



## Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Bir Yıllık Süre İçinde Tedavi Edilen Ektopik Gebeliklerin Yönetimi ve İstatistikleri

### Ectopic Pregnancy Management Statistics in Zekai Tahir Burak Education and Research Hospital in One Year

Damlanur GÜREŞCİ<sup>1</sup>, Cemile DAYANGAN SAYAN<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Kastamonu Özel Anadolu Hastanesi, Kastamonu - TÜRKİYE

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ABD, Kırıkkale - TÜRKİYE

Geliş Tarihi : 15.04.2014

Kabul Tarihi : 10.12.2014

#### Özet

**Amaç:** Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 yıllık süre içerisinde tedavi edilen ektopik gebelik vakalarının yönetim ve istatistiklerini belirleyerek yeni ektopik gebeliklerin tanı ve tedavisine yaklaşımlarda fayda sağlamak amaçlandı.

**Yöntem ve Gereçler:** Dış gebelik tanısı ile yatırılan 220 hasta çalışma kapsamına alındı. Hasta dosyalarından anamnez, fizik muayene, gebelik testi, USG ve D&C kayıtları toplandı. Hastaların yaşı, polikliniğe başvuru şikayeti, paritesi (nullipar, primipar, multipar) ektopik gebeliğin hangi haftalar arasında teşhis edildiği, başvuru anındaki βhCG değerleri, USG bulguları, tedavi şekilleri ve cerrahi tedavi yapılanlarda salpenjektomi ve salpingostomi şekilleri kayıtlardan tespit edildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 29,04±5,5 olup, hastaların %21,4'ü nullipardı. Hastalar en çok vajinal kanama(% 69,7) ve pelvik ağrı(% 66,4) şikayetleri ile başvurmuşlardı. Vakaların %26,2'si laparotomi, %73,8'i laparoskopik ve %14,5'i metotreksat ile tedavi edilmişti. Operasyona alınan hastaların %59,1'ine salpenjektomi ve %19,5'ine salpingostomi yapılmıştı. Maternal mortalite izlenmedi. Tek doz metotreksat tedavisinin başarı oranı %77,8, cerrahi tedavinin başarı oranı %100 olarak tespit edildi.

**Tartışma:** Jinekolojik acil patolojiler arasında hala sık rastlanan dış gebelik kliniğinin iyi değerlendirilmesi, gelişen teknolojiye paralel olarak tanısının erken dönemde konması konservatif tedavi olanaklarını ön plana çıkarmıştır. Konservatif tedaviler hastalarda başarı ile uygulanabilmekte ve doğru hasta seçimiyle hasta uyumu artmakta, tedavi maliyeti düşmekte, maternal mortalite ve morbidite önemli ölçüde azalabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, metotreksat, laparoskopik ve laparotomi.

#### ABSTRACT

**Objective:**The aim of this study was to review the management strategies of our clinic for ectopic pregnancies.

**Material and Methods:**The patient files of 220 patients diagnosed with ectopic pregnancy in one year were reviewed retrospectively. The distribution of the patients in the year and the months, the age of the patients, the complaints and the gestational age at admission, the ratio of multiparity, the treatment modalities, and the salpingectomy vs. salpingostomy were recorded.

**Results:**The mean age of the patients was 29,04±5,4 and the rate of nulliparity was %21,4. The most common complaints at the admission were vaginal hemorrhage(%69,7) and pelvic pain (%66,4). The %26,2 of patients were treated with laparotomy, %73,8 were laparoscopically, and%14,5 were treated with metotrexate. The %59,1 were treated by salpingectomy, %19,5 by salpingostomy. No maternal death was detected in the study. Single dose metotrexate treatment had a success rate of %77,8 and surgical treatment had a success rate of %100.

**Discussion:** In parallel with developing technologies, early diagnosis of emergency gynecological pathologies like ectopic pregnancy has highlighted the possibilities of conservative treatment can be applied with success in patients; patient compliance increased with proper patient selection, treatment costs are decreased and maternal mortality and morbidity can be reduced significantly.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, methotrexate, laparoscopy and laparotomy.

