

EKTOPIK GEBELİKLERDE YÖNETİM

Dr. İbrahim Ferhat Ürünsak
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Ektopik gebelik

- Fertilize ovumun uterin kavite dışında implantasyon ve gelişimine ekstrauterin veya ektopik gebelik adı verilir.

Gebeliklerin % 2'si ektopik gebelik

Tubal %95-96

Ampuller % 70

İsthmik % 12

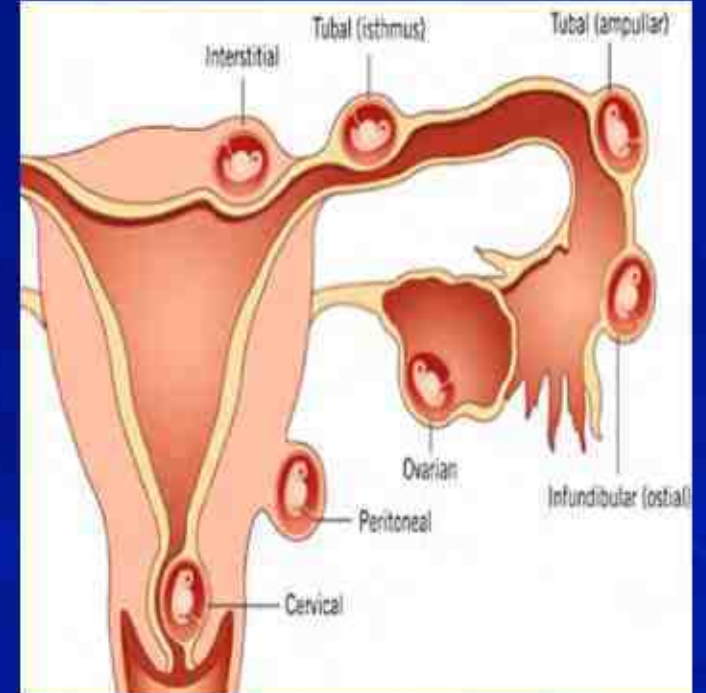
Fimbrial % 11

Kornual % 2-3

Ovaryen % 3

Abdominal % 1

Servikal ve Sezaryen skar ≤ 1



Ektopik gebelik

- Erken trimesterlerde ölüme yol açabilir
- Gebeliğe bağlı ölümlerin % 4-10 kadarını oluşturmaktadır.
- 1970'lerden 1990'lara kadar insidanda 6 kat artış olmuştur.* (PID)
- Haziran ve Aralık ayında daha sık

* Centers for Control of Disease (CDC).Ectopic Pregnancy Mortality Florida,2009-2010.MMWR Morbid Mortal Wkly Rep. 2012;61:106-109

Yüksek risk faktörleri

Önceki ektopik gebelik (% 8-15.4)

Tubal patoloji ve tubal cerrahi

Enfeksiyon, cerrahi, anomali, tümör

Rekonstruktif cerrahi

alta yatan tubal hasar sorumlu

Sterilizasyon

30 yaş öncesi daha sık

Tuboperitoneal fistül

Diğer risk faktörleri 1

- Genital enfeksiyon
salpenjit- klamidyâ/gonore
- IUD-RİA
risk artmıyor, ancak gebelik oluşursa risk daha yüksek
- İnfertilite
tubal fonksiyon etkilenir
CC %3-6
- Seksüel partner sayısı (PID)
- Sigara
immün sistem ve tubal motilite etkilenir

Diğer risk faktörleri 2

■ IVF

Ektopik ve heterotopik gebelik ↑

Servikal ve kornual gebelik ↑

■ Vajinal duş

PID ↑

■ Yaş

18 yaş ↓

35 yaş ↑ % 4.1 (kümülatif risk faktörleri ↑)

Tubal transportu etkileyen durumlar

- Kronik salpenjit % 90
- Salpingitis isthmica nodosa % 10
- Lectin, integrin, prostaglandin, growth faktör,cytokinler, modulator proteinler tubal implantasyona neden olabilir
- Fetal kromozomal ve anatomik anomali

Risk artışı gösterilmeyen faktörler

- Elektif sonlandırılmış gebelik öyküsü
- Spontan abortus
- Sezaryen öyküsü
- Oral kontrasepsiyon

Koruyucu faktörler

- Hormonal kontrasepsiyon
- IUD

Ektopik gebelik şüphesi?

