



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI

**KLİNİĞİMİZDE 5 YIL İÇERİSİNDE YAPILAN
JİNEKOLOJİK ACİL OPERASYONLARIN
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Dr. Neslihan DOĞAN ALLAK
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Kasım, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI

**KLİNİĞİMİZDE 5 YIL İÇERİSİNDE YAPILAN
JİNEKOLOJİK ACİL OPERASYONLARIN
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Dr. Neslihan DOĞAN ALLAK
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT
YARDIMCI TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Reyhan AYZ BİLİR

İSTANBUL
Kasım, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliğı hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Neslihan DOĞAN ALLAK' ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğı "KLİNİĞİMİZDE 5 YIL İÇERİSİNDE YAPILAN JİNEKOLOJİK ACİL OPERASYONLARIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

Üyeler:

Prof. Dr. Niyazi TUĞ

.....

Doç. Dr. Reyhan AYZAZ BİLİR

.....

Tez Savunma Tarihi: __/11/2022

Yazar Bildirimi

“KLİNİĞİMİZDE 5 YIL İÇERİSİNDE YAPILAN JİNEKOLOJİK ACİL OPERASYONLARIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Neslihan DOĞAN ALLAK;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Kasım, 2022

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Neslihan DOĞAN ALLAK



Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini bizden esirgemeyen değerli hocam sayın Prof. Dr. Ateş KARATEKE'ye,

Bilgi birikimi, insan ilişkileri ve deneyimleriyle bize hep örnek olan ve tecrübelerini bizden esirgemeyen, çok değerli hocam ve tez danışmanım, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT'a,

Her zaman desteğini hissettiğim, sabırla tecrübelerini bize aktaran, sevgili yardımcı tez danışmanım, değerli perinatoloji uzmanım Doç. Dr. Reyhan AYAZ BİLİR'e

Bilgi, birikim ve tecrübeleri ile cerrahi bilgi ve becerilerimin gelişmesinde katkıları olan kıymetli uzmanlarım, Op. Dr. Cemalettin ÖZARPACI'ya, Op. Dr. Gamze ERDEM'e, onkoloji yan dal uzmanı abilerim Op. Dr. Oğuz Devrim YARDIMCI ve Op. Dr. Özgür Aydın TOSUN'a, Doç. Dr. Meryem HOCAOĞLU'na, Op. Dr. Ergül DEMİRÇİVİ'ye, Op. Dr. Canan SATIR ÖZEL'e, O olmasaydı asla yapamazdım, iyi ki yollarımız kesişti dediğim, dostluğunu ve sevgisini benden hiç esirgemeyen, tezimin her aşamasında katkısı olan canım arkadaşım Dr. Dilan ÜNSAL'a,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım eş kıdemlerim Dr. Vildan NALBANT, Dr. Gökçem İNANÇ KARAMAN, Dr. Salise Mesude KOLDAŞ başta olmakla birlikte asistanlık sürecini paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğe başladığım ilk günden son güne kadar beraber çalışmaktan keyif aldığım ebe, hemşire, personel ve sekreter arkadaşlarıma,

Beni yetiştirip destekleyen, her daim yanımda olan sevgili annem İkbâl DOĞAN'a ve sevgili babam Ramazan DOĞAN'a, canım abim Bayram DOĞAN'a, canım ablam Harika GÜNEY'e,

En kıymetlilerim, evlatlarım Rengin ve Umay'ıma,

Bugün aramızda olmasa da hekimliği, insanlığı, sabrı, sevgiyi öğrendiğim çok kıymetli abim Doç. Dr. Taner GÜNAY'a,

Hayatımın bir parçası oldukları ve emekleri için çok teşekkür ederim.

Hepiniz iyi ki varsınız...

Dr. Neslihan DOĞAN ALLAK

Özet

KLİNİĞİMİZDE 5 YIL İÇERİSİNDE YAPILAN JİNEKOLOJİK ACİL OPERASYONLARIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Amaç: Jinekolojik aciller sık rastlanan ve hızlı ve doğru yönetilmediği zaman ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Jinekolojik aciller yeni doğan döneminden başlayarak postmenapozal dönem dahil her yaş grubundaki kadınları etkileyen, dikkatle ve ayrıntılı olarak tetkik ve tedavi edilmesi gereken acil durumlardır. Tanının hızlı konulması ve ayırıcı tanıların dikkatle gözden geçirilmesi morbidite ve mortaliteyi önlemek açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine yatışı yapılarak, jinekolojik aciller nedeniyle, cerrahi tedavi uygulanan hastaların verilerinin birbirleriyle karşılaştırılarak retrospektif olarak incelenmesi ve acil jinekolojik vakaların daha hızlı ve doğru şekilde yönetimine yardımcı olmak ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: 1 Eylül 2017 – 30 Eylül 2022 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine yatışı yapılarak, acil cerrahi yapılan 240 hasta çalışmamıza dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, demografik özellikleri, epikriz formları, tedavileri ve sonuçları retrospektif olarak hasta dosyaları ve bilgisayar kayıtları kullanılarak ulaşıldı. Acil cerrahi operasyon uygulanan hastalar; ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, tuba-ovaryan abse, adneks torsiyonu, over kist rüptürü, postoperatif komplikasyonlar ve diğerleri olarak sınıflandırıldı. Grup 1 ektopik gebelik nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 2 pelvik inflamatuvar hastalık/tuba-ovaryan abse nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 3 adneksiyel torsiyon nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 4 over kist rüptürü nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 5 postoperatif komplikasyonlar nedeniyle acil olarak cerrahi operasyona alınan hastalardan ve grup 6 diğer jinekolojik aciller nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan oluşturulmuştur. Çalışma gruplarına dahil olan hastaların verileri

retrospektif olarak incelenmiş ve birbirleriyle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Jinekolojik nedenli acil olarak opere edilen hastaların 128'i (%53,3) ektopik gebelik nedenli, 33'ü (%13,8) pelvik inflamatuvar hastalık/tubal-ovaryan abse nedenli, 49'u (%20,4) adneksiyel torsiyon nedeniyle, 16'sı (%6,7) over kist rüptürü nedeniyle, 10'u (%4,2) postoperatif komplikasyonlar nedeniyle, 4'ü (%1,7) diğer jinekolojik aciller nedeniyle yapılmıştır. Çalışmamıza dahil edilen 240 hastanın 135'ine (%56,3) laparoskopik, 105'ine (%43,8) laparotomik cerrahi yaklaşım uygulanmıştır. Laparoskopik cerrahi uygulamasına göre tüm hastalarımızı karşılaştırdığımızda; laparoskopik cerrahi yapılan hastalarda yapılmayan hastalara göre yaş ortalaması daha düşük ($p=0,011$), girişim süresi daha kısa ($p<0,001$), ateş daha düşük ($p<0,001$), nabız daha düşük ($p=0,022$), preoperatif WBC değeri daha düşük ($p<0,001$), preoperatif hemoglobin değeri daha yüksek ($p=0,022$), preoperatif hematokrit değeri daha yüksek ($p=0,042$), CRP değeri daha düşük ($p<0,001$), postoperatif WBC değeri daha düşük ($p=0,003$), postoperatif PLT değeri daha düşük ($p=0,009$), total yatış süresi daha düşük ($p<0,001$), ameliyat sonrası yatış süresi daha düşük ($p<0,001$), kan transfüzyonu ihtiyacı oranı daha düşük (%24,8 ve %8,9; $p=0,002$) olarak bulduk. Daha sık görülen dört grubu birbiri ile karşılaştırdığımızda ektopik gebelik grubunda %70,3 oranıyla laparoskopik yaklaşımın en yüksek oranda tercih edildiğini gözlemledik. PİH/TOA grubunda bütün gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük oranda laparoskopinin tercih edildiğini gözlemledik ($p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışmamızda tersiyer bir merkez olan kliniğimizde acil cerrahi operasyon ile yönetilen olguları geniş bir spektrumda birbirleriyle karşılaştırarak inceledik. Verilerimizi güncel literatür ile uyumlu bulduk ve bu çalışmayı yaparak bu olguların yönetimi açısından literatüre katkı sağlamayı amaçladık. Dünyadaki güncel gelişmeleri takip etmekte olup; uygun merkezlerde ve uygun hasta gruplarında ve tecrübeli cerrahlar eşliğinde laparoskopinin ön planda tercih edilmesi gerekliliğini savunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Jinekolojik Aciller, Fertilite

Abstract

RETROSPECTIVE EVALUATION OF GYNECOLOGICAL EMERGENCY OPERATIONS PERFORMED IN OUR CLINIC WITHIN 5 YEARS

Objective: Gynecological emergencies are an important health problem that is common and can cause serious morbidity and mortality when not managed quickly and accurately. Gynecological emergencies are emergencies that affect women of all age groups, starting from the newborn period, including the postmenopausal period, and require careful and detailed examination and treatment. Rapid diagnosis and careful review of differential diagnoses are of priority in terms of preventing morbidity and mortality. In this study, we aimed to retrospectively analyze the data of patients who underwent surgical treatment due to gynecological emergencies by being admitted to the Obstetrics and Gynecology Department of Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital, to help the management of emergency gynecological cases more quickly and accurately, and to contribute to the literature.

Material and Methods: Between September 1, 2017 – September 30, 2022, 240 patients who were admitted to the Obstetrics and Gynecology Department of Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital and underwent emergency surgery were included in our study. The clinical and laboratory findings, demographic characteristics, epicrisis forms, treatments and results of the patients included in the study were obtained retrospectively from patient files and computer records. Patients undergoing emergency surgery; were classified as ectopic pregnancy, pelvic inflammatory disease, tuba-ovarian abscess, adnexal torsion, ovarian cyst rupture, postoperative complications and others. Group 1 consisted of patients undergoing emergency surgery due to ectopic pregnancy, group 2 consisted of patients undergoing emergency surgery due to pelvic inflammatory disease/tubal-ovarian abscess, group 3 consisted of patients undergoing emergency surgery due to adnexal torsion, group 4 consisted of patients undergoing emergency surgery due to ovarian cyst rupture, group 5 consisted of patients who underwent emergency surgery due to postoperative complications, and group 6 consisted of patients who underwent emergency surgery due to other gynecological emergencies. The data of the patients included in the study

groups were analyzed retrospectively and evaluated by comparing them with each other.

Results: Of the patients who were operated urgently for gynecological pathologies, 128 (53.3%) were due to ectopic pregnancy, 33 (13.8%) were due to pelvic inflammatory disease/tuba-ovarian abscess, 49 (20.4%) were due to adnexal torsion, 16 (6.7%) were due to ovarian cyst rupture, 10 (4.2%) were due to postoperative complications, 4 (1.7%) were due to other gynecological emergencies. Laparoscopic approach was applied to 135 (56.3%) of 240 patients included in our study, and laparotomic surgical approach was applied to 105 (43.8%) patients. When we compare all our patients according to laparoscopic surgery; In patients who underwent laparoscopic surgery, mean age was lower ($p=0.011$), duration of intervention was shorter ($p<0.001$), fever was lower ($p<0.001$), pulse was lower ($p=0.022$), preoperative WBC value was lower than patients who did not undergo laparoscopic surgery. ($p<0.001$), preoperative hemoglobin value is higher ($p=0.022$), preoperative hematocrit value is higher ($p=0.042$), CRP value is lower ($p<0.001$), postoperative WBC value is lower ($p=0.003$), postoperative PLT value was lower ($p=0.009$), total hospitalization time was lower ($p<0.001$), postoperative hospital stay was lower ($p<0.001$), blood transfusion requirement rate was lower (24.8% vs. 8.9%); $p=0.002$). When we compared the four more common groups with each other, we observed that the laparoscopic approach was preferred at the highest rate, with a rate of 70.3% in the ectopic pregnancy group. We observed that laparoscopy was preferred at a lower rate, which was statistically significant, in the PID/TOA group compared to all groups ($p<0.001$).

Conclusion: In this study, we compared a wide spectrum of cases managed with emergency surgery in our clinic, which is a tertiary center, and compared them with each other. We found our data compatible with the current literature and we aimed to contribute to the literature in terms of the management of these cases by conducting this study. It follows the current developments in the world; we advocate that laparoscopy should be preferred at the forefront in appropriate centers and in appropriate patient groups and accompanied by experienced surgeons.

Keywords: Laparoscopy, Gynecologic Emergencies, Fertility

Tablo Listesi	xi
Grafik Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 EKTOPİK GEBELİK	2
2.1.1 Tanım	2
2.1.2 Epidemiyoloji	2
2.1.3 Risk Faktörleri	3
2.1.4 Tuba Uterina Dışı Ektopik Gebelik Lokalizasyonları	3
2.1.4.1 İnterstisyel (Kornual) Gebelik	3
2.1.4.2 Ovaryan Gebelik	4
2.1.4.3 Servikal Gebelik	4
2.1.4.4 Abdominal Gebelik	5
2.1.4.5 Sezaryen Skar Gebeliği	6
2.1.4.6 İntraligamenter Gebelik	6
2.1.4.7 Heterotopik Gebelik	6
2.1.4.8 Farklı Ektopik Gebelikler	7
2.1.5 Ektopik Gebelik Tanı Yöntemleri	7
2.1.5.1 Ultrasonografi	7
2.1.5.2 MR Görüntüleme	7
2.1.5.3 Beta-hCG	7
2.1.6 Ektopik Gebelik Ayırıcı Tanısı	7
2.1.7 Ektopik Gebelik Tedavisi	8
2.1.7.1 Medikal Tedavi	8
2.1.7.2 Cerrahi Tedavi	9
2.1.7.2.1. Salpenjektomi	9
2.1.7.2.2 Salpingostomi	9
2.1.7.2.3 Salpingotomi	9
2.1.7.2.4 Milking Yöntemi	10
2.1.7.2.5 Salpingo-Ooferektomi ve Histerektomi	10
2.2 ADNEKS TORSİYONU	10
2.2.1 Tanım	10
2.2.2 Etiyoloji ve Risk Faktörleri	11
2.2.3 Klinik Bulgular	11
2.2.4 Tanı	11
2.2.4.1 Laboratuvar Bulgular	11
2.2.4.2 Ultrasonografi	11
2.2.4.3 BT ve MR Görüntüleme	12

2.2.5 Tedavi ve Yönetim.....	12
2.3 PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK.....	13
2.3.1 Tanım.....	13
2.3.2 Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri.....	14
2.3.3 Patogenez	14
2.3.4 Tanı.....	15
2.3.5 Tedavi.....	17
2.3.5.1 Medikal Tedavi	17
2.3.5.2 Cerrahi Tedavi.....	18
2.4 OVER KİST RÜPTÜRÜ	19
2.4.1 Tanım.....	19
2.4.2 Risk Faktörleri.....	19
2.4.3 Klinik Bulgular	19
2.4.4 Tanı.....	20
2.4.4.1 Laboratuvar Testleri	20
2.4.4.2 Görüntüleme Yöntemleri	20
2.4.5 Tedavi.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1 VERİ ANALİZİ.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	42
5.1 TARTIŞMA.....	42
5.2 SONUÇ	50
Kaynaklar	52
Ek A. Etik Kurul Onay Formu	62

Tablo Listesi

4.1:	Hastaların yaş dağılımları.....	25
4.2:	Acil ameliyata alınan hastaların ön tanılarına göre dağılımı.....	26
4.3:	Gravida.....	27
4.4:	Parite.....	27
4.5:	Abortus	28
4.6:	Küretaj	28
4.7:	Ektopik gebelik öyküsü	28
4.8:	Tüm hastaların genel özellikleri	29
4.9:	“Ektopik gebelik” grubundaki hastaların klinik özellikleri.....	30
4.10:	“PİH, TOA” grubundaki hastaların klinik özellikleri	30
4.11:	“Adneks Torsiyonu” grubundaki hastaların klinik özellikleri	31
4.12:	“Over kist rüptürü” grubundaki hastaların klinik özellikleri	31
4.13:	Tüm hastaların vital bulguları	32
4.14:	Tüm hastaların laboratuvar bulguları.....	32
4.15:	Acil ameliyata alınan ilk dört grubun karşılaştırılması.....	36
4.16:	“Ektopik gebelik” ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastaların metotreksat uygulanma durumuna göre özellikleri	37
4.17:	“Adneksiyel Torsiyon” ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastaların nekroz varlığına göre özellikleri.....	38
4.18:	“Adneksiyel Torsiyon” ön tanısı ile ameliyata alınan hastalarda torsiyon varlığına göre kist boyutu.....	39
4.19:	Laparoskopik cerrahi varlığına göre tüm hastaların özellikleri	40