#### Giriş

Ektopik gebelik, fertilize ovumun, en sık tubada olmakla beraber, endometrium dışında herhangi bir yere implante olması olarak tanımlanır. Ektopik gebelikler rapor edilen gebeliklerin %1-2'sini oluşturur. Halen reproduktif çağdaki kadınların en önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Mortalite hızında, erken tanı olanaklarının gelişmesi ve hekimlerin hastalık hakkında bilgi ve duyarlılıklarının artması ile son yirmi yılda %90'lara varan azalma kaydedilmesine rağmen hala, maternal mortalitenin %9-13'ünü teşkil eder. Erken tanı hayat kurtarıcı olmakla kalmaz, uygun hastalar için medikal ve ekspektan yaklaşımda olanak sağlar(1).

Günümüzde ektopik gebelik tedavisinde amaç yalnız anne hayatını kurtarmak değil, aynı zamanda fertilitiyi korumak ve tedavi maliyetinide en aza indirmektir.

Son yıllarda, ektopik gebelik görülme sıklığında artış izlenmektedir. Geçirilmiş pelvik enfeksiyon sıklığında artış, rahim içi araç kullanımının artması, infertilite tedavisinde cerrahi yöntemlerin yaygınlaşması, bu artışın ana sebepleri olarak kabul edilmektedir. En sık yapışıklığa yol açan operasyonlar arasında over kisti nedeni ile yapılan cerrahi girişimler, apandisit ameliyatı vb sayılabilir. Tüplerde var olan doğumsal şekil bozuklukları, minipil içeren doğum kontrol hapları ve rahim içi araçlarda döllenmiş yumurtanın transportuna engel olarak ektopik gebeliğe neden olabilirler (2).

Ektopik gebelik en sık 33-45 yaşları arasında görülür. Bir ektopik gebelikten sonra, takip eden gebeliğin ektopik

olma riski 7-13 kat artar ve yaklaşık %10-25 ihtimalle ektopik gebelik izlenir.

Ektopik gebeliğin tanısında; anamnez, fizik muayene, ultrasonografi, serum βhCG değerleri, kuldosentez, D&C ve laparoskopik kullanılmaktadır.

Ektopik gebelik tedavisinde üç seçenek vardır; cerrahi tedavi, medikal tedavi ve izlem tedavisi. Son yıllarda medikal tedavi ve fertilitiyi koruyucu konservatif cerrahiler önem kazanmıştır. Cerrahi tedavi halen en sık uygulanan yöntemdir. Laparotomi yada laparoskopik yol seçilebilir. Salpenjektomi gibi radikal tekniklerin yanı sıra salpingostomi gibi konservatif yaklaşımlarda uygulanabilir(3). Medikal tedavi, uygun hastalar için cerrahi risklerden uzak ucuz bir tedavi olanağı sağlar. Bu amaçla en çok Metotreksat(MTX) kullanılmaktadır(4). İzlem tedavisi ile uygun hastalarda yaklaşık %69 oranında spontan rezolüsyon izlenebilmektedir. Ancak rezolüsyon daha uzun zaman almakta ve daha yoğun takip gerektirebilmektedir.

Bu çalışmada, bir yıllık zaman diliminde tedavi edilen ektopik gebelik vakalarında, hastalığın insidansını belirlemek, hastaların karakteristik özelliklerini belirlemek, etkinlik açısından tedavi yöntemlerini karşılaştırmak ve bundan sonraki vakaların tedavi seçimine ışık tutabilmek amaçlanmıştır.

#### Yöntem ve Gereçler

Bir yıl süresince ektopik gebelik ön tanısı ile yatırılan 292 hastadan geriye dönük olarak ulaşılan ve tedavi edilen 220 hasta çalışma kapsamına alındı. Hasta dosyalarından anamnez, fizik muayene, gebelik testi, USG ve D&C kayıtları



ları toplandı. Hastaların yaşı, polikliniğe başvuru şikayeti, paritesi (nullipar, primipar, multipar) ektopik gebeliğin hangi haftalar arasında teşhis edildiği, başvuru anındaki  $\beta$ hCG değerleri, USG bulguları, tedavi şekilleri ve cerrahi tedavi yapılanlarda salpenjektomi ve salpingostomi şekilleri kayıtlardan tespit edildi.

Veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı veriler ortalama±standart sapma, ortanca ve oran olarak sunuldu. Gruplar arasındaki farkı bulmak için Ki-Kare uygunluk testi, gruplar arasındaki oranları karşılaştırmak için Kruskal-Wallis H testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı,  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edildi.

### Bulgular

Çalışma kapsamında 220 ektopik gebelik tanısı almış vaka incelendi. Çalışma kapsamındaki tarih aralığında ektopik gebelik prevalansı 9,2/1000 olarak bulundu.

220 hastanın yaş ortalaması 29,04±5,4 idi. Hastaların yaş dağılımına baktığımızda ektopik gebeliğin en çok 25-29 yaş grubunda (%35,5) görüldüğü ve yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (20 yaş altı %5, 20-24 yaş %16, 30-34 yaş %26,8, 35-39 yaş %13,2, 40-45 yaş %4,1  $p < 0,05$ ).

Hastaların gebelik haftalarının dağılımı incelendiğinde 5.haftadaki ektopik gebelik oranının (%29,7) diğer haftalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi (4. hafta %13, 6. hafta %28,3, 7. hafta %15,9, 8. hafta %7,2, 9. hafta %5, 10-11-12.haftalar %0,7,  $p < 0,05$ ).

Pariteler incelendiğinde ektopik gebeliğin en sık primiparlarda (%41) görüldüğü anlaşıldı (multiparlarda %37,3, nulliparlarda %21,4,  $p < 0,05$ ).

Hastaların %98,7'si tubal, %1,3'ü ise ovaryan ektopik gebelik tanısı almıştı. Tubal gebeliklerin %60'ı sağ tüp yerleşimli idi.

Başvuru sırasında  $\beta$ hCG değerleri en fazla 0-500 mIU/ml (%26,8) aralığında bulundu (500-1000 aralığı %21,8, 1000-1500 %12,3, 1500-2000 %7,3, 2000-3000 %6,4, 3000-10000 %18,2, 10000 ve üzeri %11,4  $p < 0,05$ ).

Tedavi şekilleri incelendiğinde; %74,5'inin cerrahi yaklaşım ile, %14,5'inin metotreksat ile ve %10,9'unun ise izlem ile tedavi edildiği anlaşıldı. Bu yöntemlerin kullanım sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p < 0,05$ ).

Tedavi gruplarına göre hastaların ortalama  $\beta$ hCG değerlerine bakıldığında cerrahi tedavi grubundaki 4040±636 mIU/ml değeri MTX (1050±280 mIU/ml) ve izlem tedavisi (757±66 mIU/ml) gruplarının değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla idi ( $p < 0,05$ ). Diğer iki grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ( $p > 0,05$ ).

İzlem tedavisinin başarı oranı %46,2 idi. Başarılı izlem tedavisi gerçekleştiren grupta ortalama başlangıç  $\beta$ hCG değeri 757±66 mIU/ml iken başarısız olan (cerrahi gerektiren) grupta bu değer 1010±91 mIU/ml idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p < 0,05$ ).

Tek doz MTX tedavisinin başarı oranı %77,8 olarak bulundu. MTX tedavisinin başarılı olduğu hastalarda başvuru sırasındaki ortalama  $\beta$ hCG değeri 1032±299 mIU/ml, başarısız olanlarda ise bu değer 2890±271 mIU/ml olarak bulundu, bu iki grup arasındaki  $\beta$ hCG değerleri açısından fark anlamlı idi ( $p < 0,05$ ). Tek doz MTX ile tedavi olanlarla ikinci doz MTX gerektirenlerin ortalama  $\beta$ hCG değerleri arasındaki fark da anlamlı idi (sırası ile 1005±294 mIU/ml ve 3456±396 mIU/ml,  $p < 0,05$ ).