- Gebe olduğu belirlenmeli (β -hCG)
- İntrauterin ? Ektopik? Heterotopik?
- Ektopik gebelik ise lokalizasyon belirlenmeli
- Rüptür var mı?
- Ek testler yapılmalı

Kan grubu-antikor taraması

Mtx tedavisi için ön testler (renal ve hepatik fonksiyonlar)

- Öykü alınmalı
- Risk faktörleri belirlenmeli
- Medikal ve cerrahi öykü
 - cerrahi ve medikal tedavi
 - kontrendikasyonları
- Fizik muayene
- Diagnostik testler / CBC- β -hCG
- TVUSG

KLİNİK SEMPTOMLAR

- Adet gecikmesi % 75-95
- Abdominal ağrı % 90-100
- Vajinal kanama % 50-80

- Baş dönmesi, bayılma % 20-35
- Defekasyon hissi % 5-15
- Gebelik semptomları % 10-25
- Gebelik materyali düşmesi % 5-10

- Asemptomatik

MUAYENE

Alt kadran ağrısı, vaginal kanama, servikal hassasiyet, uterusta hafif büyüme, adneksiyal kitle palpe edilebilir.

Rüptür - intraabdominal kanama yoksa :

tansiyon , nabız normal

(Hasta asemptomatik olabilir)

Rüptür ve intraabdominal kanama:

şok bulguları ,taşikardi ve hipotansiyon.

batın gergin, hassasiyet, rebound, defans

bağırsak sesleri azalmış ya da kaybolmuş

servikal hareketler hassastır.

Muayene bulguları

■ Adneksal hassasiyet	% 75-90
■ Abdominal hassasiyet	% 80-90
■ Adneksiyel kitle	% 50
■ Uterusta büyüme	% 20- 30
■ Hipotansiyon	% 10-15
■ Ateş	% 5-10

AYIRICI TANI

- Spontan abortus
- İntrauterin gebelik
- Korpus hemorajikum
- Rüptüre over kisti
- Over Torsiyonu
- Pelvik enflamatuvar hastalık
- Salpenjit
- Tuba-ovaryen abse
- Endometriozis
- Akut apandisit
- Üriner Sistem Taşı
- Dejenere uterus leiomyomları

TANI YÖNTEMLERİ

- **TV Ultrasonografi**
- **Seri β -hCG ölçümleri**
- **Progesteron**
- **Kuldosentez:** Douglas'ta biriken sıvı arka forniksten aspire edilir pıhtılaşmayan kan görülür
- **Dilatasyon ve küretaj:** koryon villusları yok, Desidual reaksiyon veya Arias- Stella reaksiyonu
- **Laparoskopi** : kesin tanı ve tedavi

ULTRASONOGRAFİ

■ Intrauterin gebelik :

TV-USG 5 ½ ve üzerindeki gebeliklerde intrauterin gebeliği %100 doğrulukla saptayabilir.

B-hCG 1500-2000 mIU/l ↑

Fetus ve kardiyak hareket 5 ½ -6 haftadan itibaren görülür

- İnfertilite tedavisinden sonra gebe kalındığında heterotopik gebelik her zaman ekarte edilmelidir

ULTRASONOGRAFİ

■ Ekstrauterin gebelik

Psödogestasyonel kese (% 10)

desidualize endometriyumdan kaynaklanan
kanamanın oluşturduğu görüntüdür

Adneksiyel kitle, gebelik kesesi, fetal kardiak aktivite

■ Adneksal kitle % 89

■ USG nondiagnostik → β -hCG seviyesi



Serum β -hCG seviyesi

- Normal intrauterin gebelikte serum β -hCG seviyesi gestasyonun 40. gününe kadar her iki günde iki katına çıkar. Ektopik ve viabl olmayan intrauterin gebeliklerde β -hCG seviyesindeki artış daha yavaştır.
- Azalan veya plato yapan hcg seviyesi çoğunlukla başarısız gebelikle ilişkilidir.
- 72 saat içinde β -hCG ikiye katlanmıyorsa, gebelik anormaldir. (Ektopik gebelik veya başarısız intrauterin gebelik)

What serial hCG can tell you, and cannot tell you, about an early pregnancy

Serum β -hCG seviyesi

- β -hCG'nin %53 ten daha az arttığı olgularda %15 olasılıkla intrauterin gebelik
- Ektopik gebelik olgularında %17 oranında normal beta-hCG artışı olabilir

Serum Progesteron Seviyesi

- Tek bir ölçüm yeterlidir
- 5 ng/mL ↓ serum progesteron seviyesi mükemmel bir spesifite ve %60 sensitivite ile başarısız bir gebeliği tanımlar
- Progesteron seviyesi > 20 ng/mL ↑ ise sağlıklı bir gebelik için %95 sensitivite ve %40 spesifiteye sahiptir.
- Serum progesteron seviyeleri ektopik ve intrauterin gebelik ayırımında kullanılamaz

