

EKTOPIK GEBELİKTE ULTRASONOGRAFİK BULGULAR

DEMİR, N., ÖNVURAL, A.

ÖZET: Ektopik gebelikten şüphelenilen olguların değerlendirilmesinde sonografi çok önemli bir muayene yöntemidir. Ektopik gebeliğin belirgin bir sonografik bulgusu yoktur. Tek kesin bulgu ekstrauterin lokalize olmuş canlı embryonun gösterilmesidir. Ektopik gebelik şüphesi olan olguların büyük çoğunluğunda intrauterin gebeliklerin gösterilmesi ile ektopik gebelik ihtimali ekarte edilebilir. Bu derlemede konu ile ilgili bilgiler kendi olgularımıza ait sonografik resimler ile birlikte, son literatürler ışığı altında gözden geçirilmiştir.

ABSTRACT: Namık DEMİR, Ata ÖNVURAL, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Gynecology and Obstetrics Department. Ultrasonographic findings in ectopic pregnancy.

Sonography is an important examination route for evaluation of the patients with suspected ectopic pregnancy. There is no definitive sonographic finding for ectopic pregnancy other than the documentation of a living extrauterin embryo. In majority of the cases with suspected ectopic pregnancy, the possibility of ectopic pregnancy is excluded only with the documentation of the presence of an intrauterine pregnancy. In this article, the facts related with the subject have been reviewed under the light of recent literature.

Anahtar sözcükler: Dış gebelik, ultrasonografi
Key words: Ectopic pregnancy, ultrasonography

GİRİŞ: A.B.D. de ilk yapılan otopsi 1638-1639 yıllarında rapor edilmiştir. Belirtilen bu ilk otopside ölüm nedeni ektopik gebelik olarak bildirilmiştir(2).

Halen maternal mortalitelerin önemli bir kısmını oluşturan bu hastalık giderek artan bir sıklıklar karşımıza çıkmaya başlamıştır. A.B.D. de 1970 yılında 20.000 olgu, 1978 de 40.000 olgu bildirilmiştir.

Yard.Doç.Dr.Namık DEMİR, Prof.Dr.Ata ÖNVURAL, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
Tıbbi Ultrasonografi Derneği tarafından 30. Mayıs 1988 ve 3. Haziran 1988 tarihleri arasında düzenlenen Mezuniyet sonrası eğitim kursunda sunulmuştur.

1980'li yılların ortalarında, 1970'li yıllara oranla 3 katlı bir artış söz konusudur(10). Bu artışın nedenleri kısaca gözden geçirilecek olursa:

1. Kadınlar arasında pelvik inflamatuvar hastalık insidansının artması(10).
2. RIA taşıyan kadınların yaygınlaşması. Bazı araştırmacılar tarafından kabul edilse bile, burada RIA'lar ektopik gebeliğe sebep olur demek doğru değildir. Hamile bir kadında RIA yerinde duruyorsa ektopik gebelik olma şansı, RIA'cı yerinde durmayan kadınlardan daha fazladır.
- 3.Sayı olarak az olmasına karşılık yüksek risk taşıyan, tubal faktör nedeni ile infertil olan hastalarda mikrocerrahi ile yapılan rekonstrüktif operasyonlar ve IVF yöntemlerinden sonra ektopik gebelik riski artmıştır(2). Martinez (7) IVF programında ektopik gebelik görülme oranını %4 olarak bildirmiştir.
4. Laparoskopik olarak tubal koagülasyon uygulanarak sterilizasyon yapılan kadınlarda işlemin başarısız yapılması sonucunda ektopik gebelik insidansı artmaktadır(8).
5. İnutero olarak Diethylstilbestrol'e maruz kalma.
6. Ovulasyon induksiyonu sonucu oluşan gebeliklerde de bu insidansın arttığı görülür (1,13).

Bunlar ve bunlara benzer diğer faktörlerin etkisi ile artan ektopik gebelikte şimdiye kadar uygulanan geleneksel tedavi yöntemleri ile (Kornual reseksiyon ile tubaların çıkarılması,paradoksik ipsilateral ooferektomi,salpinjektomi) kadınların fertilité şansları düşmekte ve bu hastalar arasında total konsepsiyon oranı % 60 olmaktadır.Bunların % 50'si intrauterin, %10'nu ektopik gebeliktir. Term gebelik şansı ise %30 olarak bildirilmiştir(3).