Cerrahi uygulanan 164 hastanın %73,8'ine L/S (laparotomi), %26,2'sine L/T (laparotomi) uygulanmıştı. Bu hastaların %59,1'ine salpenjektomi, %19,5'ine salpingostomi yapılmıştı. L/S yapılan grubun başlangıçtaki  $\beta$ hCG değerleri ortalaması 4244±667 mIU/ml idi ve bu değer açısından MTX tedavisi yapılan ve izlem tedavisi uygulanan gruplarla ayrı ayrı karşılaştırıldığında her iki gruptan da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ( $p < 0,05$ ).

L/S ve L/T yapılan hastalar karakteristik özelliklerine göre karşılaştırıldığında yaş, parite, son adet tarihinden sonra geçen süre, başvuru şikayetleri açısından anlamlı bir fark izlenmezken ( $p > 0,05$ ), başvuru sırasındaki  $\beta$ hCG değerleri ve ultrasonografide değerlendirilen ektopik gebelik kese boyutu açısından L/S grubundaki değerler anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo1). L/S uygulanan ve MTX tedavisi verilen gruplar karakteristik özelliklerine göre karşılaştırıldığında ise iki grup arasında başlangıç ortalama  $\beta$ hCG değerleri açısından anlamlı fark tespit edildi ( $p < 0,05$ ) (Tablo2).

Ameliyat yapılan hastalarda uygulanan operasyon tiplerine bakıldığında %59,1 oranında salpenjektomi, %19,5 oranında salpingostomi yapıldığı görüldü. (Tablo 3). İncelenen vakalar arasında hiç maternal mortalite izlenmedi. Bir hastaya IVF sonrası bilateral ektopik gelişmesi üzerine bilateral salpingostomi uygulanmıştı. Kornual gebelik tespit edilen 4 hastanın iki tanesine L/T ile kornual rezeksiyon iki tanesine ise parsiyel salpenjektomi yapılmıştı.

**Tablo 1:** L/S ve L/T yapılan hastaların karakteristik özelliklerinin karşılaştırılması

	L/S (n:121)	L/T (n:43)	P
Yaş	29±5,2	30±5,5	0,365
Parite	%51 multipar	%44,4 multipar	0,272
SAT(gün)	6,03±1,4	6,07±1,3	0,682
Şikayet	%43,8 Kanama+ağrı	%39,5 Kanama+ağrı	0,582
Ortalama $\beta$ hCG mIU/ml	4244±667	5723±723	<0,05
USG Bulguları (kese çapı,cm)	26,2±13,4	35,7±18,1	<0,05

**Tablo 2:** L/S uygulanan ve MTX tedavisi verilen hastaların karakteristik özelliklerinin karşılaştırılması

	L/S (n:121)	MTX (n:32)	P
Yaş	29±5,2	30±5,5	<0,05
Parite	%51 multipar	%44,4 multipar	0,058
SAT(gün)	6,03±1,4	6,07±1,3	0,449
Şikayet	%43,8 Kanama+ağrı	%39,5 Kanama+ağrı	0,623
Ortalama $\beta$ hCG mIU/ml	4244±667	1050±280	<0,05
USG Bulguları (kese çapı,cm)	26,2±13,4	20,8±7,3	0,377

**Tablo 3:** Operasyon tiplerinin dağılımı

Operasyon tipi	L/S	L/T	Total
Salpenjektomi	74(%6,12)	23(%53,5)	97(%59,1)
Salpingostomi	26(%21,5)	6(%14)	32(19,5)
Milking	5(%4,1)		5(%3)
Parsiyel Salpenjektomi	10(%8,3)	8(%18,6)	18(%11)
Fimbriyektomi	3(%2,5)		3(%1,8)
Salpingooferektomi		1(%2,3)	1(%0,6)
Ektopik Gebelik Eksizyonu		5(%11,6)	5(%3)
Ovaryan Gebelik Eksizyonu	2(+1,7)		2(%1,2)
Over Rezeksiyonu	1(%0,8)		1(0,6)
Total	121	43	164





## Tartışma

Ektopik gebeliğin tedavisi 1800'lü yıllara kadar nonoperatif olup, maternal mortalite oranları %60'ları bulmuştur (5). Yüksek mortalite oranları, sürekli dikkat çekmiş bu da ektopik gebeliğin tanı ve tedavisindeki önemli gelişmelere basamak olmuştur.

