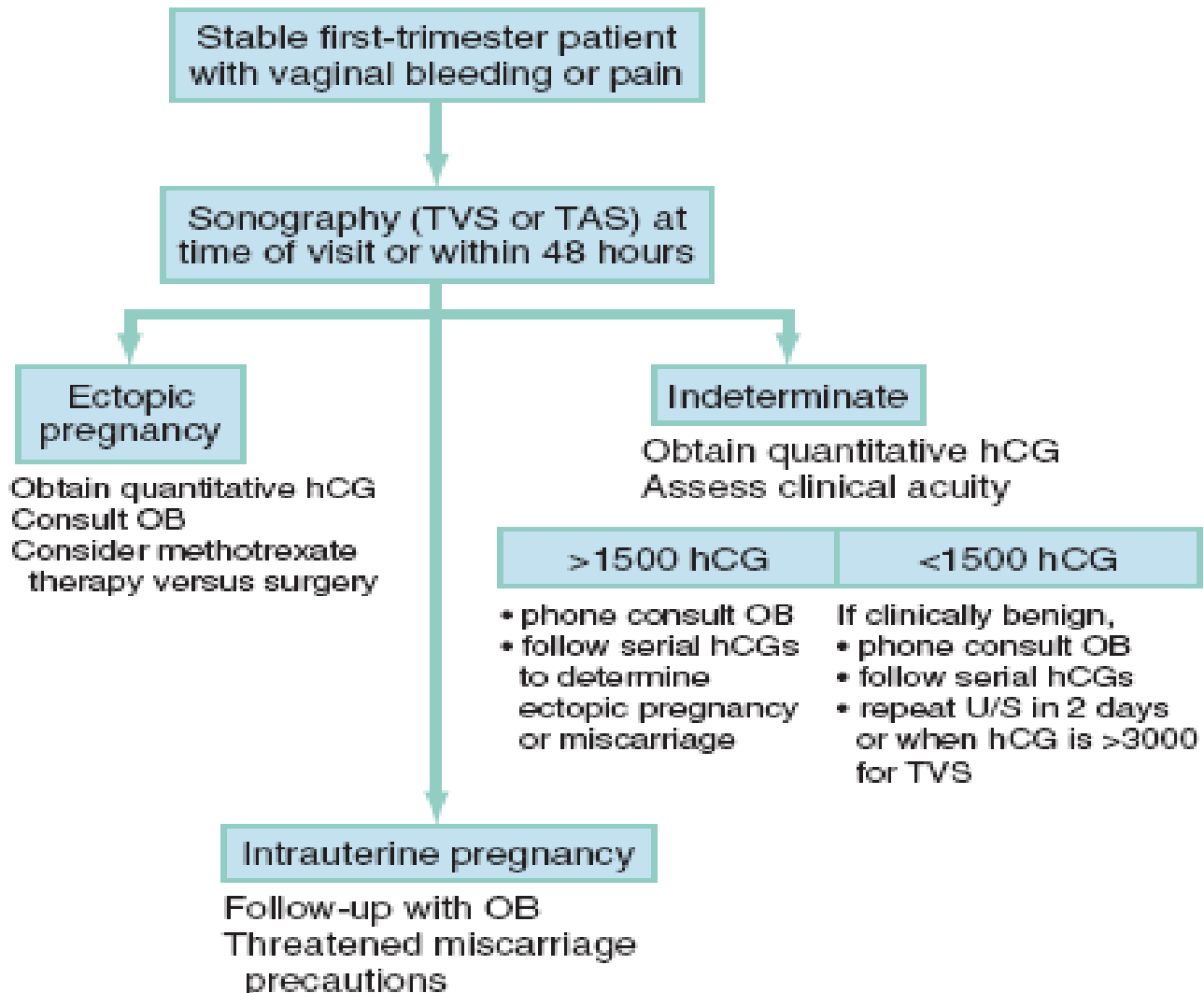


Figure 176-6. Management of vaginal bleeding or pain in the stable first-trimester pregnant patient. hCG, human chorionic gonadotropin; OB, obstetrics specialist; TAS, transabdominal ultrasonography; TVS, transvaginal sonography.