Endometrial Küretaj 1

- İntrauterin bir gebeliğin sonlandırılması isteği varsa uygulanmalıdır
- Heterotopik gebelik çok nadir durumda birlikte olabilirler
- Doku örneklerinde koriyonik villusların görülmesi gebeliğin intrauterin olduğu tanımlar

Endometrial Küretaj 2

- Spontan bir gebelik kaybının histolojik değerlendirilmesi yapılmadan %40 oranında ektopik gebeliğin ön tanısı uygunsuz bir şekilde konmaktadır
- Aries-Stella reaksiyonu: gebeliğin hipersekretuar endometriumu
Hem ektopik hem de intrauterin gebeliklerde görülebilir, bu nedenle ektopik gebelik tanımlanmasında faydalı değildir

Kuldosentez

- Kuldosentez hemoperitoneumu (peritoneal kavitede kan) tanımlayabilir, rüptüre ektopik gebelik tanısını koydurabilir
- 18 G iğne
- Klinik olarak kullanımı sınırlıdır.
- Teknolojilerin gelişimiyle birlikte günümüzde kuldosentez eski önemini yitirmiştir.

Laparoskopi

- Ektopik gebelik tanısında en kesin teknik genellikle laparoskopi ile uygulanan direkt olarak görerek tanı koymadır.
- Laparoskopi ile bile %2-%5 oranında yanlış tanı koyma oranı mevcuttur.
- Çok erken bir tubal gebelikte tuba uterine yeterince genişlemediği için tanı konamayabilir (yalancı negatif).
- Yalancı pozitif bir tanı ise hematosalpenks (tuba uterine içinde kan) varlığında yanlışlıkla rüptüre olmamış ektopik gebelik veya tubal abortus olarak değerlendirilebilir.

EKTOPIK GEBELİKTE TEDAVİ

- BEKLEME YÖNTEMİ
- MEDİKAL TEDAVİ
- CERRAHİ TEDAVİ

Yönetim planı

- Birçok ektopik gebelik medikal olarak tedavi edilebilir, cerrahi tedavi medikal tedavi başarısızlığında veya medikal tedavi kriterlerini doldurmayan hastalara uygulanabilir.
- Tedavi hedefi; hastalığı ve tedavi ilişkili morbiditeyi minimize ederek üreme potansiyelini maksimize etmeye yöneliktir.

Yönetim planı

- Hastanın yaşı
- Hastanın fertilitate planı
- Teknik olanaklar
- Tedavi uygulayanın tecrübesi
- Kontrol edilemeyen ciddi kanama olasılığı
 - bilgilendirilmiş onam
 - kan hazırlanması

BEKLEME YÖNTEMİ

Ektopik gebelik tanısı alan hastaların % 15-20 si izlenebilir
Bunların %47-82 sinde cerrahi girişime gerek kalmaz.

Kimler izleme tedavisine alınabilir?

- Düşük ve düşen β -hCG titreleri
- Batın içi kanama bulgusu olmaması
- Ruptür bulgusu olmaması
- Tubada yerleşimin kesin olarak kanıtlandığı olgular
- β -HCG düzeyinin 200 mIU/l ↓
- Fetal kardiyak aktivitenin izlenmemesi

Nasıl izlem yapılır ?

- Klinik semptomların takibi, β -HCG ve USG takibi
- β -HCG negatifleşene kadar

Bekleme yöntemi

- İzlem yönetimi, tubal gebeliğin spontan regresyona uğrayabileceği ve tedavi edilmeksizin tubal abortla sonlanabileceği gözönünde bulundurularak takip edilebilir. Kimin ektopik gebeliğinin spontan rezolüsyon olacağı bilinmemektedir.

Douglasta 100 mL ↓ sıvı

β -hCG si düşme eğiliminde

Başlangıç β -hCG 1000 mIU/l ↓

Women's Health (2013) 9(4), 373–385

Diagnosis and management of ectopic pregnancy

Ngozi C Orazulike¹ & Justin C Konje²

Bekleme yöntemi

- İzlem tedavisini değerlendiren geniş prospektif bir çalışmada, Total başarı oranını %65 olarak belirtmişlerdir.
- Başlangıç β -hCG konsantrasyonu < 1000 olduğunda başarı oranı %70-89'a kadar çıkabilir.
- Haftada 2 kez β -hCG ölçümü ve haftalık USG görüntüleme, bu hastalarda kesenin küçüldüğünü ve β -hCG nin düştüğünü göstermek önemlidir.
- Amaç β -hCG seviyelerini 20 mIU/l ↓ yapmaktır.
- Serum β -hCG seviyesi düşme eğiliminde de olsa tubal rüptür oluşabilir.