Grafik Listesi

4.1:	Yaş histogramı.....	25
4.2:	Ön tanımlar	26
4.3:	Obstetrik öykü.....	29
4.4:	Torsiyon varlığına göre kist boyutu	39
4.5:	Laparoskopik cerrahi varlığına göre ameliyat sonrası yatış süresi...	41



ABD	Amerika Birleşik Devletleri'nde
BT.....	Bilgisayarlı Tomografi
CYBH.....	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DES	Dietilstilbesterol
hCG	Human Koryonik Gonadotropin
HCT	Hematokrit Yüzdesi
Hg.....	Hemoglobin Değeri
IVF.....	In Vitro Fertilizasyon
KCL	Potasyum Klorür
KOK.....	Kombine Oral Kontraseptif
L/S	Laparoskopik Cerrahi
L/T	Laparotomik Cerrahi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MTX.....	Metotreksat
OHSS.....	Ovaryan Hipersitimülasyon Sendromu
PİH	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
PLT	Platelet Sayısı
RİA	Rahim İçi Araç
TOA	Tuba-Ovaryan Abse
TV-USG	Transvajinal Ultrasonografi
USG.....	Ultrasonografi
WBC	Beyaz Küre Sayısı
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri

GİRİŞ ve AMAÇ

Jinekolojik aciller sık rastlanan ve hızlı ve doğru yönetilmediği zaman ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Bu vakalar acil servise veya polikliniklere; akut abdomen, vajinal kanama, ateş, hemodinamik instabilite ile başvurabilir (1–3). Bu semptomlar yalnızca jinekolojik aciller sonucunda gözlenmemekte olup, ayırıcı tanıda; üriner, gastrointestinal sistem ya da iskelet ve kas sistemine ait organ hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve vasküler patolojiler de dikkatle değerlendirilmelidir (3). Jinekolojik aciller kapsamında ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, tuba-ovaryan abse, over kist ve komplikasyonları, adneksiyal torsiyon ve vulvo-vajinal travma değerlendirilebilir (1–4).

Tanıda öncelikle hastanın klinik bulguları, görüntüleme bulguları, laboratuvar ve fizik muayene bulgularıyla birlikte dikkatli anamnez değerlendirilmesi yapılmalıdır. Jinekolojik acillerin yönetiminde gecikme veya herhangi bir ihmalin mortaliteye neden olabilecek olmasının yanı sıra; hastanın cinsel fonksiyonlarının ve fertilitésinin kalıcı olarak kaybıyla hastaların hayat kalitesini etkileyebilmektedir. Jinekolojik acillerin yönetiminde; ilerleyen ve sürekli gelişen tıbbi bilgi ve teknolojiyle beraber erken teşhis kolaylaşmış ve konservatif tedavi seçeneklerinin kullanımı dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Bu durum morbidite ve mortaliteyi azaltmakta aynı zamanda minimal invaziv cerrahi yaklaşımların yaygınlaşmasıyla hastaların hastane yatış sürelerini kısaltmaktadır.

Bu çalışmayı yapmamızın amacı; kliniğimizde son 5 yıl içerisinde (1 Eylül 2017- 30 Eylül 2022) acil cerrahi ile tedavi edilen jinekolojik vakaları retrospektif olarak incelemek ve acil jinekolojik vakaların daha hızlı ve doğru şekilde yönetimine yardımcı olmak ve literatüre katkı sağlamaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1 EKTOPIK GEBELİK

2.1.1 Tanım

Gebelikler lokalizasyonlarına göre intrauterin gebelikler ve ekstrauterin gebelikler veya ektopik gebelikler olarak ikiye ayrılırlar. Ovumun fertilizasyonu sonrasında gelişen blastokistin uterin kavitedeki endometrium dışındaki bir lokalizasyona implantasyonu sonucunda ektopik gebelik gelişir (5,6). Ekstrauterin yerleşim %96 oranıyla en sık fallop tüpünde görülür; ancak ovaryan, intraligamenter, servikal, sezaryen skar yeri, abdominal ve heterotopik yerleşim de görülebilir (6). Ektopik gebelikler tuba uterinanın farklı anatomik lokalizasyonlarına yerleşebilir. %70 oranında ampuller, %11 oranında fimbrialar, %12 oranında istmusta, %2-3 oranında ise kornual veya interstisyel yerleşim görülebilir (7).

2.1.2 Epidemiyoloji

Ektopik gebeliklerde insidans yıllar içerisinde farklılıklar göstermektedir. 1997-2000 yıllarında yürütülen bir çalışmada insidans %2,07 olarak belirtilmişken, 2002-2007 yıllarında yapılan başka bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) insidans %6,4 olarak bulunmuş ve insidansın yaş ile doğru orantılı olarak arttığı bildirilmiştir (8,9). 2004-2008 yıllarında yürütülen başka bir çalışmada ise insidans %14,7 olarak bulunmuştur (10). Tüm gebeliklerin ise %1-2'sini oluşturarak jinekolojik aciller içerisinde yer almakta ve maternal morbidite ve mortalite açısından önem arz etmektedir (5,11). Yapılan çalışmalarda maternal mortalitenin yıllar içerisinde azaldığı gözlenmiştir; ancak Afrika kökenine sahip hastaların mortalite oranının yaklaşık 7 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (11).

2.1.3 Risk Faktörleri

Ektopik gebeliğe sebep olan başlıca nedenler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve bunlara bağlı veya CYBH'lar dışında meydana gelen enfeksiyonlar, konjenital malformasyonlar, tümörler ve cerrahiye sekonder gelişebilecek olan tubal anotominin bozulması ve bu bozulmanın dışında siliyer aktivite hasarı sonucu fonksiyonel bozulma yer almaktadır. En önemli risk faktörü ektopik gebelik öyküsü veya tubal cerrahi öyküsüdür (12,13).

Ektopik gebelikte risk faktörleri sınıflanırken yüksek, orta ve düşük risk olarak etiyolojik faktörlere göre üç grupta inceleme yapılmaktadır.

Yüksek risk grubunda; ektopik gebelik öyküsü, geçirilmiş tubal cerrahi, tubal patoloji, sterilizasyon, rahim içi araç (RIA) kullanımı (şu an kullanıyor olmak en yüksek risk faktörlerinden), mevcut gebeliğin in vitro fertilizasyon (IVF) ile elde edilmiş olması yer almaktadır.

Orta risk grubunda; kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımı, CYBH öyküsü (K. trachomatis, N. gonorrhea), pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) öyküsü, intrauterin diethylstilbesterol (DES) maruziyeti, sigara tüketimi, pelvik/ abdominal cerrahi öyküsü, spontan düşük öyküsü yer almaktadır.

Düşük risk grubunda ise; tıbbi olarak indüklenmiş abortus öyküsü, infertilite öyküsü, 40 yaş ve üzerinde olmak, vajinal duş, ilk cinsel ilişki yaşının 18 yaşının altında olmuş olması, apendektomi öyküsü yer almaktadır (12-14).

2.1.4 Tuba Uterina Dışı Ektopik Gebelik Lokalizasyonları

2.1.4.1 İnterstisyel (Kornual) Gebelik

Tuba uterinanın proksimaline (interstisyel alana) implante olan ve uterus myometriyumuna da bir kısmı invaze olan gebelikler interstisyel (kornual) gebelikler olarak adlandırılmaktadır. Ektopik gebelikler içerisinde %2-4 oranında görülür. Kornual gebeliği, intrauterin gebelikten ayırt etmede; gestasyonel sakın eksantrik yerleşimi ve implante olmuş alanın etrafındaki myometrial dokunun kalınlığının <5 mm olması şüphelendirebilir. Tedavide medikal veya cerrahi yöntemler uygulanabilir (15).

2.1.4.2 Ovaryan Gebelik

Ovaryan gebeliklerin sıklıkla rastlantısal geliştiği düşünülmektedir. Ektopik gebelikler arasında %0,5-3 arasında görülerek sıklığı günümüzde artmıştır. Tubal ektopik gebeliklerin aksine etyolojide PİH öyküsü, infertilite öyküsü, RİA öyküsü ve tekrarlayan ektopik gebelik öyküsü yer almamaktadır. Ovaryan ektopik gebelik tanısı Spielberg'in 1878 yılında geliştirdiği kriterlere göre konulur:

- 1) Aynı taraflı over ve salpenks ayrı izlenmeli ve aynı taraf salpenks bütünlüğü korunmuş olmalıdır,
- 2) Ektopik gebelik kesesinin ovaryan yerleşimli olduğu gösterilmelidir.
- 3) Ektopik gebelik kesesinin uterus ile olan bağı lig. ovari proprium ile sağlanmış olmalıdır.
- 4) Plasental yapılar ve ovaryan dokunun ilişkisi histopatolojik olarak gösterilmelidir (16).

2.1.4.3 Servikal Gebelik

İmplantasyonun endoservikal kanal içerisinde gerçekleştiği gebeliklere servikal ektopik gebelikler denir. Trofoblastik aktivite servikal dokular içerisinde izlenir. Etiyoloji net aydınlatılamasa da geçirilmiş servikal veya uterin cerrahi öyküleri ve servikal patolojilerin varlığı risk faktörleri içerisinde değerlendirilmektedir. Klinikte en sık amenore sonrası ağrısız vajinal kanama izlenir (17,18). Servikal gebeliklerin tanısının erken konulması klinik olarak önem arz eder; çünkü abondan kanayabilmekte ve ciddi anemi ve sonucunda histerektomi gereksinimi olabilmektedir. Transvajinal USG ile muayene tanı koymak için sıklıkla yeterli olmaktadır (17).

Servikal gebelik tanısının klinik olarak konulmasında kullanılan önemli kriterler (19);

- 1) USG muayenesinde serviks dilate izlenir, uterus görece büyük ve kum saati şeklinde izlenir.
- 2) Fetal kardiyak aktivite internal servikal os seviyesinin daha altında gözlenir.

- 3) Transvajinal USG ile yapılan muayenede gestasyonel sakta kayma bulgusu izlenir.
- 4) İnternal servikal os kapalıdır ancak; eksternal servikal os açık izlenebilir.
- 5) Spekulum muayenesinde inspeksiyonda serviks mor veya mavi renkli olarak izlenebilir.
- 6) Servikal manipülasyon sonrası abondan vajinal kanama izlenebilir.

Servikal gebeliklerin öncelikli tedavisi cerrahidir; ancak hemodinamik olarak stabil hastalarda metotreksat (MTX) tedavisi birinci basamak tedavi yöntemi olarak kullanılabilir. MTX tedavisi sonrası gelişen veya spontan olarak gelişen abondan vajinal kanamalarda dilatasyon ve endoservikal kanal küretajı uygulanabilir. Hemostazı sağlamak için uterin kompresyon, servikal damarların ligate edilmesi, serklaj süturları uygulanması gibi yöntemler kullanılabilir. Bu uygulamalara rağmen kanamanın devam etmesi halinde histerektomi mortaliteyi önlemede ilk akla gelmesi gereken seçenektir (18).

2.1.4.4 Abdominal Gebelik

Fertilizasyon sonrası ovumun batin içerisindeki organlara veya direk periton yüzeylerine implantasyonu sonucu gelişirler. Tubal gebeliklerin abort etmesi sonucunda embriyonun trofoblastik aktivitesinin devam etmesi sonrasında batin içine implante olan embriyo ile sekonder abdominal gebelikler görülebilir (20). En mortal ektopik gebelik türüdür. Abdominal basıya bağlı konjenital anomali insidansı artmaktadır. USG tek başına tanı koydurucu değildir, genelde oligohidroamniyoz izlenir.

- USG’de fetüs eksantrik yerleşmiş ve batin ön duvarında ayrıca uterus izlenebilir.
- Batin ön duvarı, mesane ile fetüs arasında myometrium dokusu izlenmez.
- Gestasyonel sak etrafında barsak ansları görülebilir (21). Kesin tanıyı koymak için MR ve BT görüntüleme kullanılabilir ve plasentanın yeri değerlendirilebilir (22).

Abdominal gebeliklerin tedavisinde tanı konulduğu anda terminasyon yapılmalı ve öncelikle cerrahi tedavi seçilmelidir. Cerrahi tedavide fetüs çıkarıldıktan sonra plasenta eksplore edilmeli, eksplorasyonda gereksiz

palpasyondan kaçınılmalıdır. Plasentanın yerinde bırakılması da bir seçenek olup uzun süreli takip gerektirmesi, batın içi abse ve yapışıklık gibi komplikasyonlar akılda tutulmalıdır.

2.1.4.5 Sezaryen Skar Gebeliği

Fertilize olmuş ovumun uterusun eski insizyon yerine implante olması ile gerçekleşen bir ektopik gebelik türüdür. Artan sezaryen oranları ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Aynı zamanda uterin cerrahilerde, geçirilmiş küretaj ve adenomyozis de risk faktörleri arasındadır (23). Servikal gebelik tanı kriterleri arasında; ağrısız vajinal kanama, USG’de uterus boyutunun servikse oranında azalma (kum saati uterus), uterin kavitenin boş izlenmesi, endometriumun servikal kanala devamlılığının izlenmemesi, gestasyonel sak ile mesane arasında myometrium izlenmemesi sayılabilir. Spekulum ile muayenede serviks kanamalı ve mor izlenebilir.

Tedavide hem medikal hem cerrahi kullanılmaktadır. Medikal olarak lokal veya sistemik MTX seçilebilir. Masif kanamada uterin arter embolizasyonu bir seçenektir. Servikal küretaj uygulanması, L/S eşliğinde skar gebelik eksizyonu, kontrol edilemeyen kanamalarda histerektomi uygulanmasına kadar giden cerrahi tedavi seçenekleri uygulanmaktadır (24–28).

2.1.4.6 İntraligamenter Gebelik

Tubal gebelik fertilizasyonunda trofoblastların tuba serozasına penetre olması üzerine mezosalpenks ve broad ligamentine implante olması ile gerçekleşir.

2.1.4.7 Heterotopik Gebelik

Ektopik gebelikte birlikte intrakaviter gebelik olması durumudur. Özellikle son yıllarda IVF uygulamalarının artması ile insidansı artmıştır. Tanı koymada beta-hCG anlamsız olup, tanıda altın standart L/S veya L/T gibi cerrahi yöntemler ile ektopik odağın gösterilmesidir. Kavitede normal bir gebelik de olduğu için sistemik MTX kullanılmaz. Tedavide cerrahi girişimler öncelikle tercih edilir. Ektopik odağa L/S olarak KCL enjeksiyonu da bir tedavi seçeneği olabilir (29).

2.1.4.8 Farklı Ektopik Gebelikler

Geçirilmiş uterin cerrahi, IVF sonrasında ve adenomyotik uterusda intramural gebelikler görülmektedir. Karaciğer, omentum ve retroperitonda görülen ektopik gebelikler de bildirilmiştir (30).

2.1.5 Ektopik Gebelik Tanı Yöntemleri

Ektopik gebeliklerde en sık rastlanan klinik bulgu ağrı ve vajinal kanamadır. Klasik olarak anamnezde adet gecikmesi, kanama/lekelenme ve karın ağrısı izlenir. Muayenenin ardından beta-hCG VE USG ile birlikte hastalar değerlendirilir.