Jinekoloji pratiğinde, kadınların üreme fonksiyonlarının korunması bilinci yerleştikçe tedavide de konservatif yöntemler (salpingostomi, metotrexate ile tıbbi tedavi) güncel hale gelmiştir. Yalnız bu konservatif tedavi yöntemlerinin uygulanabilmesi bu hastaların çok erken dönemlerde yakalanabilmesine bağlıdır. Bunun için de dikkatli bir anamnez ve kl... ..yanında en büyük yardımcı ultrasonografidir.

Ektopik gebelik tubanın interstitial bölümünde (%2.4), isthmusta (%25), ampullada (%55), infundibulumda (%17), overde (%0.5), servikal kanalda (%0.1), abdomende (%0.03) yer alabilir(10).

Extrauterin gebelikten şüphelenilen vakaların büyük çoğunluğunda (%58) intrauterin gebeliklerin gösterilmesi ile extrauterin gebelik ihtimali ekarte edilebilir(2).

Ekstrauterin gebeliğin belirgin bir ultrasonografik bulgusu yoktur. Tek kesin bulgu ekstrauterin lokalize olmuş canlı embryonun

gösterilmesidir. Bir grup araştırmacı ektopik gebelik tanısını adneksial sonografik bulgulara dayanarak koymak istemişlerdir(4,10,14). Diğer gruplar ise ultrasonografinin primer olarak intrauterin gebeliğin belirlenmesinde yararlı olduğunu vurgulamışlardır(2,6). Her iki görüş de önemlidir.

Rüptüre olmamış ektopik gebeliğin sonografik bulguları şu şekilde özetlenebilir(13):

TANISAL ÖZELLİKLER:

1. Çift Desidual Kese ile çevrili intrauterin gestasyonel kesenin olmayışı,
2. Ekstrauterin,ekstraovarian adneksial kitle,
3. Ekstrauterin gestasyonel kesede fetal kardiyak aktivitenin tesbiti (yada doppler muayenesi ile fetal kalp seslerinin duyulması).

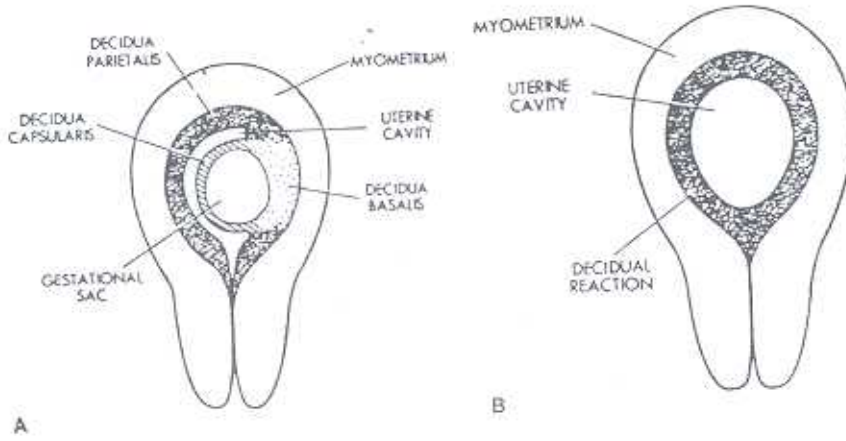
ŞÜPHE UYANDIRAN BULGULAR:

1. Normalden büyük uterus içerisinde kalın ekojenik endometriumun görülmesi (Pseudogestasyonel Sac).

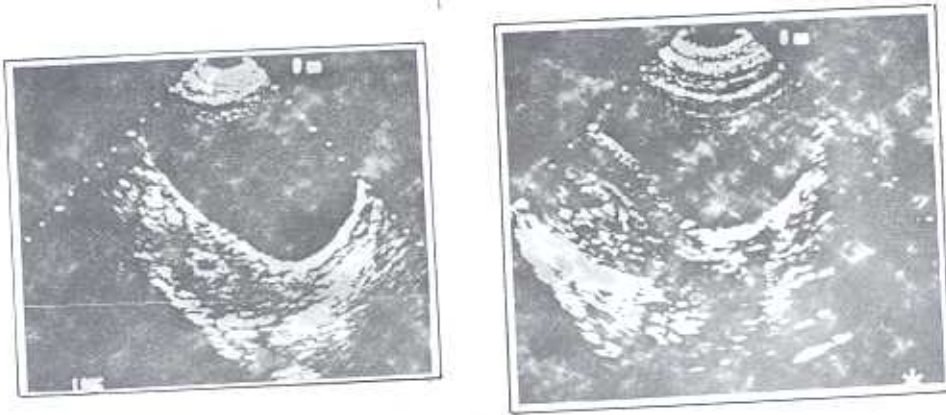
Birden fazla sonografik bulgunun görülmesi halinde ektopik gebelik tanısı daha güvenilir bir şekilde yapılır. Ektopik gebelik çapı çok küçük olabileceği için (1 cm.den az), hastaların çoğunda adneksial kitle içinde overden ayrı küçük anekoik bir alan olarak görülebilir. Nadiren ektopik gestasyonel kese içinde fetal kardiyak aktivite gözlenebilir.