Korhonen et al

Bekleme yöntemi

Özellikle başlangıç hCG daha yüksek olduğunda, hastalar komplet rezolüsyonun 2-3 hafta alabileceği, 6-8 haftaya kadar da uzayabileceği hakkında bilgilendirilmelidirler.

CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Volume 55, Number 2, 461-470
© 2012, Lippincott Williams & Wilkins

Expectant Management of Ectopic Pregnancy

LATASHA B. CRAIG, MD* and SANA KHAN, MD†

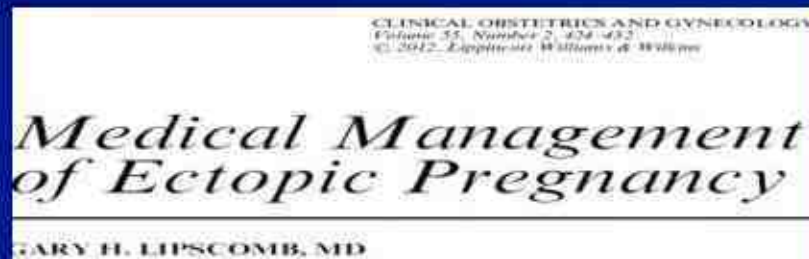
Medikal tedavi

- Esas medikal tedavi intramusküler MTX dir.
(IV, IM, Oral veya lokal enjeksiyon)
- Methotrexate folik asid antagonistidir, dihidrofolikasidin dihidrofolat reduktaza bağlanmasını kompetitif olarak inhibe eder, sonuçta aktif intrasellüler bir metabolit olan folinik asid miktarı azalır, bu durum hızlı bölünen plasental, embriyonik ve fetal hücrelerin büyümesini durdurur.
- Medikal tedavinin başarı oranı %86-93 kadardır

Mtx tedavisi kriterleri

- Hasta hemodinamik olarak stabil olmalı
- Takiplere gelmesi için uygun koşullarda olmalı
- β -hCG konsantrasyonu < 5000 mIU/l olmalı
- Fetal kardiyak aktivite olmamalıdır
- Ektopik kitle 4 cm altında olmalı
- Tedavi başarısızlığı için en önemli belirteç yüksek β -hCG konsantrasyonudur

MTX tedavisi alan hastaların 15' inden birinde cerrahiye ihtiyaç duyulmaktadır



Mtx kontrendikasyonları

Kesin

- Emzirme,
- Labaratuvar bulguları ile kanıtlanmış,immun sistemin zayıf olması,
- Alkolizm,
- Kronik karaciğer hastalığı,
- Önceki var olan kan diskrazileri,
- Bilinen MTX alerjisi,
- Aktif pulmoner hastalık,
- Peptik ülser hastalığı,
- Hepatik -renal- hematolojik disfonksiyondur.

Göreceli

- Ektopik odağın >3.5-4 cm olması,
- TVUSG de kardiyak aktivite olması,
- Başlangıç hCG> 5000 mIU/l olması,
- Kan transfüzyonu gerekmesi
- Hastanın medikal tedavi takiplerine gelemeyecek olmasıdır.

MTX yan etkileri

- Myelosupresyon
- Karın ağrısı
- Konjuktivit
- Stomatit
- Gastrit
- İshal
- Alopesi
- Karaciğer toksisitesi
- Pnömonit
- Fotosensitivite
- Renal toksisite
- Anafilaksi

Arch Gynecol Obstet (2014) 290:417–423
DOI 10.1007/s00404-014-3266-9

REVIEW

Methotrexate for ectopic pregnancy: when and how

Gustavo Nardini Cecchino · Edward Araujo Júnior ·
Julio Elito Júnior

MTX ve teratojenite

- MTX tedavisi başlamadan önce viabl intrauterin gebelik ekarte edilmelidir.
 - nöral tüp defekti,
 - kardiyovasküler defekt,
 - yarık dudak-yarık damak
 - üriner sistem defekti

MTX öncesi ve sonrası yönetim

- MTX verilmeden önce, ektopik gebelik tanısından emin olunmalıdır. Şüpheli ise, hcg ve TVUS tekrar edilmelidir. Sadece ektrauterin gebelik görülmesi yeterli değildir, aynı anda intra uterin gebelik de olmamalıdır(heterotopik).
- Kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kan grubu tespit edilmelidir. Eğer hasta Rh (-) ise anti-D yapılmalıdır. Folik asit alımı, MTX etkisini engeller ve alımı kesilmelidir.