2.1.5.1 Ultrasonografi

Transvajinal ultrasonografide (TV-USG) yüksek beta-hCG değerlerindeki hastalarda trilaminer endometrium görüntüsü, psödosak izlenmesi veya desidual kist görülmesi, ektopik odak izlenmesi ektopik gebelik tanısını büyük bir oranda koydurur (31,32). Sonografik renkli dopplerde ektopik odağın çevresinde plasental kan akımının yarattığı 'ring of fire' görülebilir. Ancak bu bulgu korpus luteum kistlerinde de izlenebileceği için non-spesifiktir.

2.1.5.2 MR Görüntüleme

Tuba dışındaki ektopik gebeliklerin tanısını koymada nadir olarak kullanılan bir yöntemdir (33)

2.1.5.3 Beta-hCG

Beta-hCG değerleri serumda 5 ve üzeri değerlerde idrarda ise 20-25mIU/mL olduğunda pozitif kabul edilir. Normalde beta-hCG değerleri 2 gün ara ile 2 katına çıkar. Ektopik gebeliklerde genellikle bu artış $\frac{2}{3}$ vakada izlenmez ve beta-hCG değerleri plato çizer. Ektopik gebelik tanısında en az 2 gün ara ile yapılan ardışık üç ölçümde beta-hCG değerlerinin plato çizmesi anlamlıdır.

2.1.6 Ektopik Gebelik Ayırıcı Tanısı

Ektopik gebeliklerde abortus imminens, missed abortus, corpus luteum kisti ve inkomplet abortus ile ayırıcı tanıya gidilmektedir (34).

2.1.7 Ektopik Gebelik Tedavisi

Ektopik gebeliklerde konservatif, medikal ya da cerrahi tedaviler uygulanabilir. Eğer hasta instabil ise cerrahi tedaviler seçilir. Stabil hasta USG ile değerlendirilir ve beta-hCG ile takip edilir. Takiplerde beta-hCG düzeyinde düşme, tubal ektopik tanısında kesinleşme, ektopik odak çapının 35 mm altında olan hastalar rüptür va da kanama bulgusu olmaması durumunda konservatif izlem tedavisine alınabilir (35,36).

2.1.7.1 Medikal Tedavi

Dihidrofolat redüktazı inhibe eden MTX bir folik asit antagonistidir. MTX; dihidrofolatın, folik asit aktif formu olan tetrahidrofolata dönüşümünü engelleyerek etki eder. MTX tedavi başarısının yüksek olması, over rezervinin üzerinde olumsuz etkisinin olmaması, kullanım ve takip kolaylığı nedeni en çok tercih edilen medikal ajandır (37).

MTX kontrendikasyonları şunlardır (38);

- Hemodinamik olarak instabil hastalar,
- MTX'a duyarlı hastalar,
- Sağlıklı intrauterin gebelik,
- Karaciğer, böbrek, aktif pulmoner hastalığı olanlar,
- Emzirme,
- İmmun yetmezlik, alkolizm ve peptik ulkusu olanlar,
- Tubal rüptür

MTX uygulamasında tek doz ve multidoz olmak üzere iki tip tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Tedavi takipleri beta-hCG ile yapılmaktadır. MTX uygulanan hastalarda beta-hCG düzeylerinde 4-7. gün arasında en az %15 azalma olmalıdır. Beta-hCG plato yapar veya yükselirse cerrahi veya ek doz MTX uygulanabilir.

Maliyetinin düşük olması, kullanım ve takip kolaylığı açısından genelde tek doz MTX ile başlanıp hastaların cevabına göre ek tedavilere geçilmektedir (39).

2.1.7.2 Cerrahi Tedavi

Ektopik gebelikte uygun hastalara cerrahi tedaviler seçilmektedir. Medikal tedavi uygulanamayan veya başarısızlıkla sonuçlanan, hemodinamik olarak instabil hastalar, tubal rüptür olan hastalar, heterotopik gebelik tanısı olanlar veya eş zamanlı cerrahi endikasyonu olan hastalarda cerrahi tedaviler uygulanabilir.

L/S veya L/T cerrahi yöntemler uygun hastalarda seçilebilir. Hastanın kliniği, fertilitenin korunmak istenmesi, hastanın hemodinamisi ve ektopik odağın boyutu gibi pek çok faktöre göre uygun yöntem seçilebilir. L/S, ektopik gebelik cerrahi tedavisinde L/T'e göre üstündür. Ancak cerrahın tecrübesi ve teknik koşullara göre uygun tedavi seçilmelidir. Ektopik gebelik tedavisinde salpenjektomi, salpingotomi veya salpingostomi en çok kullanılan cerrahi yaklaşımlardır (40).

2.1.7.2.1. Salpenjektomi

Tubanın çıkarılması işlemidir. Ektopik gebelikte en sık kullanılan cerrahi yaklaşımdır. L/S veya L/T ile yapılabilmektedir. Radikal bir yaklaşımdır. Genellikle fertilité arzusu olmayan, ciddi tubal hasarı olan, tekrarlayan ektopik gebeliği olan ve hemodinamik instabilitesi olan hastalarda seçilmektedir (41).

2.1.7.2.2 Salpingostomi

Ektopik gebelik materyalinin salpenkse lineer bir insizyon açılarak çıkarılması ve salpenks insizyonunun suture edilmeden sekonder iyileşmeye bırakılmasıdır. Fertilité isteği olan, tubal rüptürün izlenmediği ve hemodinamisi stabil olan hastalara uygulanır. En çok ampular gebelikte uygulanmaktadır (42).

2.1.7.2.3 Salpingotomi

Ektopik gebelik materyalinin salpenkse lineer bir insizyon açılarak çıkarılması ve salpenks insizyonunun primer olarak suture edilmesidir.

Salpingostomiden farklı olarak 2 cm'den büyük rüptüre olmamış ektopik gebeliklerde uygulanır.

2.1.7.2.4 Milking Yöntemi

Ektopik odağın tubal sıvazlama ile fimbriyal uçtan çıkarılması işlemidir. Persistan trofoblastların olması kanama ve postoperatif beta-hCG değerlerinde stabilite izlenmesine neden olur. Milking ektopik gebelik tekrarlama ihtimali en çok olan yöntem olması nedeniyle en az tercih edilen yöntemdir (43).

2.1.7.2.5 Salpingo-Ooferektomi ve Histerektomi

Ovaryan ektopik gebeliklerde ve over adezyonu olan tubal ektopik gebeliklerde tek taraflı salpingo-ooferektomi yapılabilmektedir. Ağır kanamalarda, servikal ve kornual ektopik gebeliklerde en çok seçenek olarak histerektomi gerekebilmektedir (41).

2.2 ADNEKS TORSİYONU

2.2.1 Tanım

Adneksiyel torsiyon destekleyici ve besleyici bağlar olan ovaryan ve infundibulopelvik ligamanların mobilitesi sonucunda kısmi veya tam olarak kendi etrafında dönmesi ile meydana gelmektedir. Torsiyonda her iki bağ da parsiyel olarak strangüle olmakta ve kan akımı engellenmektedir. İlk olarak venöz, ardından arteriyel kan akımı bozulmaktadır. Adneksiyel ödem, renk değişikliği iskemi ve nekroz gelişmektedir. İrreversibl olarak adneksiyel hasar gelişebilmektedir (44).

Adneksiyel torsiyon sık görülmemekle birlikte akut abdominal ağrının önemli bir nedenidir ve ağır morbidite ve fertilizasyonda azalma ile sonuçlanabilmektedir.

Adneksiyel torsiyon sıklıkla alt abdomende ani, devamlı ve nonspesifik bir ağrı şeklinde kendini gösterir. Gecikmiş tanı, ya da tanı alamayan olgular oldukça sıktır ve bu gibi durumlar overin, fallopian tüpün ya da her ikisinin kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Jinekolojik cerrahi aciller içerisinde beşinci sırada olup %2,7'sini oluşturmaktadır (45).

2.2.2 Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Adneksiyel torsiyonun etiyolojisi net değildir. Olguların büyük bir kısmında overde kitle mevcuttur. Normal boyutlardaki overde torsiyon mümkün olmakla bile nadir görülen bir durumdur. Benign kistik teratom gibi büyük ovaryan kitleler ve polikistik overler torsiyone olmaya daha meyillidir. Önceki torsiyon öyküsü, reproduktif dönemde olmak, tubal cerrahi geçirmiş olmak, ovaryan hipersitimülasyon sendromu (OHSS) ve IVF tedavisi almak risk faktörlerindendir. Ayrıca gebelik de risk faktörlerinden biridir. 5 cm'nin altındaki kistlerde torsiyon nadirdir. İzole fallopian tüp torsiyolarında hematosalpenks, hidrosalpenks, gebelik ve paraovaryan kistler risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır (46).

2.2.3 Klinik Bulgular

Adneksiyel torsiyonda akut alt batında ağrı, peritoneal irritasyon bulguları ve palpabl bir adneksiyel kitle varlığıdır. Bulantı ve kusma %70 hastada görülebilmektedir. (Torsiyonun sağ tarafta daha sık gözlenmesi nedeniyle sağ alt kadranda ağrısı daha sıktır. Semptomlar non-spesifiktir. Ateş yüksekliği de %20 hastada bulgu olarak karşımıza çıkabilmektedir (47).

Hastaların çoğunda ağrı görülmektedir. Klasik ani başlangıçlı kolik şeklinde, tek taraflı renal kolik ya da akut pankreatite özgü sırta vuran ağrı şeklinde veya gelip geçici ataklar şeklinde kendini gösterebilmektedir (48).

2.2.4 Tanı

2.2.4.1 Laboratuvar Bulgular

Torsiyona özgü bir laboratuvar testi yoktur. Sedimentasyon hızı ve beyaz küre artışı görülebilmekle birlikte bir çok hastada normal izlenmektedir. Laboratuvar bulguları daha çok ayırıcı tanı için kullanılmaktadır. Şüphede kalınan olgularda tam idrar tetkiki, tam kan sayımı, beta--hCG bakılmalı eğer adneksiyel kitle tespit edilirse tümör markerları için kan alınmalıdır (49).

2.2.4.2 Ultrasonografi

Ultrasonografi pelvik ağrıda temel olarak başvurulacak yöntemdir ve tanıda oldukça önemlidir. Hızlı, basit, ekonomik ve non invaziv bir yöntem olması

tanıda çok sık kullanılmasını sağlar. Ancak bulgular torsiyonun derecesi ile birlikte değişkenlik gösterir. Ultrasonografik olarak en sık bulgular genişlemiş, ödemli bir over ya da bir kitlenin varlığıdır (50).

Cul-de-sac'ta gözlenebilen serbest mayi sıklıkla geç bir bulgudur ve hemorajik over dokusu kaynaklıdır. Unilateral genişlemiş ödemli bir over, overin korteksinde yerleşmiş çok sayıda folikül görülmesi ve periferik yerleşimli bir kistik kitle ovaryan torsiyon olgularının %66'sında izlenen bulgudur (51). Doppler USG de vasküler kan akımının görülmesi torsiyonu ekarte ettirmede unutulmamalıdır (49). Doppler ultrasonografinin subjektif bir görüntüleme, olması değerlendiren kişiye göre kan akımının tespitinin farklılıklar göstermesi nedeniyle tanısal güvenilirliği düşüktür.

2.2.4.3 BT ve MR Görüntüleme

BT'de ve MRG'de öncelikle adneksiyel kitle ve torsiyon düşündürebilecek fallopian tüpün kalınlaşması, torsiyone adneksiyel kitle duvarında kalınlaşma, oblitere olmuş yağlı planlar, asit ve uterusun torsiyone tarafa deviyi olması gibi bulgular görülmektedir (52).

2.2.5 Tedavi ve Yönetim

Ovaryan torsiyon yönetiminde günümüzde radikal cerrahi yöntemler yerini daha konservatif yaklaşımlara bırakmıştır. Bu konudaki hassasiyetin nedeni hastaların büyük kesiminin prepubertal ve reproduktif çağda olmaları ve fertilitiyi koruma gereksinimidir (53,54). 1946'ya kadar torsiyon olgularında esas yaklaşım detorsiyon yapılmadan direk salpingo-ooferektomi şeklindeydi. Bu yaklaşımdaki neden ovaryan venden kaynaklanabilecek bir pulmoner emboli korkusu olmuştur. Literatür derlemeleri göstermiştir ki ovaryan torsiyon sonrası tromboembolizm oldukça nadir bir durumdur. Bu konudaki şimdiye kadar yayınlanmış en geniş kapsamlı yayın 309 torsiyon olgusuna detorsiyon uygulanan ve diğer bir 672 torsiyon olgusuna salpingo-ooferektominin uygulandığı çalışma olmuştur. Her iki grup pulmoner emboli açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiş, her iki grupta da %0,2 olarak bildirilmiştir. Yazarların ortak görüşü torsiyone overlerin detorsiyone edilerek bırakılmalarının pulmoner emboli riskinde bir

artışa yol açmadığıdır (54). Yeni bilgiler ışığında güncel yaklaşım radikal cerrahiden uzaklaşarak detorsiyon tercih edilmesi yönündedir (55).

Ovaryan torsiyonda nekrozun ne kadar sürede gelişeceği konusunda net bir veri yoktur. Yayınlarda iki saatten otuz güne kadar uzayabilen çeşitli bildirimler yapılmıştır. Bu nedenle birçok jinekolog overin makroskopik görünümü ne olursa olsun detorsiyonu tercih eder (56).

Ooferopeksi overlerin arka peritoneal duvar ya da lateral peritona anatomik ilişkileri koruyacak şekilde non-absorbabl sutürlerle sabitlenmesi işlemidir (57,58). Genel olarak ooferopekside posterior duvar tercih edilmektedir. Bunun nedeni ise lateral fiksasyonun uzun vadede yapışıklık oranlarının daha yüksek olduğunun düşünülmesidir.

Operasyon esnasında overdeki bir kist ya da tümör rezeksiyon mu uygulanmalı yoksa kist aspire mi edilmeli bu konuda da çok çeşitli görüşler vardır. Bazı çalışmalarda overin ödemli ve kolay dağılabilir olması nedeniyle kistektomi önerilmez (59). Genel kanı torsiyonda görülen over kistlerinin büyük çoğunluğunun fonksiyonel kistler olması nedeni ile müdahale etmemek yönündedir. Eğer kistektomi gereği varsa en kısa sürede ikinci bir operasyon yapmanın fertilitiyi korumak için öncelikli yaklaşım olduğu düşünülmektedir. L/S over torsiyonunda tanı ve tedavide öncelikli yöntem olmalıdır. Bunun nedeni daha az komplikasyon ve daha hızlı iyileşme süresidir (60).

2.3 PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK

2.3.1 Tanım

Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) kadın iç genital organlarının bir kısmını veya tamamını etkileyen, genellikle komşu pelvik organların da tutulduğu, akut veya subklinik enfeksiyondur. Endometrit, salpenjit, ooforit, peritonit, perihepatit veya tuboovaryan abse tablosu görülebilir. PİH asemptomatik olabileceği gibi hafif ve ciddi klinik semptomlarla da seyredebilir. Bu hastalık genellikle üreme döneminde görülmektedir. Literatürde menopozdaki kadınlarda da görüldüğünden bahseden yayınlar bulunmaktadır (61).

2.3.2 Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

PID etiyolojisi net olarak belirlenememiştir, ancak çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Rahim İçi Araç (RİA) ise ilk 20 gün PİH riskinde artışa neden olmaktadır. Bariyer yöntemlerle veya hormonal yöntemlerle korunanlarda ise PİH daha az görülmektedir (62). Bariyer yöntemlerle korunanlarda CYBH oranı düşük seyredeceği için PİH gelişiminde önemli etiyolojik faktörlerden biri dışlanmış olmaktadır. Hormonal yöntemler servikal mukusu kalınlaştırarak, asendan yolla enfeksiyon bulaşını engellemektedir.