Normal intrauterin gebelikler ultrasonografide önce yaklaşık 5.gebelik haftasında (postkonsepsiyonel 3. haftada) ekojenik bir sınırla çevrili intraendometrial sıvı birikimi olarak gözlenirler (ortalama kese çapı 8mm) (1,2,13).

Gebelik 5. 1/2 hafta olunca gestasyonel kese içine volk sac görünmeye başlar. Yedinci gebelik haftasında da embryo gözlenir. Modern (rezolusyonu iyi) aletler ile embryo ile birlikte fetal kardiyak aktivite de gözlenir (1,11). Intrauterin gebeliğin belirgin özelliklerinin görülebildiği bu 5-6 1/2 haftalar arasındaki kısa dönem önemlidir. Bu dönemde ektopik gebeliğe ait PSEUDOGESTASYONEL KESE'nin gerçek bir intrauterin gebelik olarak yorumlanmaması konusunda çok dikkatli olmak gerekir (Resim 1,2,3).



Resim 1. Çift desidual kese ve pseudogestasyonel kesenin şematik görünümü



Resim 2. A: Çift tabakalı desidual kese ile çevrili intraendometrial sıvı birikimi
B: Tek tabakalı desidual kese ile çevrili pseudogestasyonel kese



Resim 3. İntrauterin erken gebeliğin önemli bulgularından biri olan çift desidual kese belirtisi (DDSS).

Son zamanlarda tanımlanan Double Decidual Sac Sign (DDSS) =Çift Desidual Kese belirtisi erken intrauterin gebeliğe has bir bulgudur. (Resim 1,3). Hakiki gebelik kesesinin yalancı gebelik kesesinden güvenilir bir şekilde ayrımını sağlar. Çift desidual kese, gestasyonel keseyi çeviren iki dairesel halkadan oluşur. Bunların desidua parietalis ve desidua kapsularis'e ait oldukları düşünülmektedir(13).

Bunun aksine ektopik gebelikteki pseudogestasyonel kese, intraendometrial sıvı birikimini çevreleyen tek bir desidual tabakadan oluşur ve tek bir ekojenik halka olarak gözlenir. Fakat tek ekojenik halkalı desidual kesesi olan hastaların %6'sında normal intrauterin gebelik görülebilir (13).

Bu dönemde tanıya yardımcı olabilecek en yararlı bulgu serum beta-HCG düzeylerinin tayinidir. Radioimmunoassay (RIA) tekniğinin geliştirilmesi ile 1-2 mIU/ml düzeyindeki beta subunit-hCG tesbit edilebilmektedir. Bu sayede implantasyondan iki gün sonra yada ovulasyonun 23. gününde bir çok lutealfaz gebeliğini tanımak imkan dahiline girmiştir.

HCG'nin biyolojik aktivitesinin ölçümünde birden fazla standart söz konusudur. 1960'larda Second International Standard (2ndIS) tanımlanmıştır.

Daha sonraları daha saf olan International Reference Preparation

(IRP) tanımlanmıştır Her iki standart da yaygın olarak kullanılmaktadır. Her iki standardın verdiği sayısal HCG değerleri yaklaşık iki misli farklılık gösterir(2).

1 ng/ml= 5-6 mIU/ml (2ndIS)= 10-12 mIU/ml (IRP)

Normal gebelikte beta HCG'nin 48 saatlik zaman süresinde iki misli düzeye ulaşması gerekir. Ektopik gebeliklerde yada abnormal gebeliklerde bu artış genellikle daha az oranda olmaktadır(15).

1981 yılında Kadar ve arkadaşları(4) gebeliğin ilk haftalarında kandaki beta HCG düzeyi 6500 mIU/ml (IRP) olduğu zaman gestasyonel kesenin hemen daima görülebileceğini bildirdiler.