Cerrahi tedavilerin uygulanmaya başlaması ile mortalite oranları %5'lere gerilemiştir. Bu çalışmada incelenen vaka grubunda maternal mortalite izlenmemiştir.

Tüm ırklar için ektopik gebelik insidansı yaşla birlikte artar ve 15-24 yaş arası kadınlara göre 35-44 yaş arasında risk 3-4 kat fazladır (6,7). Bu çalışmada yaş ortalaması 29'dur ve genel ortalamanın altındadır. Bu sonuç bölgedeki çocuk sahibi olma yaşının erken olmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada hastaları kliniğe getiren en önemli şikayetler %69,7 vajinal kanama ve %66,4 abdominopelvik ağrı olarak bulunmuş ve bu oranlar örneğin Şahin ve ark'nın yaptığı çalışmada olduğu gibi (%77,4 abdominopelvik ağrı ve %45,2 vajinal kanama) literatürle uyumlu olarak bulunmuştur (8).

Arebong ve ark'nın, 2000 yılında Suudi Arabistanda, 82 ektopik gebelik vakasını inceledikleri retrospektif çalışmada ektopik gebelik prevalansını 7,4/1000, ortalama yaşı 21-30 bulmuşlar, parite incelendiğinde ise %56'sının multipar ve %21'inin nullipar olduğu tespit edilmiştir. Salpenjektomi oranları ise %90 olarak bildirilmiştir (9). Bu çalışmada ise bu değerler; ektopik gebelik prevalansı 9,2/1000, ortalama yaş 25-39 yaş, hastaların paritelerinden en fazla %41 olmak üzere primipar olduğu tespit edildi. Salpenjektomi oranı ise %59,1 ile daha düşüktü ki bu durum hastaların çoğunluğunu primiparların oluşturması ve fertilite istemlerinin devam etmesine bağlanabilir.

Hastaların başvuru anındaki ortalama  $\beta$ hCG değerleri tıpkı İmir ve ark'nın yaptığı çalışmada olduğu gibi en sık 0-500 değerleri arasında bulunmuş ve bunun literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir (10).

Turhan ve ark'nın yaptığı çalışmada ortalama  $\beta$ hCG değerleri izlem yapılan grupta  $921 \pm 648$  mIU/ml, MTX grubunda  $1664 \pm 1571$  mIU/ml, cerrahi uygulanan grupta ise  $1955 \pm 1696$  mIU/ml olarak bulunmuş (11). Bu çalışmadaki değerler ise, izlem ve MTX grubunda daha düşük, cerrahi uygulanan grupta ise daha yüksektir ki bu durum merkezin referans hastane olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yermez ve ark'nın 2004'de yaptığı çalışmada ektopik gebelik tanısı alan 369 hastanın %66,6'sına cerrahi girişim, %26,5'ine medikal tedavi, %6,7'sine izlem tedavisi uygulanmış. Cerrahi yapılan grubun %87'sine salpenjektomi, %13'üne salpingostomi yapılmıştır (12). Bu çalışmada

MTX tedavisi oranı daha düşük ancak izlem tedavisi oranı daha yüksek, cerrahide L/S oranı daha yüksek, radikal cerrahi oranı ise daha düşük bulunmuştur.

Sewell ve ark'nın 1994-1999 yılları arasında 3729 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada ortalama yaş 29 yaş üzeri ve cerrahi oranı %90,7 olarak bulunmuştur (13). Bu çalışmadaki cerrahi oranının daha düşük olmasının sebebi yaş ortalamasının daha düşük olmasının tedaviyi gözlemci, noninvaziv ve fertilite koruyucu yöntemlere kaydırması olması olabilir.