Tanımlanan risk faktörleri:

- 1) PİH öyküsü
- 2) Genç yaş (10 – 25 yaş arası)
- 3) Çok sayıda cinsel eş
- 4) Düşük sosyo-ekonomik düzey
- 5) Vajinal duş
- 6) N. Gonorrhea veya C. Trachomatis için pozitif endoservikal testler (mikrobiyolojik ve/veya serolojik olarak kanıtlanmış)
- 7) Diğer cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü veya mevcudiyeti
- 8) Cinsel eşlerde üretrit öyküsü veya mevcudiyeti
- 9) Genital operasyon geçirmek
- 10) Kötü obstetrik öykü
- 11) 15 yaş altında ilk cinsel ilişki

2.3.3 Patogenez

Vajinanın asit ortamı ve servikal mukus, mikroorganizmaların üst genital traktusa ulaşmasında en önemli engellerdir. Bakteriyel vajinozis başta olmak üzere gerek aerobik, gerekse anaerobik enfeksiyonlarda mikrobik artıkların, genital sistemin savunma mekanizmalarını bozarak patogeneizde önemli rol oynadıkları bilinmektedir

PİH gelişim mekanizması net değildir. Ancak 3 mekanizma üzerinde durulmaktadır (63).

- 1) Trikomonas varlığı: Trikomonaslar hareketli mikroorganizma oldukları için beraberinde götürdüğü enfeksiyonları asendan olarak üst genital sisteme taşımaktadırlar.
- 2) Spermiler: Birçok mikroorganizma spermle birlikte tubalara ulaşabilmektedir.
- 3) Pasif transport: Mekanizması net değildir. Uterin aktivite, bunun yanı sıra nefes alışverişte diyaframın hareketi ile periton boşluğunda oluşan negatif basınç burada rol oynayabilir (64)

PİH etkenleri polimikrobiyaldir. Değişen çevre koşulları antibiyotik duyarlılığı sebebiyle gün geçtikçe yeni patojenler eklenmektedir.

Pelvik İnflamatuvar Hastalık etiolojisinde rol aldığı gösterilmiş patojenler (65):

- 1) Neisseria gonorrhea
- 2) Chlamydia trachomatis
- 3) Diğerleri: Anaerob mikroorganizmalar (Bacteroides, Peptostreptococcus spp.), Fakültatif anaerob mikroorganizmalar (Gardnerella vaginalis, Streptokoklar, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum)

2.3.4 Tanı

PİH'da spesifik bir belirti ve bulgular olmadığı için tanısı oldukça güç olabilmekte ve tanı-tedavide gecikmeler olabilmektedir. PİH'da en sık görülen şikayet karın ağrısıdır (33). Ek olarak hastalar anormal uterin kanama, dizüri, sık idrar, idrara çıkma hissi ve ateş, terleme, bulantı-kusmadan şikayetçi olabilirler. Bu kadar geniş spektrumda bulgu vermesi nedenli tanı koymak güçtür. Tedavide gecikmeler olması nedenli üst genital traktusta obstrüksiyon gelişmekte ve fertilité olumsuz etkilenmektedir.

Bu nedenle PİH tanısı konulabilmesi için CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından majör ve minör kriterler belirlenmiştir. Bir majör üç minör kriterin varlığı PİH tanısında yardımcıdır.

- a) Major kriterler
 - 1) Başka kaynağı olmayan pelvik ağrı
 - 2) Uterin hassasiyet

- 3) Adneksiyel hassasiyet
- 4) Servikal hareketlerde hassasiyet
- b) Minör kriterler
 - 1) Ateş >38,5 °C
 - 2) Anormal vajinal veya servikal mukopürülan akıntı
 - 3) Vajinal akıntının mikroskopik incelemesinde bol lökosit görülmesi
 - 4) Eritrosit sedimentasyon hızında artış (>15 mm/saat)
 - 5) C-reaktif protein artışı (> 5 mg/L)
 - 6) Vajen veya servikal kültürde Streptococcus agalactiae, Escherichia.coli, Klebsiella, Neisseria gonorrhea, Chlamydia trachomatis'in birinin üretilmesi

2015'te CDC'nin önerdiği rehberlere göre en özgün PİH kriterleri aşağıda tanımlanmıştır.

- 1) Endometrial biyopsi ile yapılarak endometritin kanıtlanması,
- 2) Transvajinal ultrasonografi veya Manyetik Rezonans Görüntülemesinde serbest pelvik sıvının eşlik ettiği veya etmediği tuba-ovaryan kompleks,
- 3) Laparoskopide tubada ödem, fimbriada mukoid akıntı, tubada hiperemi.

PİH'da temel laboratuvar bulgusu lökositozdur. PİH'den bağımsız nedenlerle yükselebileceği için spesifik değildir. Beraberinde diğer inflamasyon parametreleri (C-reaktif protein, Eritrosit sedimentasyon hızı) ile tanı netleştirilebilir. CA-125 bir tümör belirteci olmakla beraber periton irritasyonu yapan diğer durumlarda da yükselmektedir, ancak spesifik değildir (66).

USG üst genital yolda yüksek kaliteli görüntü vermeye başladığından beri ilk görüntüleme basamağıdır. BT'den daha ucuz olması ise avantajlarıdır. İnflamasyonun ilerlemesiyle beraber adneksler tutulmuşsa tutulan taraf tuba görülebilir hale gelir. Eşlik eden serbest mayi olabilir. BT'nin PİH tanısında klinik kullanımı kısıtlıdır. Non-spesifik bulgu olarak kirli omentum temel adneksiyel patolojilere eşlik edebilir.

2.3.5 Tedavi

2.3.5.1 Medikal Tedavi

Hafif semptomları olan hastalarda dahi oluşabilecek komplikasyonları önlemek için tedavi edilmelidir. PİH tedavisi ampirik antibiyoterapi ile başlar. Antibiyotik seçimi olası patojenleri kapsayacak şekilde olmalıdır (67).

Günümüzde PİH tedavisine ayaktan oral tedavi ile başlanmaktadır. Hastaların sadece %15'i hastaneye yatarak tedavi gerekmektedir.

Ayaktan tedavi seçenekleri:

- 1) Seftriakson (250 mg intramüsküler tek doz) ve Doksisiklin (100 mg oral 14 gün boyunca günde 2 defa)
- 2) Sefoksitin (2 gr intramüsküler tek doz) ya da Probenesid (1 gr oral tek doz) ve doksisiklin (100 mg oral ile birlikte 14 gün boyunca günde 2 defa) birlikte.
- 3) Diğer parenteral üçüncü kuşak sefalosporin, (1 gr intramüsküler tek doz) veya seftizoksim (1 gr intramüsküler tek doz) ve Doksisiklin (100 mg oral 14 gün boyunca günde 2 defa) birlikte.

Hafif veya orta dereceli klinik şiddette PİH olan kadınlarda, parenteral ve oral rejimler benzer etkinliğe sahip gibi görünmektedir.

CDC 2015 PİH'da tedavi kriterlerine göre hastaneye yatmanın gerekli olup olmadığına karar verilmesi, aşağıdaki önerilen kriterlere uyup uymadığına dayanmalıdır (68).

PİH olgularının hastaneye yatırılma endikasyonları:

- 1) Kesin tanının konulamaması
- 2) Apse şüphesi
- 3) Gebelik mevcudiyeti
- 4) Oral tedaviye cevap vermeyen ağır olgular
- 5) Oral tedaviyi uygulayamayacak hastalar (özellikle ergenlik dönemindekiler)
- 6) Peritonit bulguları saptanan vakalar

- 7) Bulantı, kusma, yüksek ateş
- 8) Tubo-ovaryan Abse

CDC Önerilen Parenteral Rejimler (68):

- 1) Sefoksitin (2 gr İV 6 saatte bir) veya Sefotetan (2 gr IV 12 saatte bir) doksisisiklin (100 mg oral 12 saatte bir).
- 2) Klindamisin (900 mg intravenöz 8 saatte bir) ve gentamisin yükleme dozu (2 mg/kg) takip eden dönemde 8 saatte bir (1.5 mg/kg) birlikte.

Hastalar, başlangıçta bulunan ateş, bulantı, kusma ve şiddetli karın ağrısının düzelmesi sonrası 24 saatlik sürede klinik iyileşme izleniyorsa genellikle parenteralden oral tedaviye geçebilirler.

2.3.5.2 Cerrahi Tedavi

Antibiyoterapiye rağmen hastaların yaklaşık %10-40'ında yanıt alınamamakta ve bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi arttırabilecek çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Antibiyoterapiye yanıt alınamayan, sepsis gelişen, drenaj yöntemleri için uygun aday olmayan veya drenaj ile yanıt alınamayan olgularda cerrahi ile apse odağının çıkarılması gerekmektedir. Cerrahi yaklaşımda L/T veya L/S yol tercih edilebilse de apsenin rüptüre olduğundan şüphelenilen olgularda L/T yapılması önerilmektedir. Komşu organ tutulumu ve adezyonlar nedeniyle vertikal veya Maylard insizyonu tercih edilir. Tuba-ovaryan abse cerrahisinde abse cidarı ve ilişkili enfeksiyöz dokular mümkün olduğu kadar çıkarılır ve batın hastanın enfeksiyon yükünü azaltmak için bol sıvı ile yıkanır. Cerrahi uygulanacak olgularda olası komşu organ yaralanmaları riski artabileceğinden cerrahi öncesi tüm olgulara uygun barsak temizliği önerilmektedir. İntraoperatif ise antibiyotik duyarlılığı açısından mutlaka apse içeriğinde kültür çalışılması önerilmekte ve eksize edilen dokularda olası ko-morbidite nedeni ile patolojik incelemeye gönderilmesi gerekmektedir. Geçmişte radikal cerrahi önerilse de (total abdominal histerektomi ile bilateral salpingo-ooferektomi), güncel cerrahi yaklaşım sadece abse ile abse duvarlarının eksizyonu ile organ koruyucu cerrahi yaklaşımın uygulanması şeklindedir (69).

Cerrahi sırasında fasyanın monoflaman sütürlerle kapatılması önerilir. Batına dren konularak hastanın en az 72 saat takip edilmesi önerilmektedir.

2.4 OVER KİST RÜPTÜRÜ

2.4.1 Tanım

Over kist rüptürü ve kanaması üreme çağındaki kadınlar da sık görülen hem fizyolojik hem patolojik olarak gelişen bir durumdur. Teka interna ve korpus luteum vaskülaritesinin artması kanamaların nedenidir. Kadınlar ovulasyonda foliküler rüptür sonucu değişen derecelerde ağrı hissederek. Normal folikülün rüptürü ile ilişkili periton sıvısının salınması sonucu ortaya çıkan bu ağrı mittelschmerz veya orta ağrı olarak adlandırılır. Kist içine kanama nedeniyle oluşan ağrı over kapsülünün gerilmesiyle, rüptür sonucu oluşan ağrı ise periton irritasyonu sonucu ortaya çıkar. Semptomların gelişmesi periton boşluğuna salınan sıvının hacmine veya kanama derecesine bağlıdır Kanamanın veya bir kistin rüptürünün ne zaman patolojik olduğuna dair bir tanım yoktur. Ancak genel kabul 25 mm üzerindeki kist rüptürlerinin semptomatik olduğu yönündedir (70).

2.4.2 Risk Faktörleri

Gebelik temel risk faktörlerindendir. Ovulasyon indüksiyonu bir diğer risk faktörüdür. Koagülasyon bozuklukları olanlarda, edinsel veya kazanılmış trombofililerde, antikoagülan tedavi görenlerde kanama düzeyi artar. Genellikle spontan rüptüre olmakla birlikte cinsel ili  ski sıklığını bir miktar arttırmaktadır (71).

2.4.3 Klinik Bulgular

Over kist rüptürü asemptomatik olarak görülebilir. Genelde egzersiz veya cinsel ili  ski sonrası ani ba  layan alt karın ağrısı, bulantı ve kusmayla prezente olur. Ağrı semptomların ba  ladığı anda maksimumdur ve çoğunlukla başvuru anında hafifler. Hemoraji ile ortaya çıkan serbest sıvı periton irritasyonuna neden olduğundan oturmakla ağrı artar, hastalar hareketsiz yatma eğilimindedir. Ateş, taşikardi ve enfeksiyöz belirteçlerde yükseklik gözlenmez. Kan kaybı yüksekse hipovolemik   ok belirtileri ortaya çıkar (71). Taşikardi veya kan basıncında postural dışı görülebilir.

Mortalitenin yüksek olabileceği muhtemel veya bilinen koagülopatili hastalara ayrıca dikkat etmek gerekir. İyi huylu bir teratom veya endometriotik kist rüptürü durumlarında, kist içeriği periton için aşırı derecede irritandır ve bu tür kadınlarda ciddi sistemik semptomlar da ortaya çıkabilir (72).

2.4.4 Tanı

Kist rüptürü tanısı hastanın şikayetleri, fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile birlikte konulabilir.

Dikkatli bir anamnez ile hastaların gebelik durumu, menstruasyon periyotları, over kist öyküsü, IVF tedavisi alıp almadığı, sistemik hastalıklar, medikal ve cerrahi tedavileri sorgulanmalıdır.

Vital bulgular genelde normal seyreder. Hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda tansiyon düşüklüğü ve taşikardi görülebilir. Hastaların birçoğu reproduktif dönemde genç hastalar olduğu için ciddi kan kaybı gelişene kadar hipotansiyon ve taşikardi gelişmeyebilir. Geç müdahale sonrasında hemorajik şoka kadar ilerleyebilir (73–75).

Abdominal muayenede genelde tek taraflı hassasiyet ve peritonite bulguları görülebilmektedir. Vajinal muayenede servikal hassasiyet görülebilir.

2.4.4.1 Laboratuvar Testleri

Beta-hCG ile gebelik durumu dışlanmalıdır. Hemogram takibi mutlaka yapılmalıdır. Kanama bozuklukları açısından trombosit değerleri ve koagülasyon testleri yapılmalıdır. Bu hastalarda hafif bir lökositoz görülebilir ancak spesifik değildir. Hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda mutlaka kan grubu çalışılmalı, kan nakli için gerekli hazırlık yapılmalıdır.

2.4.4.2 Görüntüleme Yöntemleri

İlk seçilecek görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Kolay ulaşılabilir ucuz ve duyarlı bir yöntemdir. Rüptüre bir over kistinin ultrasonografik görünümü daha az tipiktir ve genellikle tanıyı doğrulamak için bir miktar serbest periton sıvısının varlığına ihtiyaç vardır. Ancak kist rüptürü olmadan da batında bir miktar serbest sıvı izlenebilir, bu yüzden spesifik değildir. Over kist rüptürü genellikle serbest sıvı varlığı, normal büyüklükte bir over ve ilk 24 saat içinde

düzelmeğe başlayan ani başlangıçlı karın ağrısı ile teşhis edilir. Bazı durumlarda kist rüptürü sonrasında kollapsa bağı kist izlenmeyebilir. Ağrının hafiflemediği veya enfeksiyonu düşündüren inflamatuvar belirteçlerin arttığı durumlarda, PİH, akut apandisit gibi ayırıcı tanılar düşünölmelidir (76). Bilgisayarlı tomografi ve MR görüntöleme kist rüptürü tanısında kullanışlı yöntemler değillerdir.

2.4.5 Tedavi

Kist rüptürü yönetiminde öncelikle konservatif izlem tedavileri kullanılır. Hemorajik, rüptüre kistlerde genellikle analjezik tedavi sağlanır ve hasta takibe alınır (77). Komplike kist rüptürlerinde veya hemodinamisi bozulmuş hastalarda hastaneye yatış ve cerrahi tedavi gerekebilir (78).

Hastanede vital bulgular ve hematokrit değeri yakından takip edilir, ultrason takibine alınır.