1983 de Batzer ve arkadaşları (1), ovulasyondan 28 gün sonra (6. hafta) veya kandaki beta HCG düzeyi 1000 ng/ml'nin üzerine çıktığı zaman gestasyonel kesenin mutlaka görülmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

1985 de Nyberg ve arkadaşları(8), modern sonografik cihazlar ile serum HCG düzeyleri 1800 mIU/ml (2ndIS)'yi geçtiği zaman gestasyonel kesenin hemen daima görülebileceğini bildirmişlerdir. Aradaki bu farklılıkların referans standartları ile ve dubling time ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

1988 de Romero ve arkadaşları(12) HCG titrelerinin 6000 mIU/ml den küçük olması halinde non-kistik bir adneksial kitle varlığında pozitif belirleyici değerin %83 olduğunu, kistik adneksial kitle varlığında bu değerin %35 olduğunu ve non-kistik kitle ile beraber cul de sac'ta sıvı olmasının ektopik gebelik için %94 oranında belirleyici olduğunu bildirmişlerdir.

Ektopik gebelik rüp türe olduğu zaman sonografide adneksial kitleye ek olarak, cul de sac'da ya da perikolik alanlarda kan yada organize pıhtı görülür (Resim 4,5,6). Culde sac'ta sıvı gözlenen olgularda, ektopik gebelik yanısıra pelvik iltihabi hastalıkları, corpus hemorrhajikum rüptürünü, ovulasyondan sonra batına dökülen follikul sıvısını, retrograd menstruasyonu ve batında ascites oluşturan diğer hastalıkları da gözönünde bulundurmalıyız.

TANISAL ÖZELLİKLER:

1. Çift desidual kese ile çevrili intrauterin gestasyonel kesenin olmayışı
2. Ekstrauterin, ekstraovarian adneksial kitle
3. Ekstrauterin gestasyonel keseden dışarıya çıkan fetusa ait hareketlerin görülmesi.



Resim 4. Sol adneksial sahada miks eko yapısında kitle. Aynı hastanın yapılan laparotomisinde tubanın isthmusunda lokalize, hematosalpinks'e yol açmış fakat henüz rüptüre olmamış bir ektopik gebelik tesbit edilmiştir.



Resim 5. Sağ adneksial lojda lokalize douglasta doğru uzamış yer yer ekojenik alanlar içeren miks eko yapısında kitle. Yapılan laparotomide rüptüre ektopik gebelik tesbit edilmiştir.



Resim 6. Douglašta kanamanın gözleendiđi bir ektopik gebelik olgusu



Resim 7. Bir uterus didelphys olgusunda sol cornu'da yerleşmiş normal intrauterin gebelik olgusu

ŞÜPHE UYANDIRAN BULGULAR:

1. Cui de sac'ta yada perikolik alanlarda kan yada organize pıhtı görülmesi
2. Normalden büyük uterus içerisinde kalın ekojenik endometrium görülmesi (PSEUDOGESTATIONAL SAC).

Intraperitoneal kanamanın sonografik görünümü anekoik görünümünden hipoekoik görünüme kadar değişik düzeylerde olabilir. Bu pıhtı içinde meydana gelen organizasyona bağlıdır. Organize bir hematoma fibrinolizden sonra anekoik olabilir. Pelvik hematomlar ya hematosalpinks şeklinde yada pelviste serbest hematomlar şeklinde görülür. Serbest hematomlar çoğunlukla cui de sac'ta yerleşirler(9,11).

Abdominal gebeliklerin tanı kriterleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Abdominal gebeliklerin tanı kriterleri (14)

BULGULAR	GÖRÜLME SIKLIĞI (%)
Uterusun fetustan ayrı olarak görülmesi	90
Ekstrauterin plasenta görülmesi	75
Oligohidramnios	45
Fetal yapıların anne karın duvarına yakın olması	25
Anormal fetal situs	25
Fetus ve mesane arasında myometriyumun görülememesi	15

Gerek ektopik gebelikler ve gerekse diğer pelvik patolojilerin değerlendirilmesinede ve ayırıcı tanılarında vaginal transducerler daha yararlı olmaktadır. Başlangıçta ovarian follikülü izlemek ve değerlendirmek için geliştirilen transvaginal sonografi ile vaginadan pelvik organlara olan kısa mesafe yüzünden yüksek frekanslı transducerler kullanılarak, barsak gazlarından, dolmamış mesaneden yada retrovert bir uterusdan etkilenmeden daha uygun ve net görüntüler elde edilebilmektedir.