**Treatment of ectopic pregnancies
in 2014: new answers to some
old questions**

Tedavi Sonrası İzlem

- Tekrarlayan ektopik gebelik oranı Mtx tedavisi vs salpingostomi ile benzer (~%10).
- Tubal açıklığın HSG ile değerlendirilmesi
Mtx sonrası %62, vs salpingostomi % 66
- Gözlem tedavisi vs Mtx vs salpingostomi her üç grupta da 2,5 yıllık takipte intrauterin gebelik oranları benzer bulunmuştur
- Salpingostomi ve salpenjektomi intrauterin gebelik başarısı açısından benzer. Ancak sonraki gebeliklerde ektopik olma ihtimali salpingostomide yüksek (%15-%10)

METOTREKSAT TEK DOZ UYGULAMASI

1.gün :MTX 50 mg/m²

4.gün→HCG titresi

7.gün→HCG titresi ve KC fonksiyon testleri

β-hCG 3.günde yükselmeye devam eder ve 7.günden itibaren düşmeye başlar

Tamamen iyileşme 3-6 hafta kadar sürer.

Haftalık β-hCG ile negatif olana kadar takip edilir.

β-hCG değerlerinde 7.günde %15 den daha az düşüş var ise ikinci doz MTX tekrarlanır. İkinci doz MTX % 14 olguda gerekir

14 günde 7. güne oranla %15 azalma yoksa 3. doz verilir. % 1 olguda gerekir

METOTREKSAT TEKRARLAYAN DOZ UYGULAMASI

1.gün: MTX	1 mg/kg IM
2.gün: Leucovorin	0.1 mg/kg IM
3.gün: MTX	1 mg/kg IM
4.gün: Leucovorin	0.1 mg/kg IM
5.gün: MTX	1 mg/kg IM
6.gün: Leucovorin	0.1 mg/kg IM
7.gün: MTX	1mg/kg IM
8.gün: Leucovorin	0.1 mg/kg IM

1,3, 5, 7. günlerde β -hCG. % 15ten fazla azalma olduğu zaman tedavi kesilir. Haftalık takip edilir. 1 hafta sonra % 15 ten az bir azalma olursa 1 mg/kg MTX verilebilir. Ek tek doz MTX % 10 olguda gerekir

HCG deęerleri artıyor veya plato çiziyorsa 1 hafta sonra tedavi tekrarlanabilir.

Tedavi kesildikten sonra haftalık β -hCG takibi sonuçlar negatifleşene kadar sürdürülür.(β -hCG<5 mIU/ml)

%96 ya varan oranlarda başarı sağlanmıştır

Tedavi esnasında kaçınılması gereken durumlar

- İlişki yasağı / yeni bir gebelik engellenmeli
- Pelvik muayene / rüptür olasılığı
- Güneş ışığı / MTX dermatiti
- NSAİ ilaçlar kullanılmamalı
 - Kemik iliği supresyonu
 - Aplastik anemi
 - Gastrointestinal toksisite
 - Gerekirse acetaminophen kullanılmalı

Tubal ektopik gebelikte tek/multidoz MTX karşılaştırması

Randomized trials of single-dose or multidose MTX for ectopic pregnancy (evidence I)

Authors	No. of patients	Results
Alleyassin et al, 2006 [48]	108	Comparable success rate between single dose (88.9%) and multidose MTX (92.6%; odds ratio = 0.64; 95% confidence interval, 0.17-2.4)
Guvendag et al, 2010 [49]	120	Comparable success rate between single dose (80.6%) and multidose MTX (89.7%; odds ratio = 0.90; 95% confidence interval, 0.77-1.05) No significant difference in side effects
Hamed et al, 2012 [50]	157	Comparable success rate between 2-dose (88.6%) and single-dose MTX (82.0%) No significant difference in side effects

CERRAHİ TEDAVİ

- Hemodinamik unstabilite
- Ektopik kitlenin rüptürü
- MTX kontrendikasyonu
- Beraberinde intrauterin gebelik
- Tedavi sonrası takiplere gelemeyecek olmak veya isteksizlik
- Tubal rüptür durumunda hastaneye zamanında başvuramayacak olmak
- Kalıcı kontrasepsiyon isteği
- Başarısız olmuş medikal tedavi
- Sıklıkla Laparoskopji / Laparotomiye ise nadiren ihtiyaç duyulur.