Cerrahi endikasyonları;

- 1) Hemodinamik instabilite
- 2) anısal belirsizlik veya torsiyon olasılığı
- 3) Başlangıçtan 48 saat sonra klinik olarak rahatlama olmaması
- 4) Ultrasonda hemoperitonyumda artış veya hemoglobin konsantrasyonunda düşme
- 5) Enfeksiyon belirtileri
- 6) Şüpheli malign durumlar

Laparoskopi ilk tercih edilen cerrahi yöntemdir. Bunun nedeni düşük morbidite ve daha az hastane yatış süresidir. Cerrahi tedavide bir kistin aspirasyonu veya fenestrasyonu önerilmez. Çünkü ağrıya neden olan kistin aspirasyonunun nüks ile ilişkili olduğu, maligniteyi saptamada duyarlılığının düşük olduğu ve malign hücre yayılımında riskli olduğu gösterilmiştir. Ovaryan kistektomi tercih edilir (79). Tekrarlayan kistik hemorajisi veya rüptürü olan kadınlarda, özellikle ciddi kanamaya yatkınlık faktörü (antikoagölasyon tedavisi veya kalıtsal koagülopati gibi) olanlarda kombine oral kontraseptiflerle (COCP) ovulasyon düşünölmelidir (80). Yalnızca progesteron içeren hapları alırken over kist komplikasyonları yaşayan

hastalarda ise kombine bir hap veya başka bir doğum kontrol hapi ile takip gereklidir. Çünkü sadece progesteron içeren oral kontraseptifler fonksiyonel kist oluşumunda artışa neden olurlar (81).



GEREÇ ve YÖNTEM

1 Eylül 2017 – 30 Eylül 2022 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine yatışı yapılarak, acil cerrahi yapılan 240 hasta çalışmamıza dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, demografik özellikleri, epikriz formları, tedavileri ve sonuçları retrospektif olarak hasta dosyaları ve bilgisayar kayıtları kullanılarak ulaşıldı.

Acil cerrahi operasyon uygulanan hastalar; ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, tuba-ovaryan abse, adneks torsiyonu, over kist rüptürü, postoperatif komplikasyonlar ve diğerleri olarak sınıflandırıldı.

Grup 1 ektopik gebelik nedenli acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 2 pelvik inflamatuvar hastalık/tuba-ovaryan abse nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 3 adneksiyel torsiyon nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 4 over kist rüptürü nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan, grup 5 postoperatif komplikasyonlar nedeniyle acil olarak cerrahi operasyona alınan hastalardan ve grup 6 diğer jinekolojik aciller nedeniyle acil cerrahi operasyona alınan hastalardan oluşturulmuştur.

Toplanan veriler arasında; hasta numarası, hasta yaşı, özgeçmiş bilgileri (obstetri ve jinekoloji ile ilişkili kronik hastalıkları ve tıbbi özgeçmişleri), sigara kullanımı, gravida ve parite durumları, ön ve nihai tanıları, risk faktörleri, fizik muayene bulguları, tanı yöntemleri ve görüntüleme bulguları, uygulanan ameliyatlar ve raporları ve operasyon sonrası komplikasyonları, ameliyat oldukları tarih, hastanede yatış süreleri, ameliyat süresi, hastane yatışı ve ameliyat olana kadar geçen süre ve ameliyat sonrası hastanede yatış süresi, mevcut patoloji ile ilgili uygulanan medikal tedavileri ve tedavi

süreleri, kan transfüzyonu ihtiyacı, vital bulguları (ANTA takibi) verileriyle beraber; incelenecek laboratuvar tetkikleri arasında hemogram parametreleri, CRP ve beta-hCG değerleri kayıt altına alınmıştır.

Çalışmamıza dahil edilme kriterleri; kliniğimizde son 5 yıl içerisinde (1 Eylül 2017- 30 Eylül 2022) kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine ve kadın hastalıkları ve doğum acil servisine başvurarak; kadın hastalıkları ve doğum servisine yatışı yapılan ve laparotomi/laparoskopi ile acil veya medikal tedavi ile klinik durumu stabilize edildikten sonra opere edilen hastalar, kliniğimizde opere edildikten sonra postoperatif komplikasyonlar nedeniyle acil olarak tekrar opere edilen hastalar olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızdan dışlanma kriterleri ise; 1 Eylül 2017'den önce başvuran hastalar, operasyon gerektirmeden yalnızca medikal tedavi uygulanan hastalar, elektif olarak opere edilen hastalar, acil olarak minor operasyon yapılan hastalar (endometriyal örneklem, dilatasyon ve küretaj, yara yeri debridmanı, sütürizasyonu ve vak uygulanması), jinekoloji dışı akut batin operasyonları olarak belirlenmiştir.

3.1 VERİ ANALİZİ

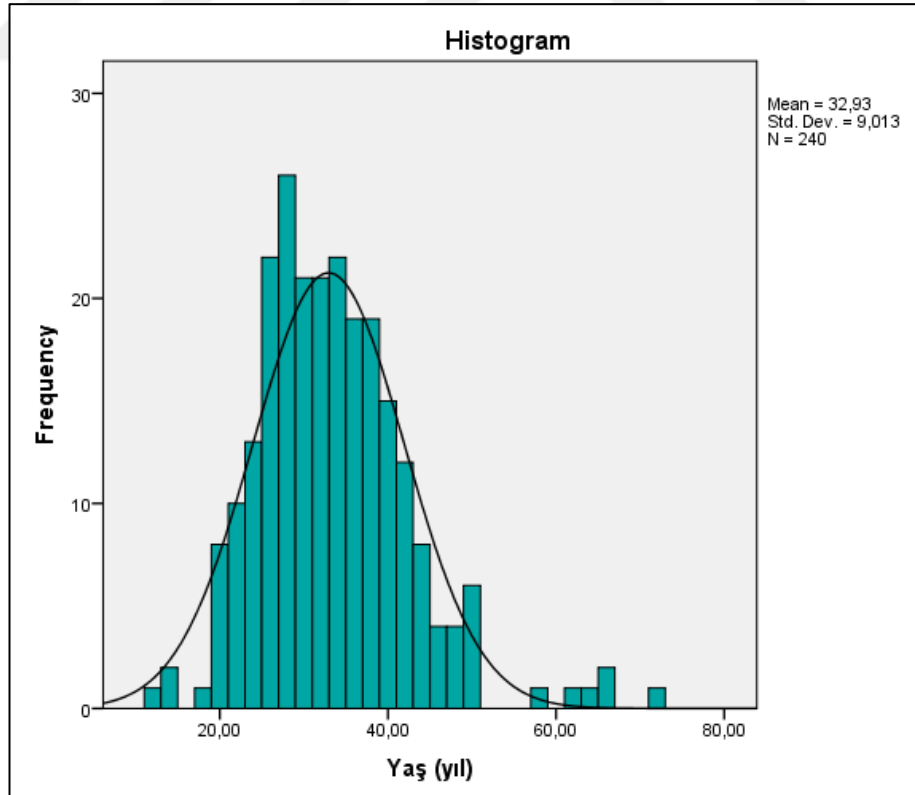
Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR: 25-75. persentil) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-kare, Yates düzeltmesi ve Fisher-Exact ve Fisher Freeman Halton Exact Test kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığından dolayı bağımsız iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi ve post hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 240 hastanın ortalama yaşları $32,93 \pm 9,01$ yıl olarak hesaplanmıştır. Medyan yaş 32(27-38), en küçük yaş 12 ve en büyük yaş 72'dir (Tablo 4.1, Grafik 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların yaş dağılımları

	Ort±SS	Medyan(IQR)	Min-maks
Yaş (yıl) (n=240)	32,93±9,01	32(27-38)	12-72

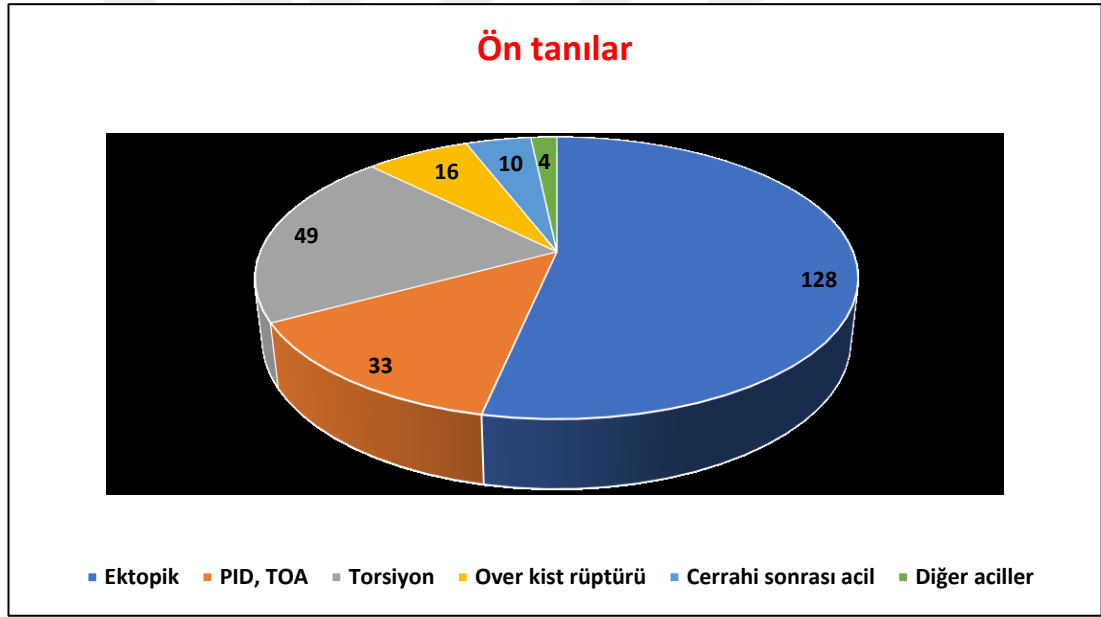


Grafik 4.1: Yaş histogramı

Hastalar acil ameliyata alınma ön tanılarına göre “ektopik gebelik” (%53,3), “PİH, TOA” (%13,8), “adneksiyel torsiyon” (%20,4), “over kist rüptürü” (%6,7), “postoperatif komplikasyonlar” (%4,2) ve “diğer aciller” (%1,7) olmak üzere altı gruba ayrılmıştır (Tablo 4.2, Grafik 4.2).

Tablo 4.2: Acil ameliyata alınan hastaların ön tanılarına göre dağılımı

Ön tanı (n=240)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ektopik gebelik	128	53,3
PİH, TOA	33	13,8
Adneks Torsiyonu	49	20,4
Over kist rüptürü	16	6,7
Postoperatif komplikasyonlar	10	4,2
Diğer aciller	4	1,7



Grafik 4.2: Ön tanı

Hastaların gravida sayıları 0 ile 10 arasında değişmektedir ve ortalama gravida sayısı $2,34 \pm 1,81$, ortanca gravida sayısı 2(1-3) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Gravida

	Ort±SS	Medyan(IQR)
Gravida (n=240)	2,34±1,81	2(1-3)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0	43	17,9
1	38	15,8
2	58	24,2
3	52	21,7
4	19	7,9
5	15	6,3
6	8	3,3
7	6	2,5
10	1	,4

Hastaların parite sayıları 0 ile 7 arasında değişmektedir ve ortalama parite sayısı 1,15±1,19, ortanca parite sayısı 1(0-2) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Parite

	Ort±SS	Medyan(IQR)
Parite (n=240)	1,15±1,19	1(0-2)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0	87	36,3
1	74	30,8
2	52	21,7
3	16	6,7
4	9	3,8
6	1	,4
7	1	,4

Hastaların abortus sayıları 0 ile 7 arasında değişmektedir ve ortalama abortus sayısı 1,35±0,77, ortanca abortus sayısı 0(0-0) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Abortus

	Ort±SS	Medyan(IQR)
Abortus (n=240)	0,35±0,77	0(0-0)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0	184	76,7
1	37	15,4
2	15	6,3
3	3	1,3
7	1	,4

Hastaların küretaj sayıları 0 ile 5 arasında değişmektedir ve ortalama küretaj sayısı 0,23±0,63, ortanca küretaj sayısı 0(0-0) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Küretaj

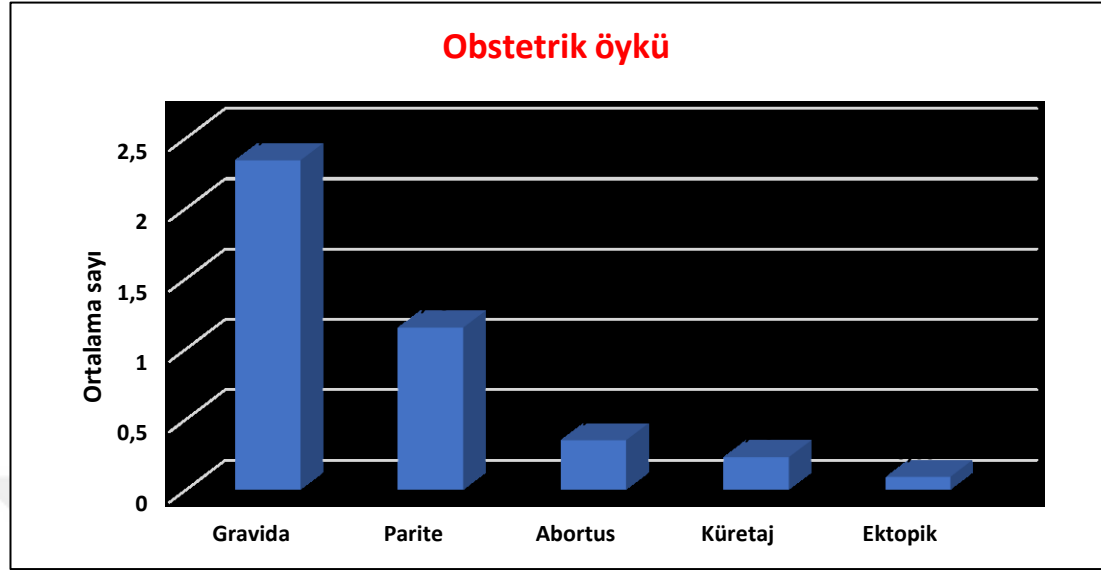
	Ort±SS	Medyan(IQR)
Küretaj (n=240)	0,23±0,63	0(0-0)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0	201	83,8
1	28	11,7
2	8	3,3
3	1	,4
4	1	,4
5	1	,4

Hastaların ektopik gebelik sayıları 0 ile 3 arasında değişmektedir ve ortalama ektopik gebelik sayısı 0,09±0,32, ortanca parite sayısı 0(0-0) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Ektopik gebelik öyküsü

	Ort±SS	Medyan(IQR)
Ektopik gebelik öyküsü (n=240)	0,09±0,32	0(0-0)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0	221	92,1
1	18	7,5
3	1	,4

Hastaların obstetrik öyküleri Grafik 4.3 ile gösterilmiştir.