AYIRICI TANI:

1. Intrauterin ölü gebelikler: Örneğin 8 haftalık bir ölü gebelikte intakt choriodecidua, embryo yada fetus gösterilemez, beta HCG değerleri beklenenden daha düşüktür. Ektopik gebelik ile karışabilir.
2. Ruptürü corpus luteum kisti yada hematomu: Corpus luteum kistlerinin çoğu hipoekojidir. Bunlar ovarium içinde bulunurlar. Ektopik gebelik ise ovarium ve uterusdan ayrı olarak gözlenir.
3. Hidrosalpinks pyosalpinks, tubo-ovarian abseler oluşturdıkları adneksial kitleler nedeni ile ektopik gebelik ile karışabilirler. Ayırıcı

tanıda hastanın anamnezi, klinik muayenesi ve infeksiyon lehine olan laboratuvar muayeneleri bize ışık tutar.

4. İleri derecede retroversio ve retrofleksio pozisyonunda bulunan uterusu yer alan normal intrauterin gebelikler de bazen sonografik görünümleri yüzünden ektopik gebelik ile karışabilir.

5. Endometrioma, dermoid kist ve diğer ovarına tümörler sonografik olarak kompleks adneksial kitle görünümüne sebep oldukları için ektopik gebelik ile karışabilirler.

6. Sıvı içeren ince barsak ansları bazen kompleks adneksial kitleyi taklit edebilir.

7. Özellikle ovulasyon induksiyonu yapılan hastalarda olmak üzere ovulasyon nedeni ile rüptüre olan follikülünden sızan sıvı cul de sac'ta sıvı görünümüne sebep olabilir.

8. Onaltıbin gebelikte bir yada 30.000 gebelikte bir hem intra ve hem de ektrauterin gebelikler bir arada olabilir

9. Uterus bicornis unicollis veya uterus didelphys durumlarında bir corn'da yerleşen gebelik bazen yanıltıcı bir sonografik görünüm verebilir (Resim 7).

SONUÇ: Sunulan bilgilere göre ektopik gebelikten şüphelenilen hastaların değerlendirilmesinde sonografi önemli bir muayene yöntemidir. Olguların büyük çoğunluğunda (%58) intrauterin gebeliklerin gösterilmesi ile ektopik gebelik ihtimali hemen ekarte edilebilir. Ektopik gebeliğin belirgin bir sonografik bulgusu yoktur. Tek kesin bulgu canlı ektrauterin embryonun gösterilmesidir. Ultrasonografi hastanın risk durumunun belirlenmesine yardım eder.

KAYNAKLAR:

1. Batzer, FR. ve arkadaşları: Landmarks during the first forty-two days of gestation demonstrated by the beta subunit of HCG and ultrasonography. Am J Obstet Gynecol 1983; 146-973.
2. Filly, RA: Ectopic pregnancy. The role of sonography. Radiology 1987; 162: 661.
3. Grant, A.: The effect of ectopic pregnancy on fertility. Clin. Obstet Gynecol 1962; 5: 861.
4. Kadar, N.; De Vore, G.; Romero, R.: Discriminatory HCG zone: It's use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1981; 58: 156.
5. Lande, IM; Hill, MC; Cosco, FE, Kator, N.: Adnexal and cul de sac abnormalities. Transvaginal sonography. Radiology, 1988; 166: 325.
6. Lavery, JP. Koontz, WL; Layman, L.: Sonographic evaluation of the adnexa during early pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1986; 163: 319.

7. Martinez, F.; Trounson, A.: An analyses of factors associated with ectopic pregnancy in a human invitro fertilization program. *Fertil Steril* 1986; 45: 79.
8. MC Causland, A.: High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures incidence and etiology. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 97
9. Nyberg, DA; Filly, RA; Mahony, BS; Monroe, S.; Laing, FC; Jeffrey, RB: Early gestation: Correlation of HCG levels and sonographic identification *A.J.R.* 1985; 144: 951.
10. Pritchard, JA; Mac Donald, PC: *Williams Obstetric*. 17th ed. Appleton Century Crofts. New York 1985.
11. Rochester, D; ve arkadaşları: Ectopic pregnancy. Surgical-Pathologic correlation with US. *Radiology* 1987; 165: 843.
12. Romero, R. ve arkadaşları: The values of adnexal sonographic findings in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol* 1988; 158: 52.
13. Sanders, CR; James, AE: *The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology*. 3rd ed. Connecticut USA, Appleton Century Crofts 1985.
14. Stanley, JH. ve arkadaşları: Sonographic findings in abdominal pregnancy. *A.J.R.* 1986; 147: 1043.
15. Sperof, L; Glass, RH; Kase, NG: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 4th Ed. William-Wilkins Comp Baltimore 1989.