CERRAHİ TEDAVİ

Laparoskopi İçin Kontrendikasyonlar

Kısmi kontrendikasyonlar

Yoğun pelvik adhezyon

Hemoperitoneum

4 cm'den büyük kitleler

Mutlak kontrendikasyon

Hemodinamik unstabilite

CERRAHİ TEDAVİ

- **Salpingostomi:** rüptüre olmamış ektopik gebelik ve gelecekte fertilite potansiyeli korunmak isteniyorsa gebelik ürünü antimezenterik tubal kısımda açılan insizyon ile çıkartılır.
- **Sağma(milking):** ektopik materyalin fimbrial uçtan sağarak boşaltılması, fertilite koruyucu bir yöntemdir.
- **Salpenjektomi :** hastanın fertilite isteği olmaması, kontrol edilemeyen kanama ,ciddi tubal hasar, aynı tubada 2. kez ektopik gebelik oluşması
- **Histerektomi :** fertilite arzusunun olmadığı ve kanamanın kontrol edilemediği kronik gebeliklerde

Salpingostomi ile MTX karşılaştırması

Tubanın korunması

Randomized trials of conservative surgery versus MTX treatment for ectopic pregnancy (evidence 1)

Authors	No. of patients	Results
Hajenius et al, 1997 [55]	100	Comparable rate of tubal preservation in MTX group (90%) and in the salpingostomy group (92%; odds ratio = 0.98; 95% confidence interval, 0.87-1.1) Comparable tubal patency in the MTX (55%) and salpingostomy groups (59%; odds ratio = 0.93; 95% confidence interval, 0.64-1.4)
Fernandez et al, 1998 [56]	100	Comparable success rate between the MTX group (88.2%) and conservative surgery (95.9%)
Nieuwkerk et al, 1998 [57]	100	Lower quality of life after MTX therapy than after surgery
Saraj et al, 1998 [58]	75	Comparable success rates after MTX (94.7%) and after salpingostomy (91.4%) Persistent ectopic pregnancy in 15.6% of patients in the MTX group
Sowter et al, 2001 9 [59]	62	Success rate in the surgery group (93%) was higher than in the MTX group (65%; 95% confidence interval, 10%-47%; $p < .01$).

Hemoperitoneumda laparoskopi

- Kısa sürede aşırı kanama olması, kan basıncı ve kalp hızında değişikliklere veya şoka yol açabilir. Ancak ektopik gebelikte kanama genellikle yavaş olmaktadır. Bu nedenle tedavi laparoskopik olarak yapılabilir.
- Laparotomi; eğer hastanın multipl laparatomileri varsa, önceden ciddi pelvik adezyonları varsa ve cerrah laparoskopide başarısız olacaksa daha iyi bir yöntemdir

Caroline Juneau, Gordon Wright Bates, 2012

*Reproductive
Outcomes After
Medical and Surgical
Management of
Ectopic Pregnancy*

Laparoskopinin avantajları

- Hastanede kısa süreli kalma
- Daha az cerrahi sonrası ağrı
- Daha hızlı iyileşme
- Daha az kanama
- Daha az adezyon oluşumu ile ilişkilidir.
- Yapılan randomize çalışmalarda tubal bütünlük, gebelik ve ektopik gebelik arasındaki sonuçlar benzerdir.*

*Hajenius PJ, Mol BW ve ark. Interventions for tubal ectopic pregnancy .
Cochrane Database Syst Rev 2000

Salpenjektomi

- Fertilitatesini tamamlamış hastalarda,
- Aynı tüpte rekürren ektopik gebeliği olanlarda,
- Şiddetli tubal hasarda,
- Salpingostomi sonrası kontrol edilemeyen kanama olduğunda,
- Büyük tubal gebelik(>5 cm)
- Heterotopik gebelikte,
- Hemodinamik unstabilitede tercih edilir

Salpingostomi

- Salpingostomi üreme çağındaki kadınlarda tercih edilen bir yöntemdir.
- Maksimum distansiyon alanına vazopressin solüsyonu enjeksiyonu yardımcı olabilir
- Tüpün anterior mesosalpinksinin en distandü olan alanından 10-15 mm longitudinal insizyon unipolar elektrokoter ile açılıp, konsepsiyon ürünleri yüksek basınçlı irrigasyon ile çıkartılır.
- Kanama alanları mikrobipolar koter ile koagüle edilebilir veya 6-0 vicryl ile suture edilebilir.
- Aşırı koterizasyondan kaçınılmalıdır.

Salpingostomi vs salpenjektomi

- Takip eden olgularda gebelik oranı
salpingostomi % 73
salpenjektomi % 57
- Ektopik gebelik rekürrensi
salpingostomi %15
salpenjektomi % 10

Women's Health (2013) 9(4), 373–385

Diagnosis and management of ectopic pregnancy

Ngozi C Orazulike¹ & Justin C Konje²

Salpingostomi vs. salpenjektomi

- Salpingostomi veya salpenjektomi sonrası reproduktif sonuçlar benzerdir Hajenius ve ark.
- Tubalarda veya batında trofoblastik doku kaldığında postop dönemde MTX yapılabilir
- Cerrahiden 7 gün son preop β -hcg değerinin % 5 inden azının sebat ediyor olması, ektopik gebelikte komplet olarak rezolusyon oluyor demektir.