Grafik 4.3: Obstetrik öykü

Tüm hasta grubunda sigara kullanım oranı %33,3 (n=80), laparoskopik cerrahi oranı %56,3 (n=135) ve kan nakli oranı %15,8'dir (n=38). Ayrıca ortalama girişim süresi 91±41 dakika, giriş beta-hCG değeri 4205,65±12046 ve çıkış beta-hCG değeri 2153,18±3395,39 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Tüm hastaların genel özellikleri

Değişkenler (n=240)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara		
Yok	160	66,7
Var	80	33,3
Laparoskopik cerrahi		
Yok	105	43,8
Var	135	56,3
Kan nakli		
Yok	202	84,2
Var	38	15,8
	Ort±SS	Medyan(IQR)
Girişim süresi (dk)	91±41	80(60-120)
Beta-hCG giriş	4205,65±12046	524,5(0-3906)
Beta-hCG çıkış (n=117)	2153,18±3395,39	932(392-2349)

Tablo 4.9 ile “ektopik gebelik” grubundaki hastaların klinik özellikleri sunulmuştur. Bu grupta yer alan 128 hastanın 8’inde (%6,3) metotreksat kullanılmıştır. 123 hastada (%96,1) ektopik odak görülmüştür. Ektopik odak boyutu ortalama $30,20 \pm 12,72$ mm olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.9: “Ektopik gebelik” grubundaki hastaların klinik özellikleri

Değişkenler (n=128)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Metotreksat		
Yok	120	93,8
Var	8	6,3
Ektopik odak		
Yok	5	3,9
Var	123	96,1
	Ort±SS	Medyan(IQR)
Ektopik odak boyutu (mm)	$30,20 \pm 12,72$	30(20-40)

Tablo 4.10 ile “PiH, TOA” grubundaki hastaların klinik özellikleri sunulmuştur. Bu grupta yer alan 33 hastanın ortalama CRP değeri 189 ± 124 mg/l, abse boyutu 76 ± 24 mm ve antibiyotik kullanım süresi 6 ± 6 gün olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.10: “PiH, TOA” grubundaki hastaların klinik özellikleri

Değişkenler (n=33)	Ort±SS	Medyan(IQR)
CRP (mg/l)	189 ± 124	185(92-247)
Abse boyutu (mm)	76 ± 24	70(60-90)
Antibiyotik kullanım süresi (gün)	6 ± 6	4(2-9)

Tablo 4.11 ile “adneksiyel torsiyon” grubundaki hastaların klinik özellikleri sunulmuştur. Bu grupta yer alan 49 hastanın %81,6’sında (n=40) adneks torsiyonu görülmüştür. Nekroz oranı %16,3 (n=8), gebelik oranı %4,1 (n=2), izole tubal torsiyon oranı %2,0’dır (n=1). Ayrıca torsiyonda kist boyutu ortalama $77,06 \pm 39,27$ mm olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.11: “Adneks Torsiyonu” grubundaki hastaların klinik özellikleri

Değişkenler (n=49)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Torsiyon		
Yok	9	18,4
Var	40	81,6
Nekroz		
Yok	41	83,7
Var	8	16,3
Gebelik		
Yok	47	95,9
Var	2	4,1
İzole tubal torsiyon		
Yok	48	98,0
Var	1	2,0
	Ort±SS	Medyan(IQR)
Torsiyonda kist boyutu (mm)	77,06±39,27	70(50-100)

Tablo 4.12 ile “over kist rüptürü” grubundaki hastaların klinik özellikleri sunulmuştur. Bu grupta yer alan 16 hastanın %68,8’inde (n=11) over kist rüptürü görülmüştür. İzole kist-korpus luteum kisti oranı %31,3 (n=5), kist boyutu ise ortalama 3,85±15,40 mm olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.12: “Over kist rüptürü” grubundaki hastaların klinik özellikleri

Değişkenler (n=16)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kist rüptürü		
Yok	5	31,3
Var	11	68,8
İzole kist-korpus luteum kisti		
Yok	11	68,8
Var	5	31,3
	Ort±SS	Medyan(IQR)
Kist boyutu (mm)	3,85±15,40	0(0-0)

Tüm hastaların vital bulguları analiz edildiğinde ortalama ateş değeri 36,44±0,53 santigrat derece, nabız değeri dakikada 84±13 atım, sistolik kan basıncı değeri 115±12 mm/Hg, diastolik kan basıncı değeri 70±8 mm/Hg olduğu görülmüştür (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13: Tüm hastaların vital bulguları

Değişkenler (n=240)	Ort±SS	Medyan(IQR)
Ateş (C°)	36,44±0,53	36,3(36,1-36,5)
Nabız (1/dk)	84±13	80(75-90)
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	115±12	117(106-125)
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	70±8	70(65-75)

Tüm hastalardaki ortalama preoperatif WBC değeri $11,05 \pm 4,98 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobin değeri $11,31 \pm 1,8 \text{ g/dL}$, hematokrit değeri $33,86 \pm 5,07$, platelet değeri $273 \pm 93 \times 10^3/\mu\text{L}$, CRP değeri 41 ± 86 , postoperatif WBC değeri $10,52 \pm 4,03 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobin değeri $12,3 \pm 14,24 \text{ g/dL}$, hematokrit değeri $30,64 \pm 4$, platelet değeri $237 \pm 103 \times 10^3/\mu\text{L}$, yatış süresi 112 ± 204 saat, ameliyat sonrası yatış süresi $86,62 \pm 146,97$ saat, ameliyat öncesi yatış süresi $27,83 \pm 63,33$ saat olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Tüm hastaların laboratuvar bulguları

Değişkenler (n=240)	Ort±SS	Medyan(IQR)
WBC,Preop ($10^3/\mu\text{L}$)	$11,05 \pm 4,98$	9,9(7,6-13,05)
Hg, Preop (g/dL)	$11,31 \pm 1,8$	11,5(10,25-12,6)
Hct, Preop (%)	$33,86 \pm 5,07$	34(31-37)
Plt Preop ($10^3/\mu\text{L}$)	273 ± 93	263(214-305)
CRP	41 ± 86	1(0-21)
WBC Postop ($10^3/\mu\text{L}$)	$10,52 \pm 4,03$	9,9(7,8-11,85)
Hg Post (g/dL)	$12,3 \pm 14,24$	10,39(9,3-11,1)
Hct Postop (%)	$30,64 \pm 4$	31(28-33)
Plt, Postop ($10^3/\mu\text{L}$)	237 ± 103	219(179-270)
Yatış Süresi (Saat)	112 ± 204	57(40-95)
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi (Saat)	$86,62 \pm 146,97$	49,26(34,36-78,93)
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi (Saat)	$27,83 \pm 63,33$	6,58(0,54-21,8)

Acil ameliyata alınan ilk dört grup demografik ve klinik özellikler bakımından karşılaştırmalı analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.15 ile gösterilmiştir. Abortus sayısı ($p=0,087$) ve ektopik gebelik sayısı ($p=0,083$) dışındaki tüm parametreler ile hastalık grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için Bonferroni düzeltmeleri yapılmıştır.

Yaş ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 4 ($p=0,041$), grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$), grup 1 ile 2 ($p=0,001$) arasında fark vardır.

Gravida ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 2 ile 4 ($p=0,001$), grup 1 ile 4 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p=0,001$), grup 1 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Parite ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 4 ($p=0,002$), grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 1 ile 3 ($p=0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Abortus ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p=0,029$). Ancak yapılan ileri analizlerde fark ortadan kaybolmuştur.

Girişim süresi ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 4 ($p=0,039$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Ateş ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Nabız ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 3 ($p<0,001$), grup 3 ile 4 ($p=0,003$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Sistolik kan basıncı ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p=0,008$). Yapılan ileri analizlerde farkın grup 3 ile 4 arasında olduğu ($p=0,031$) anlaşılmıştır.

Diastolik kan basıncı ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p=0,021$). Ancak yapılan ileri analizlerde fark ortadan kaybolmuştur.

Preoperatif WBC değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Preoperatif hemoglobin değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 2 ($p=0,024$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Preoperatif hematokrit değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 3 ($p=0,029$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Preoperatif platelet değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 2 ile 3 ($p<0,001$), grup 2 ile 4 ($p=0,009$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

CRP değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$), grup 2 ile 4 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Postoperatif WBC değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 2 ile 4 ($p=0,014$), grup 2 ile 3 ($p=0,002$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Postoperatif hemoglobin değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p=0,014$). Yapılan ileri analizlere göre grup 3 ile 4 ($p=0,012$) arasında fark vardır.

Postoperatif hematokrit değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p=0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 3 ile 4 ($p=0,002$), grup 1 ile 3 ($p=0,021$) arasında fark vardır.

Postoperatif platelet değeri ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Yatış süresi ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Ameliyat sonrası yatış süresi ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Ameliyat öncesi yatış süresi ile hastalık grupları arasında yapılan ilk analiz sonucu fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre grup 1 ile 2 ($p<0,001$), grup 2 ile 4 ($p<0,001$), grup 2 ile 3 ($p<0,001$) arasında fark vardır.

Sigara içme oranı grup 1’de %26,6, grup 2’de %39,4, grup 3’te %42,9 ve grup 4’te %56,2 oranındadır ve bu analizde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,032$). Ancak farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için yapılan düzeltmelerde fark ortadan kaybolmuştur.

Laparoskopik cerrahi oranı grup 1’de %70,3, grup 2’de %15,2, grup 3’te %55,1 ve grup 4’te %56,2 oranındadır ve bu analizde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlerde farkı yaratan grubun 2. Grup olduğu anlaşılmıştır. PİH/TOA grubunda laparoskopik cerrahi oranı diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Kan nakli yapılma oranı grup 1’de %14,1, grup 2’de %21,2, grup 3’te %4,1 ve grup 4’te %37,5 oranındadır ve bu analizde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$). Yapılan ileri analizlerde farkın grup 3 ile 4 arasında olduğu anlaşılmıştır. Kan nakli yapılma oranı “over kist rüptürü” grubundaki hastalarda “adneksiyel torsiyon” grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha fazladır.

Tablo 4.15: Acil ameliyata alınan ilk dört grubun karşılaştırılması

Değişkenler, Medyan (IQR)	Grup 1 Ektopik (n=128)	Grup 2 PIH/TOA (n=33)	Grup 3 Torsiyon (n=49)	Grup 4 Over kist rüptürü (n=16)	p*
Yaş (yıl)	32(28-35,5)	40(35-45)	28(24-35)	26(24-30)	<0,001
Gravida	3(2-4)	2(1-3)	0(0-2)	0(0-1)	<0,001
Parite	1(0-2)	2(1-2)	0(0-1)	0(0-1)	<0,001
Abortus	0(0-1)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0,029
Küretaj	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0,087
Ektopik	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0,083
Girişim süresi (dk)	70(55-90)	130(116-150)	80(60-110)	95(70-145)	<0,001
Ateş (C°)	36,2(36-36,4)	37,4(37-37,9)	36,2(36-36,4)	36,2(36-36,45)	<0,001
Nabız (1/dk)	81(76-86)	98(86-106)	75(73-76)	87(75-109)	<0,001
Sistolik tansiyon (mm/Hg)	115(106-123)	120(105-129)	120(110-124)	106(100-120)	0,008
Diastolik tansiyon (mm/Hg)	70(65-76)	65(60-74)	72(69-75)	65(62-71)	0,021
WBC,Preop (10 ³ /µL)	9,35(7,25-11,8)	14,7(10,5-19,6)	9,8(7,5-12,6)	10,65(8,6-13,15)	<0,001
Hg, Preop (g/dL)	11,6(10,4-12,65)	10,2(9,6-11,8)	12,1(11,4-13,5)	11,45(9,4-12,5)	<0,001
Hct, Preop (%)	34,5(31-37)	32(29-35)	37(33,1-40)	33,5(28,5-37)	<0,001
PLT Preop (10 ³ /µL)	260(209-296)	351(277-397)	245(219-290)	261(205-295)	<0,001
CRP	0(0-3)	185(92-247)	1(0-3)	1(0-48)	<0,001
WBC Postop (10 ³ /µL)	9,7(7,7-11,45)	13(9,6-17)	9,5(8-11)	9,5(6,8-11,6)	<0,001
Hg Post (g/dL)	10,4(9,35-11,2)	10(9,3-10,7)	10,7(9,9-11,3)	9,4(8,75-10,3)	0,014
HCT Postop (%)	31(28,5-33)	31(28-32)	32(30-34)	29(26,5-30,5)	0,001
PLT, Postop (10 ³ /µL)	211(176-241)	372(288-460)	207(180-242)	183(156-224)	<0,001
Yatış Süresi (Saat)	46(38-65)	260(151-309)	59(37-84)	49(35-70)	<0,001
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi (Saat)	38,55(32,39-57,05)	139,63(129,52-199,95)	49,02(34,9-66,13)	48,67(34,8-61,59)	<0,001
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi (Saat)	2,8(0,15-11)	63,11(20,25-130,9)	4,93(0,93-18,3)	5,68(0,25-12,07)	<0,001
Sigara içme, n(%)	34(26,6) ^a	13(39,4) ^a	21(42,9) ^a	9(56,2) ^a	0,032 [#]
Laparoskopik cerrahi, n(%)	90(70,3) ^a	5(15,2) ^b	27(55,1) ^a	9(56,2) ^a	<0,001 [#]
Kan nakli, n(%)	18(14,1) ^{a,b}	7(21,2) ^{a,b}	2(4,1) ^b	6(37,5) ^a	0,006 [#]

*Kruskal Wallis H testi, post hoc Bonferroni düzeltmesi, *Pearson Ki kare, Fisher Freeman Halton Exact test, post hoc Bonferroni düzeltmesi.

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir.

“Ektopik gebelik” ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastalar metotreksat tedavisi uygulanma durumlarına göre analiz edilmiştir. Metotreksat tedavisi uygulanmayan 120 hastanın preoperatif WBC değeri $9,6(7,6-12) \cdot 10^3/\mu\text{L}$ iken; uygulanan 8 hastanın preoperatif WBC değeri $6,5(5-8,6) \cdot 10^3/\mu\text{L}$ olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$). Diğer değişkenler ile metotraksat uygulanması arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte ($p>0,05$) tüm analiz sonuçları Tablo 4.16 ile gösterilmiştir.

Tablo 4.16: “Ektopik gebelik” ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastaların metotreksat uygulanma durumuna göre özellikleri

Değişkenler, Medyan (IQR)	MTX uygulanmayan (n=120)	MTX uygulanan (n=8)	p ^u
Yaş (yıl)	32(28-35,5)	31,5(25-36)	0,647
Gravida	3(2-4)	2(1,5-3)	0,290
Parite	1(0-2)	1(0-1)	0,420
Abortus	0(0-1)	0(0-1)	0,720
Küretaj	0(0-0)	0(0-0)	0,519
Ektopik	0(0-0)	0(0-0)	0,993
Girişim süresi (dk)	70(55-90)	60(55-80)	0,614
Beta-hCG, giriş (mIU/ml)	3441(1645-9330)	3017(1148-5079)	0,270
Beta-hCG, çıkış (mIU/ml)	911(379-2331)	1748(499-2814)	0,448
Ateş (C°)	36,2(36-36,4)	36,5(36,1-36,6)	0,088
Nabız (1/dk)	81(76-86)	79(77-82)	0,377
Sistolik tansiyon (mm/Hg)	115(105-121)	122(114-125)	0,058
Diastolik tansiyon (mm/Hg)	70(65-76)	71(69-79)	0,276
WBC,Preop ($10^3/\mu\text{L}$)	9,6(7,6-12)	6,5(5-8,6)	0,013
Hg, Preop (g/dL)	11,6(10,35-12,65)	11,55(10,7-12,65)	0,771
HCT, Preop (%)	34,5(31-37)	34,5(32-36,5)	0,980
PLT Preop ($10^3/\mu\text{L}$)	262(211-297)	213(180-249)	0,087
CRP	0(0-4)	0(0-2)	0,482
WBC Postop ($10^3/\mu\text{L}$)	9,8(7,7-11,5)	9,35(7,7-11)	0,478
Hg Post (g/dL)	10,4(9,3-11,2)	10,3(10,15-11,4)	0,716
HCT Postop (%)	31(28-32,5)	30,5(29,5-34,5)	0,530
PLT, Postop ($10^3/\mu\text{L}$)	211(176-242)	209(181-229)	0,817
Yatış Süresi (Saat)	46(38-64)	64(36-86)	0,313
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi (Saat)	38,41(32,45-56,94)	51,94(28,72-60,95)	0,676
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi (Saat)	2,8(0,15-10,68)	3,05(0,48-14,66)	0,804
Ektopik odak boyutu (mm)	30(20-40)	30(15-30)	0,628
Sigara içme, n(%)	33(27,5)	1(12,5)	0,605 [*]
Laparoskopik cerrahi, n(%)	82(68,3)	8(100,0)	0,134 [*]
Kan nakli, n(%)	18(15,0)	0(0)	0,512 [*]

^uMann Whitney U test, ^{*} Pearson Ki kare test, Yates düzeltmesi.