Bouyer ve ark'nın 1992-2001 yılları arasında yaptıkları çalışmada bu çalışmadaki oranlara benzer olarak cerrahi olarak tedavi edilen olguların %95,8'inde tubal, %3,2'sinde ovaryan, %1,3'ünde abdominal gebelik bildirmişler (14). Ramirez ve ark'da yaptıkları çalışmada bu çalışmada olduğu gibi sağ tubal ektopik dominansına dikkat çekmişlerdir (15).

Juha Korhonen ve ark'nın yaptığı ve 118 ektopik gebelik vakasının incelendiği çalışmada hemodinamik olarak stabil, kitle çapı 4cm'den küçük ve fetal kalp atımı olmayan vakalarda izlem tedavisinin başarı oranı %65, ortalama  $\beta$ hCG düzeyleri 374 mIU/ml olarak ifade edilmiştir (16). Bu çalışmada ise izlem tedavisinin başarı oranı %46,2 olarak bulunmuş, ortalama başlangıç  $\beta$ hCG değeri ise 757 mIU/ml olarak saptanmış, başarı oranının düşük olması bu ortalama  $\beta$ hCG değerinin yüksek olmasına bağlanmıştır. Yine J.Eson ve ark'nın yaptığı çalışmada da başlangıç  $\beta$ hCG değeri izlem tedavisinin başarısını tahmin etmede en iyi gösterge olarak bulunmuştur (17).

Erdem ve ark'nın yaptığı, MTX tedavisinde başlangıç  $\beta$ hCG değerinin etkisinin araştırıldığı çalışmada, hemodinamik olarak stabil ve USGde ektopik gebelik kese çapı 4cm altında olan vakalara MTX uygulanmış, başlangıç  $\beta$ hCG değeri ve fetal kalp aktivitesinin varlığı dikkate alınmamıştır. Bu hastaların ortalama  $\beta$ hCG değeri 2490 mIU/ml ve başarı oranı ise %73,3 olarak saptanmıştır (18). Bu çalışmada ise kese çapı 3,5 cm altında ve fetal kalp aktivitesi olmayan vakalar incelenmiş ve başarı oranı ise %77,8 olarak bulunmuştur. Her iki çalışmada da tek doz MTX ile tedavi olanların ortalama  $\beta$ hCG değerleri ek doza ihtiyaç duyanlarınkinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Sowter ve ark'nın yaptıkları çalışmada tek doz MTX ile L/S tedavileri karşılaştırılmış, MTX grubunda %65, L/S grubunda ise %93 başarı tespit edilmiştir. İki grup arasında yaş, parite, şikayet, son adet tarihinden itibaren geçen süre açısından anlamlı fark saptanmazken, başlangıç  $\beta$ hCG değerleri açısından anlamlı fark tespit edilmiş (19). Bu çalışmada da L/S başarı oranı %100, MTX başarı oranı %77,8 idi ve başlangıç  $\beta$ hCG değerleri açısından anlamlı idi.

Sonuç olarak; jinekolojik acil patolojiler arasında hala sık rastlanan dış gebelik kliniğinin iyi değerlendirilmesi, gelişen teknolojiye paralel olarak tanısının erken dönemde konması konservatif tedavi olanaklarını ön plana çıkarmıştır. Konservatif tedaviler hastalarda başarı ile uygulanabilmekte ve doğru hasta seçimiyle hasta uyumu artmakta, tedavi maliyeti düşmekte, maternal mortalite ve morbidite önemli ölçüde azalabilmektedir. İzlem tedavisinin ve medikal tedavinin en belirgin avantajları cerrahiye bağlı oluşabilecek risklerin önlenmesidir ve bu tedavilerin başlangıcında  $\beta$ hCG değerleri tedavinin başarısını ön görmede ön plana çıkmaktadır. Ayrıca cerrahi gerektiren hasta grubunda laparotomiye göre daha az kan kaybı, daha az hastanede kalım süresi, daha az anestezi gereksinimi ve daha az maliyet avantajı göz önüne alındığında laparoskopik ekipmanın daha kolay ulaşılır hale gelmesi ve cerrahi deneyimin artması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Erken teşhis, doğru ve yerinde uygulanan tedavi hastanın yaşam standardını yükseltecektir.