Salpingostomi / Salpenjektomi



Heterotopik Gebelik

- intrauterin ve ektopik gebeliğin aynı anda bulunmasıdır
İnsidans 1 / 30.000
- Yardımcı üreme teknikleri sonucunda bazı serilerde heterotopik gebelikler 1/100
 - 1) Embriyolar hidrostatik güç ile kornual ve tubal bölgeye gönderilmektedir.
 - 2) Kateterle embriyo tubal ostiuma verilmektedir
 - 3) Uterin sekresyonların reflüsü ile retrograd tubal implantasyon meydana gelmektedir.

Ektopik gebeliğe cerrahi yönetim seçeneği ve ektopik gebeliğe potasyum chloride enjeksiyonu şeklinde medikal tedavi seçeneği mevcuttur. Methotrexate kontrendikedir.

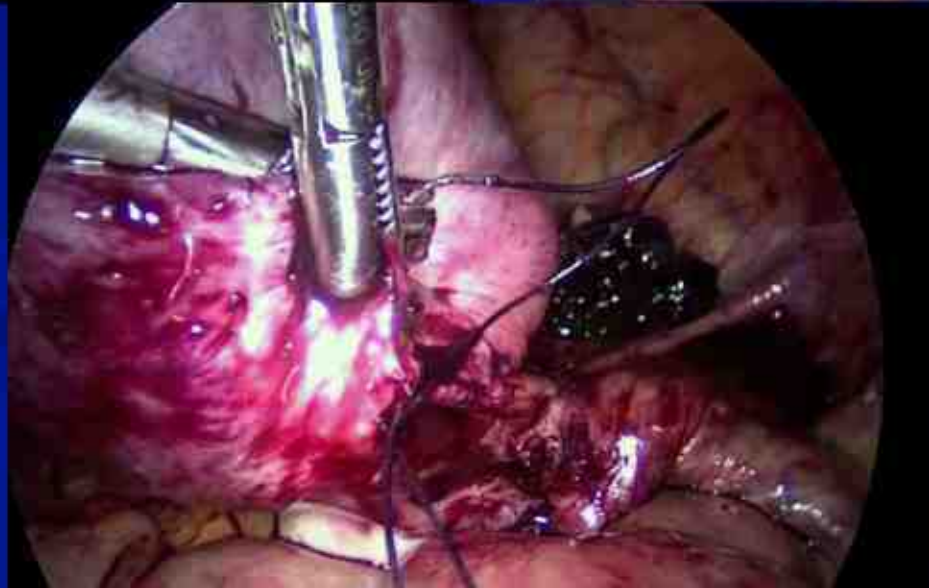
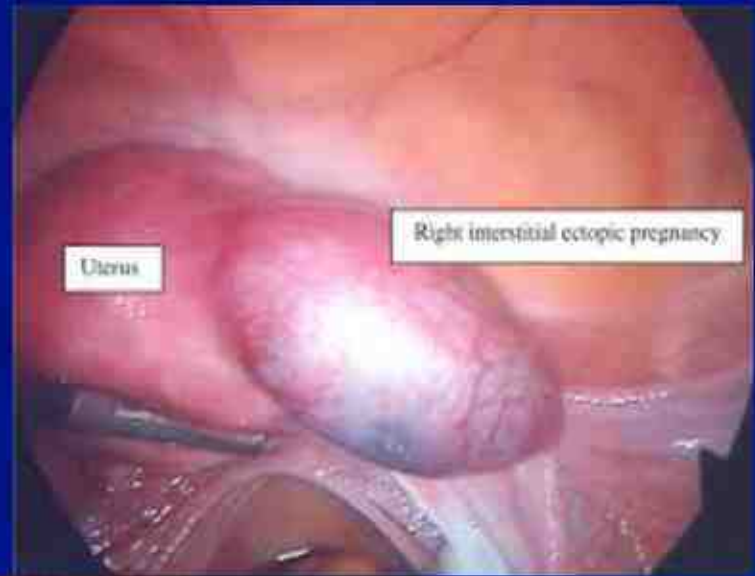
Kornual gebelik

- Tubal gebeliğe benzer olarak kornual gebelikte de öncelikle medikal tedavi verilmelidir.
- Cerrahi gerektiren kornual gebeliklerde, laparoskopik kornual rezeksiyon veya geç tanı aldığında histerektomi yapılabilir. Myomektomi insizyonuna benzer şekilde kapatılmalıdır.