“Adneksiyel Torsiyon” ön tanısı ile opere edilen hastalar nekroz varlığına göre analiz edildiğinde nabız değerlerinin nekrozu olmayan 41 hastada nekrozu olan 8 hastaya göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu [75(IQR 25-75p: 74-78) ve 73(IQR 25-75 p:71-74); p=0,004] görülmüştür. Ayrıca postoperatif hematokrit değeri de nekrozu olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur [32(IQR 25-75p: 30-34) ve 33,5(IQR 25-75 p:32,5-36,5); p=0,037]. Diğer değişkenler ile nekroz varlığı arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte (p>0,05) tüm analiz sonuçları Tablo 4.17 ile gösterilmiştir.

Tablo 4.17: “Adneksiyel Torsiyon” ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastaların nekroz varlığına göre özellikleri

Değişkenler, Medyan (IQR)	Nekroz yok (n=41)	Nekroz var (n=8)	p ^u
Yaş (yıl)	28(24-34)	26(22,5-37)	0,604
Gravida	0(0-2)	0(0-1)	0,432
Parite	0(0-1)	0(0-0,5)	0,401
Abortus	0(0-0)	0(0-0)	0,842
Küretaj	0(0-0)	0(0-0)	0,604
Ektopik	0(0-0)	0(0-0)	0,842
Girişim süresi (dk)	75(60-105)	108(90-123)	0,055
Ateş (C°)	36,2(36-36,5)	36,15(36,05-36,35)	0,681
Nabız (1/dk)	75(74-78)	73(71-74)	0,004
Sistolik tansiyon (mm/Hg)	120(110-125)	120(120-123)	0,884
Diastolik tansiyon (mm/Hg)	72(69-75)	74(71-75)	0,623
WBC, Preop (10 ³ /µL)	9,8(7,7-12,4)	9,25(6,75-15,75)	0,968
Hg, Preop (g/dL)	12,1(11-13,1)	13,05(11,9-13,55)	0,167
HCT, Preop (%)	36(33-39)	38,5(36,5-41)	0,045
PLT Preop (10 ³ /µL)	245(212-290)	249(229-293)	0,550
CRP	1(0-2)	2(0-5)	0,568
WBC Postop (10 ³ /µL)	9,5(7,8-10,8)	9,65(8,3-15,3)	0,464
Hg Post (g/dL)	10,6(9,8-11,2)	10,95(10,6-11,75)	0,203
HCT Postop (%)	32(30-34)	33,5(32,5-36,5)	0,037
PLT, Postop (10 ³ /µL)	207(180-242)	211(183-238)	0,740
Yatış Süresi (Saat)	47(36-78)	86(65-112)	0,072
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi (Saat)	46,23(34,67-60,6)	67,68(47,77-94,01)	0,135
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi (Saat)	3,86(0,75-18,27)	11,55(1,84-27,63)	0,291
Kist boyutu (mm)	65(50-93)	105(73-150)	0,999
Sigara içme, n(%)	17(41,5)	4(50,0)	0,710 ^u
Laparoskopik cerrahi, n(%)	23(56,1)	4(50,0)	0,999 ^u
Kan nakli, n(%)	2(4,9)	0(0)	0,999 ^u
Gebelik, n(%)	2(4,9)	0(0)	0,999 ^u
İzole tubal torsiyon, n(%)	1(2,4)	0(0)	0,999 ^u

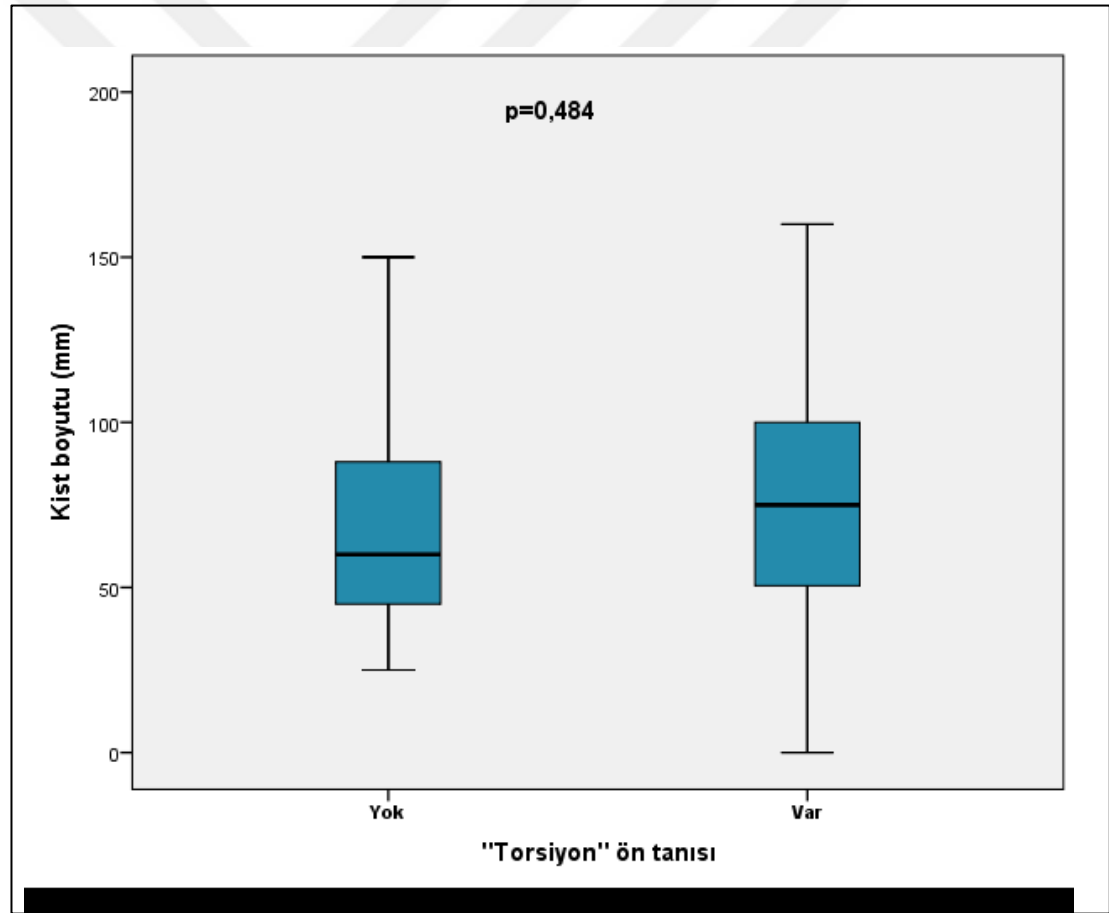
^uMann Whitney U test, ^u Pearson Ki kare test, Yates düzeltmesi, Fisher's Exact test.

“Adneksiyel Torsiyon” ön tanısı ile ameliyata alınan hastalarda kist boyutu incelendiğinde, ortalama kist boyutunun torsiyonu olmayan 9 hastada $68,67 \pm 37,34$ mm, torsiyonu olan 40 hastada ise $78,95 \pm 39,91$ mm olduğu, torsiyonu olan hastaların kist boyutunun olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0,484$) (Tablo 4.18, Grafik 4.4).

Tablo 4.18: “Adneksiyel Torsiyon” ön tanısı ile ameliyata alınan hastalarda torsiyon varlığına göre kist boyutu

Değişken, Ort±SS	Torsiyon yok (n=9)	Torsiyon var (n=40)	p
Kist boyutu (mm)	$68,67 \pm 37,34$	$78,95 \pm 39,91$	0,484 [†]

[†]Independent samples t testi.



Grafik 4.4: Torsiyon varlığına göre kist boyutu

Laparoksopik cerrahi yapılan ve yapılmayan hastalar diğer bağımsız özellikler açısından incelendiğinde birçok parametrede anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan analizlere göre laparoskopik cerrahi yapılan hastalarda yapılmayan hastalara göre yaş ortalaması daha düşük ($p=0,011$), gravida daha yüksek ($2,03\pm1,66$ ve $2,57\pm1,89$; $p=0,040$), ektopik gebelik sayısı daha yüksek ($0,01\pm0,13$ ve $0,14\pm0,40$; $p=0,002$), girişim süresi daha kısa ($p<0,001$), ateş daha düşük ($p<0,001$), nabız daha düşük ($p=0,022$), preoperatif WBC değeri daha düşük ($p<0,001$), preoperatif hemoglobin değeri daha yüksek ($p=0,022$), preoperatif hematokrit değeri daha yüksek ($p=0,042$), preoperatif platelet değeri daha düşük ($p=0,001$), CRP değeri daha düşük ($p<0,001$), postoperatif WBC değeri daha düşük ($p=0,003$), postoperatif platelet değeri daha düşük ($p=0,009$), yatış süresi daha düşük ($p<0,001$), ameliyat sonrası yatış süresi daha düşük ($p<0,001$) (Grafik 4.5), kan nakli oranı daha düşük (%24,8 ve %8,9; $p=0,002$) bulunmuştur (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Laparoskopik cerrahi varlığına göre tüm hastaların özellikleri

Değişkenler, Medyan (IQR)	Laparoskopik cerrahi yok (n=105)	Laparoskopik cerrahi var (n=135)	p ^u
Yaş (yıl)	34(27-40)	31(26-35)	0,011
Gravida	2(1-3)	2(1-3)	0,040
Parite	1(0-2)	1(0-2)	0,941
Abortus	0(0-0)	0(0-1)	0,214
Küretaj	0(0-0)	0(0-0)	0,309
Ektopik	0(0-0)	0(0-0)	0,002
Girişim süresi (dk)	110(75-130)	70(55-90)	<0,001
Ateş (C°)	36,4(36,2-36,9)	36,2(36-36,5)	<0,001
Nabız (1/dk)	83(75-99)	79(75-86)	0,022
Sistolik tansiyon (mm/Hg)	116(105-125)	117(108-125)	0,785
Diastolik tansiyon (mm/Hg)	70(65-75)	70(65-76)	0,261
WBC, Preop ($10^3/\mu\text{L}$)	11,3(8,5-15,7)	9(7-11,3)	<0,001
Hg, Preop (g/dL)	11,3(9,6-12,3)	11,6(10,6-12,8)	0,022
HCT, Preop (%)	34(29-37)	35(31-38)	0,042
PLT Preop ($10^3/\mu\text{L}$)	277(231-346)	249(206-290)	0,001
CRP	4(0-122)	1(0-5)	<0,001
WBC Postop ($10^3/\mu\text{L}$)	10,3(8,8-13,3)	9,4(7,5-11,4)	0,003
Hg Post (g/dL)	10,2(9,1-11)	10,4(9,5-11,2)	0,122
HCT Postop (%)	30(28-33)	31(29-33)	0,091
PLT, Postop ($10^3/\mu\text{L}$)	228(183-308)	211(175-243)	0,009
Yatış Süresi (Saat)	65(42-186)	49(36-75)	<0,001
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi (Saat)	60,22(38,52-134,63)	40,35(32,42-61,48)	<0,001
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi (Saat)	7,25(0,58-36,6)	4,5(0,25-15)	0,087
Sigara içme, n(%)	38(36,2)	42(31,1)	0,408 [#]
Kan nakli, n(%)	26(24,8)	12(8,9)	0,002[#]

^uMann Whitney U test, [#]Pearson Ki kare test, Yates düzeltmesi, Fisher's Exact test.

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Jinekolojik aciller tüm yaş grubundan kadınları geniş bir spektrumda kapsayan ve sık rastlanan, acil bir şekilde tanı konması ve ivedilikle tedavi edilmesi gereken önemli bir sağlık problemidir (4). Bu hastalar genellikle akut ağrı veya akut abdomen bulguları, vajinal kanama, bulantı ve kusma gibi semptomlarla başvurabilmektedir (1). Akut batın tanısıyla kadın hastalıkları ve doğum acil servisine başvuran hastaların büyük bir çoğunluğu ektopik gebelik, over kist rüptürü, tuba ovaryan abse veya pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) ön tanıları ile hastaneye yatırarak takip edilmektedirler (82). Bu hastaların ayırıcı tanısında görüntüleme teknikleri, klinik ve fizik muayene bulguları ile laboratuvar tetkikleri kullanılmaktadır. Günümüzde tıbbi literatürün her gün yenilenmesi ve güncel bilgilerin ışığında değişen tanı ve tedavi yöntemleri ile birlikte; bu vakaların yönetimi ve takibinin de morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla sürekli güncellenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada 2017-2022 yılları arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na acil olarak başvuran; jinekolojik acillerden herhangi birini içeren ön tanı ile servisimize yatışı yapıp takip edilen ve bu nedenlerle cerrahi operasyon uygulanan hastaların bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Olguların gruplandırmasını yaparken literatür ile uyumlu olacak şekilde altı gruba ayırdık. Birinci grubumu ektopik gebelik ön tanısı ile operasyona alınan hastalardan, ikinci grubumuz PİH/TOA ön tanısı ile operasyona alınan hastalardan, üçüncü grubumuz adneks torsiyonu ön tanısı ile

operasyona alınan hastalardan, dördüncü grubumuz over kist rüptürü ön tanısı ile operasyona alınan hastalardan, beşinci grubumuz postoperatif komplikasyonlar nedeniyle yapılan acil operasyona alınan hastalardan ve altıncı grubumuz ise bu beş gruba da dahil olmayan diğer acil jinekolojik nedenler nedeniyle acil olarak operasyona alınan hastalardan oluşturulmuştur.

Toplam çalışmamız 240 hastadan oluşmakta ve olguların ön tanılara göre dağılımları değerlendirildiğinde 128 (%53,3) hastamız ektopik gebelik ön tanısıyla operasyona alınmıştır. 33 hasta (%13,8) PİH/TOA ön tanısı ile, 49 hasta (%20,4) adneks torsiyonu ön tanısı ile, 16 hasta (%6,7) over kist rüptürü ön tanısı ile, 10 hasta (%4,2) postoperatif komplikasyonlar nedeniyle ve 4 hasta (%1,7) nadir görülen diğer jinekolojik nedenler sebebiyle operasyona alınmıştır. Postoperatif komplikasyonlar grubunda değerlendirilen 10 hastamızdan 1'ine postoperatif ağrı nedeniyle diagnostik laparoskopi uygulanmıştır. 6 hastaya bağırsak yaralanması, 2 hastaya postoperatif kanama ve hematoma ve 1 hastaya da operatif histereskopi sonrası gelişen uterin perforasyon nedeniyle acil operasyon yapılmıştır. Diğer jinekolojik nedenler sebebiyle operasyona alınan 4 hastamızdan 2'si imperfore hymen nedeniyle gelişen pelvik ağrı ve hematometra nedenli operasyona alınmıştır. 1 hastamız batın içerisinde kayıp RİA nedeniyle, diğer hastamız ise vajen cuffta abse ve hematoma nedeniyle opere edilmiştir. Bu oranlarımız literatürdeki veriler ile benzer bulunmuştur (4,82).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan acil jinekolojik cerrahi gerektiren hasta grubu ektopik gebelik iken ABD'de PİH/TOA en sık karşılaşılan acil cerrahi gerektiren jinekolojik hasta grubudur (83). Günümüzde PİH/TOA olgularının büyük bir kısmı medikal tedavi ve girişimsel görüntüleme yöntemleri eşliğinde abse drenajı ve katater uygulaması işlemleri yapılarak cerrahi gerektirmeden girişimsel radyolojik uygulamalar ile tedavi edilebilmesi nedeniyle; bu olgularda rastlanan cerrahi gereksinimi azalmıştır. Kliniğimizde de PİH/TOA vakalarında bizim yaklaşımımız öncelikle medikal tedavi ve ardından uygun hastalarda girişimsel radyolojik yöntemler ile tedavi ve takip olması nedeniyle cerrahi oranlarımız düşüktür.

Çalışmaya dahil edilen toplam 240 hastanın ortalama yaşlarının medyan değeri 32 (27-38) olarak bulunmuştur ve bu bulgumuz literatür ile uyumludur (4).