## Kaynaklar

1. Dorfman SF, Grimes DA, Gates W, Binkin NJ, Kafriksen ME, O'Reilly KR. Ectopic pregnancy mortality. *Obstet Gynecol*. 1984;64:386-90.
2. Colacos J, Genolla A, Ruibal A. Ectopic Pregnancy. *Scand J Clin Lab Invest*. 1992; 51:201-6.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Ectopic pregnancy-United States, 1988-89. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1992;32:591-4
4. Chi IC, Potts M, Wilkens L. Rare events associated with tubal sterilizations; an international experience. *Obstet Gynecol Surv* 1986;41:7-19.
5. Howard W Jones, Georgeanna Seegar Jones. *Berek and Novak's Gynecology*. 7th ed. California: Mosby;1985.
6. Stovall TG, McCord ML. *Novak's Gynecology*. 12th ed. Maylard:William&Wilkins;1996.
7. Cunningham Fg et al. *William Obstetrics*. 20 th ed. New Jersey: PrenticeHall International. Inc;1997.
8. Şahin HG, Zeteroğlu Ş, Sürücü R, Sucaklı MH, Kamacı M. Ektopik Gebeliklerde Risk Faktörleri ve Tanı Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor* 2004; 10:696-700.
9. Arebong EI, Sobande AA. Ectopic pregnancy in Abha, Saudi Arabia. *A continuing conundrum Saudi Med J* 2000;21(4):330-4.

10. İmir G, Dinç S, Yenicesu C, Çetin M, Yıldız Ç, Yanık A, Gvenal T. Dış gebelik olgularının klinik bulgu ve tedavilerinin değerlendirilmesi. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;29:113-118.
11. Turhan NO, Kuşçu E, Vicdan K, Oğuz S, Zorlu E, Gökmen O. The hormonal profile in ectopic pregnancies. *Mater Med Pol*. 1993;25:149-52.
12. Yermez E, Sekü İ, Gür EB, Boyacıoğlu H, İspahi Ç. Ektopik gebeliğin tedavisinde medikal ve cerrahi yaklaşımın analizi. *Türkiye klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2004;14:21-6.
13. Swell CA, Cundiff GW. Trends for inpatient treatment of tubal pregnancy in Maryland. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:404-8
14. Bouyer J, Coste J. Sites of ectopic pregnancy : a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Repord* 2002 Dec;17:3224-30.
15. Ramirez NC, Lawrence WD, Gindsburg KA. Ectopic pregnancy A resent five year study and review of the last 50 years literature. *J reprod med*.1996 ;19:733-40
16. Korhonen J, Stenman UH, Ylöstalo P. Serum Hcg Dynamics during spontaneous resolution of ectopic pregnancy: *Fertil Steril*. 1994;61:632-6.
17. Elson J, Taylor A, Banerjee S, Salim R, Hillaby K, Jurkovic D. Expectant management of tubal ectopic pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*.2004 ;23:552-6.
18. Gamzu R, Almog B, Levin Y, Avni A, Jaffa A, Lessing JB, Baram A. Efficacy of methotrexate treatment in extrauterine pregnancies defined by stable or increasing human chorionic gonadotropin concentrations: *Fertil Steril*. 2002;77:761-5.
19. Sowter CM, Farquhar MC, Petrie KJ, Gudex G. A Randomised trial comparing single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;108:192-203.

Sorumlu Yazar: Dr.Cemile DAYANGAN SAYAN

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ABD,  
Kırıkkale - TÜRKİYE

Gsm: : 0 505 675 52 47

E\_mail : c.dayangan-sayan@hotmail.com