Kornual gebelik

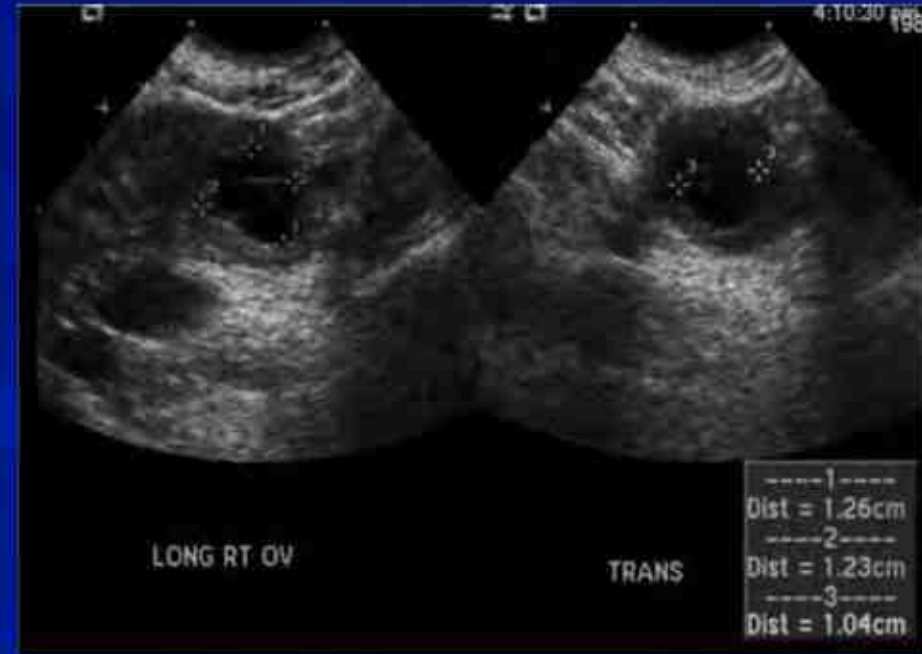
- Hemostaz uterin damarların çıkan dallarını bağlayarak sağlanabilir.
- Kornual gebeliğin histeroskopik olarak çıkartılması da tanımlanmıştır, ancak etkisi kanıtlanmamıştır.
- İlerleyen zamanlarda hasta gebe kaldığında, uterin rüptür ve fertilité kaybı olmaması için, kornual gebeliği takiben sezaryen önerilmelidir.

Kornual gebelik



Ovaryan gebelik

- Pozitif gebelik testi
- Abdominal ağrı
- Overde veya overe komşu alanda USG de kistik kitle varlığı
 - Ayırıcı tanı: korpus luteum
 - Cerrahi tedavisi; gestasyonel ürünlerin basit evakuasyonu ya da ovaryan wedge rezeksiyondur. Ooforektomiye nadiren ihtiyaç duyulur.



Abdominal gebelik

- Gestasyonel kese peritoneal kavitede herhangi bir alanda bulunabilir, en sık bulunduğu yer posterior cul de sac' tır.
- Ektopik gebeliklerin < 1 'i abdominal kavitede implante olur. Diğer ektopik gebeliklere göre mortalite riski 8 kat yüksektir.
- Erken abdominal gebelik medikal veya cerrahi olarak takip edilebilir.
- Birçok abdominal gebeliğe geç evrede tanı konur.

Abdominal gebelik

- Geç tanı konan abdominal gebelik laparotomi ile yönetilir. Kord kleplendikten sonra plasenta yerinde bırakılıp, dejenerasyonu hızlandırmak için MTX yapılabilir.
- Cerrahiden önce besleyen damarlara anjiyografik kateter yerleştirilebilir. Damarların embolizasyonu, ihtiyaç halinde hızlıca gerçekleştirilebilir.

Servikal gebelik



Sezaryen skar gebeliği



Yeri bilinmeyen gebelik

- Bu tip gebelikler, intrauterin kesenin ve ektopik odağın görülemediği gebeliklerdir

Görülebilien ektopik gebelik

Görülebilien intrauterin gebelik

Yeri görülmemiş persiste gebelik

Spontan rezolusyon olan yeri bilinmeyen gebelik

Rezolusyon olan ancak persiste eden yeri bilinmeyen gebelik

Persiste eden yeri bilinmeyen gebelik

Histolojik intrauterin gebelik

Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location

E. Kirk^{1,2,*}, C. Bottomley³, and T. Bourne^{2,4}

Sonuç

- Ektopik gebelikler erken tanı konduğunda MTX ile tedavi uygun bir seçenektir
- Yine de bazı vakalar cerrahi gerektirir ve birçok ektopik gebelik laparoskopi ile yönetilebilir
- Üreme çağındaki kadınlarda salpingostomi tercih edilen cerrahi yöntemdir

TEŞEKKÜR EDERİM