Çalışmamıza dahil edilen 240 operasyonun 135'i (%56,3) laparoskopik olarak, 105'i (%43,8) laparotomik olarak gerçekleştirilmiştir. Tüm dünyada gelişen tıp ve teknoloji ile birlikte laparoskopik operasyonların oranı artmıştır ve bizim de kliniğimizde uygun hastada öncelikli olarak laparoskopik yaklaşım uygun tecrübeye sahip hekimler tarafından tercih edilmektedir.

Ektopik gebelik maternal morbidite ve mortaliteye sebep olan önemli bir jinekolojik acildir. Günümüzde CYBH'ların daha sık görülmesi, YÜT ile elde edilen gebeliklerin sayısının artması ve bu nedenle yapılan tubal cerrahilerin yaygınlaşması ve tubal siliyer motiliteyi etkileyebilen. Laparoskopik cerrahinin tüm dünyada yaygınlaşması ve laboratuvar tetkiklerinin daha yaygın olarak kullanımıyla birlikte ektopik gebelik tanısı konma oranları artmıştır (84).

Literatürde ilerleyen yaş ile birlikte ektopik gebelik rastlanma sıklığının da arttığını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (13). Bizim çalışmamızda ektopik gebelik ön tanısı ile operasyona alınan hastaların yaş ortalaması medyan değeri 32 (28-35,5) olarak bulunmuş olup bu verimiz literatür ile uyumlu izlenmiştir (8). Ektopik gebelik vakalarında metotreksat (MTX) tedavisi sıkça kullanılan bir medikal tedavi yöntemidir ve uygun hastalarda cerrahiye gerek kalmadan tedavi sağlamaktadır; ancak bazı hastalarda MTX tedavisi sonrasında da cerrahi gereksinimi olabilmektedir (39). Çalışmamızda MTX uygulanan ve uygulanmayan hastalar karşılaştırıldığında yaş faktörü tedavi şekli açısından anlamlı fark göstermemiştir. Çalışmamızda ektopik gebelik ön tanısıyla 120 hastaya medikal tedavi uygulanmadan cerrahi operasyon kararı verilmiştir. 8 hastaya MTX tedavisi uygulanması sonrasında tedaviye yanıt alınamaması veya ektopik odak rüptürü gelişmesi nedeniyle acil operasyon kararı verilmiştir. Bu sayının azlığının sebebinin kliniğimizin tersiyer merkez olması ve bu nedenle MTX tedavisine uygun olan hasta grubunun tarafımıza başvuru oranlarının az olması nedeni olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda ektopik gebelik ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastalar MTX tedavisi uygulanma durumlarına göre analiz edilmiştir. Hastaların gravida, parite, abortus, küretaj ve ektopik gebelik öyküleri

sayıları, sigara kullanım durumları, operasyon süreleri, operasyon öncesi ve sonrası beta-hCG değerleri, vital bulguları, ektopik odak boyutları, preop ve postop ve total yatış süreleri, laparoskopik cerrahi gereksinimi ve kan nakli ihtiyacı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Laboratuvar değerleri karşılaştırıldığında; MTX tedavisi uygulanmayan 120 hastanın preoperatif WBC değeri 9,6(7,6-12) $10^3/\mu\text{L}$ iken uygulanan 8 hastanın preoperatif WBC değeri 6,5(5-8,6) $10^3/\mu\text{L}$ olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$). Preoperatif ve postoperatif; hemoglobin değerleri, platelet ve CRP değerleri gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ektopik gebelik ön tanısıyla opere edilen 128 hastanın 5'inde ektopik odak saptanmamıştır. Bu 5 hastanın 3'üne peroperatif dilatasyon ve küretaj işlemi uygulanmış olup patoloji raporlarında inkomplet abortus saptanmıştır. Diğer 2 hastamızda ise küretaj materyali ya da çıkarılan salpenkslerde gebelik materyali izlenmemiştir. 1 hastamızda da ovaryan ektopik gebeliğe rastlanmıştır.

Ektopik gebelik ön tanısı ile opere edilen 128 hastanın 90'ına (%70,3) laparoskopik cerrahi uygulanmıştır ve bu hastalar içerisinde MTX uygulanmayan 120 hastanın 82'si (%68,3) ve MTX uygulanan 8 hastanın tamamı laparoskopik yaklaşım ile opere edilmiştir. Bu oranların yüksekliğinin kliniğimizin üçüncü basamak hastane oluşu ve kliniğimizdeki hekimlerin laparoskopi tecrübelerinin fazla oluşunun etkili olduğunu düşünmekteyiz.

PİH uterus ve adneksleri izole veya tamamını birden etkileyebilen, komşu organların da etkilenebildiği, kadın genital organlarının akut veya subakut enfeksiyonudur. Sıklıkla polimikrobiyaldir. PİH; hafif klinik bulgulardan, akut abdomen tablosuna kadar geniş bir spektrumda klinik bulgu verebilmektedir. Bu nedenle tanısının konması güçtür ve dikkatli bir değerlendirme gerektirebilmektedir. PİH vakaları genellikle medikal tedaviye iyi yanıt vermekle birlikte bazı hastalar antibiyotik tedavisine yanıt vermemekte ve cerrahi gereksinimi olabilmektedir (85). Biz klinik olarak medikal tedaviye rağmen semptomları gerilemeyen ve laboratuvar bulgularında progresyon olan hastaları ve takiplerinde vital bulgularında bozulma olan hastalarda operasyonu ön planda düşünmekteyiz.

Çalışmamıza dahil edilen PİH/TOA ön tanısıyla opere edilen 33 hastamızın yaş ortalamalarının medyan değeri 40 (35-45) olarak bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerde PİH sıklıkla genç yaş grubunda görülmektedir ve bu durumun genç hastalardaki artmış servikal erozyon ve servikal mukus elastikiyeti ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (86,87). Ülkemizde; gelişmiş ülkelere farklı olarak cinsel yaşamın daha ileri yaşta başlaması ve partner sayısının yine gelişmiş ülkelere kıyasla daha az olması nedeniyle yaşlar arasındaki bu farkın görüldüğünü düşünmekteyiz. Ülkemizde yapılan PİH/TOA ile ilgili olan çalışmalarda da veriler bu düşüncemizi destekler niteliktedir (88). Ayrıca çalışmamızda PİH/TOA grubuyla ektopik gebelik, adneks torsiyonu ve over kist rüptürü grupları karşılaştırıldığında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Ateş ile hastalık grupları arasında yapılan analiz sonucunda fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlere göre PİH/TOA ve over kist rüptürü grubu ($p<0,001$), ektopik gebelik ile PİH/TOA grubu ($p<0,001$), PİH/TOA grubu ile adneks torsiyonu ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu verilere benzer olarak CRP, preoperatif ve postoperatif WBC değerleri, preoperatif ve postoperatif PLT değerleri, preoperatif ve postoperatif ve total yatış süreleri açısından diğer gruplara göre anlamlı olarak fark bulunmuştur. Bu farkı PİH'in enfeksiyon zemininde gelişen bir hastalık olmasıyla ve uzun dönem antibiyotik kullanımı gereksinimiyle ilişkilendirmekteyiz (85).

Çalışmamızda ameliyatı yapılan 33 PİH/TOA hastasının 5'ine (%15.2) L/S uygulanmıştır. PİH/TOA grubu diğer gruplar ile karşılaştırıldığında L/S yapılma oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). L/S ile cerrahi yaklaşım TOA'nın yönetiminde en avantajlı yöntemdir (89,90). PİH/TOA tablolarının enfektif zeminde gelişmesi ve yalnızca genital organları değil komşu pelvik organları da etkileyerek enfekte etmesi ve bu enfeksiyonlara bağlı olarak yaygın yapışıkların oluşması bu vakaların cerrahi yönetimini güçleştirmektedir ve komplikasyon oranlarını arttırmaktadır. Bu nedenle bu hastalar kliniğimizde daha sıklıkla laparatomik cerrahi ile yönetilmekte, L/S daha az oranda tercih edilmekte ve böylece komplikasyonlardan kaçınılmaktadır.

Adneks torsiyonu; adneks, over veya tubanın tubaovaryan ve infundibulopelvik liagamanlar ile birlikte kendi çevresinde en az bir tam tur

dönmesidir (45). Bizim çalışmamızda torsiyon prevalansı %20,4 (49 hasta) olarak bulunmuş olup ektopik gebelikten sonra ikinci büyük grubumuzu oluşturmaktadır. Adneksiyal torsiyon sıklıkla reproduktif çağıdaki hasta grubunda görülmektedir. Torsiyon grubumuzdaki hastalarımızın medyan yaş değeri 28 (24-35) olarak bulunmuş olup bu grupta yer alan hastalarımız literatürle uyumlu olarak sıklıkla genç yaş grubundaki hastalardan oluşmaktadır. Torsiyonun klinik bulguları genellikle gürültülü bir tablo oluşturmalarına rağmen, hafif klinik bulgularla da karşımıza çıkabilmektedir (45). Adneksiyal torsiyonun kesin tanısı cerrahi olarak konulabilmektedir. Adneksiyal torsiyon nedeniyle nekroz gelişimi pelvik organların kaybına veya geri döndürülemeyecek boyutlarda hasarına sebep olabilmesiyle ve sıklıkla reproduktif çağıdaki hastalarda görülmesi nedeniyle torsiyondan şüphelenildiğinde cerrahi kararının hızlı verilmesi morbiditeyi önlemek açısından önem arz etmektedir (91). Preoperatif değerlendirme ile torsiyon tanısını kesin olarak konulamaması nedeniyle diagnostik L/S altın standart tanı yöntemidir. Torsiyon ön tanısıyla opere ettiğimiz 49 hastamızın 27'sine (%55) laparoskopik cerrahi uyguladık. Torsiyon ön tanısıyla opere edilen hastaların %23-66'sına doğru tanı konulmakta olduğu literatürde belirtilmiştir (92). Torsiyon ön tanısıyla opere ettiğimiz 49 hastamızın 40'ında (%81,6) operasyon esnasında torsiyon saptanmıştır. Literatür ile bu verimizin uyumsuzluğunu tersiyer merkez oluşumuz ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Gebeliğin over torsiyonu gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir ve literatürde gebelik ile birlikte over torsiyonu görülme oranı %8-15 aralığında verilmiştir (47,93). Torsiyon ön tanısıyla opere ettiğimiz 49 hastadan 2 hastada (%4,1) gebelik mevcut olup oranımız literatürle örtüşmemektedir.

Torsiyon grubundaki 49 hastamızdan 8 hastada operasyon esnasında nekroz izlenmiştir. Klinik olarak hastalarımızın çoğunun reproduktif çağıdaki hastalardan oluşması nedeniyle; biz bu hastalara da detorsiyon işlemi uygulamaktayız. Hastaların hiçbirine ekstirpasyon veya salpingo-ooferektomi yapılmamıştır. 1946 yılına kadar torsiyon olgularında primer tedavi yaklaşımı salpingo-ooferektomiydi. Bu yaklaşımın temelinde ovaryan vende nekroz ve staz sonucunda emboli gelişebileceği ve pulmoner emboliye sebep olabileceği olmasıydı. Yıllar içerisinde yapılan çalışmalar ışığında salpingo-ooferektomi

yerine detorsiyon işlemi uygulanmasının tromboemboli riskinde artışa yol açmadığı gösterilmiştir. Literatür derlemelerinde de gösterilmiştir ki salpingo-ooferektomi ve detorsiyon uygulanan gruplar karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemiş ve her iki grupta da pulmoner emboli riskinin yaklaşık %0,2 olduğu bildirilmiştir (54,55,94). Literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde; çalışmaların çoğu adneksiyel torsiyon vakalarında tercih edilmesi öncelikli olarak önerilen cerrahi yöntemin detorsiyon uygulanmasını önermektedir. Özellikle reproduktif çağıdaki hastalarda over rezervini korumak ve fertilitiyi korumak önem arz ettiğinden salpingo-ooferektomi yerine detorsiyon uygulanması önerilmektedir (56,94). Ovaryan torsiyonda overlerde nekroz gelişme süresi açısından bir fikir birliği yoktur. Literatürdeki çalışmalar bu sürenin 2 saat ile 30 gün arasında değişmekte olduğunu göstermektedir. Bu nedenle günümüzde overin görünümüne bakmadan detorsiyon çoğu cerrah tarafından öncelikli olarak tercih edilmektedir (56).

Torsiyon grubundaki hastalarımızı nekroz saptanan ve saptanmayanlar olarak biz iki grupta inceledik. Nabız değerlerinin nekrozu olmayan 41 hastada nekrozu olan 8 hastaya göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu [75(IQR 25-75p: 74-78) ve 73(IQR 25-75 p:71-74); p=0,004] görülmüştür. Ayrıca postoperatif hematokrit değeri de nekrozu olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur [32(IQR 25-75p: 30-34) ve 33,5(IQR 25-75 p:32,5-36,5); p=0,037]. Diğer değişkenler ile nekroz varlığı arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte (p>0,05) tüm analiz sonuçları tablo 17 ile gösterilmiştir.

Çalışmamızdaki nekroz gelişen hastalarda izlenen postoperatif hematokrit yüksekliği; pulmoner emboli gelişimi açısından uyarıcı olabilir. Her ne kadar çalışmamızdaki hiçbir hastamızda pulmoner emboli izlenmemiş olsa da postoperatif dönemde özellikle peroperatif nekroz izlenen hastalarda pulmoner emboliden koruyucu olması için pnömatik kompresyon çorapları giydirilmesi, erken mobilizasyon, yeterli iv hidrasyon gibi önlemlerin alınması gerekliliğini savunmaktayız. Ancak olgu sayımızın azlığı nedeniyle bu konuda daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Konservatif cerrahi sonrası ateş en sık izlenen komplikasyondur. Mekanizması tam aydınlatılamamış olup nekroz gelişmiş olan ovaryan

dokunun hasarlanarak yıkımı sonucu gelişmekte olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda nekroz olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında ateş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ve nabız değerlerimiz nekroz olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde farklı bulunmuştur ($p=0,004$). Bu farklılığı olgu sayımızın literatüre göre az olmasıyla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz (95).

Over kist rüptürü premenapozal dönemde olan kadınlarda sık rastlanan bir jinekolojik acildir. Çalışmamızda over kist rüptürü ön tanısıyla 16 hasta opere edilmiştir. Hastalarımızın medyan yaş değeri 26(24-30) olup verimiz literatür ile uyumludur (78). Operasyona alınan 5 hastamızda kist rüptürü izlenmeyip izole over kisti – korpus luteum kisti izlenmiştir. 16 hastanın 9'una (%56,2) laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Over kist rüptüründe daha çok konservatif izlem ön planda tercih edilmektedir. Bu da cerrahiye duyulan gereksinimi azaltmaktadır. Yine bu hastalarda cerrahi olarak daha çok laparoskopi tercih edilmektedir. Laparoskopik cerrahi komplikasyonların ve hastanede yatış sürelerinin daha az olması nedeniyle avantajlı olmaktadır (79).

Çalışmamıza dahil edilen 240 hastanın 38'inde (%15,8) kan transfüzyonu ihtiyacı olmuştur. Kan transfüzyonu ihtiyacı 4 grupta incelendiğinde; ektopik gebelik grubunda %14,1, PİH/TOA grubunda %21,2, adneksiyel torsiyon grubunda %4,1 ve over kist rüptürü grubunda %37,5 oranındadır ve bu analizde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$). Kan nakli yapılma oranı “over kist rüptürü” grubundaki hastalarda “adneksiyel torsiyon” grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha fazladır. Biz kliniğimizde over kist rüptürü ön tanısıyla yatışını yaptığımız hastalarda cerrahi kararını vermeden önce konservatif izlemi tercih etmekteyiz. Cerrahi kararını laboratuvar parametrelerinde düşüş ve hemodinamik instabilite izlenen hastalara vermekteyiz. Over kist rüptürü grubundaki hastalarımızın kan transfüzyonu ihtiyacının artışı bununla açıklamaktayız.

Çalışmamıza dahil edilen 240 hastanın 135'ine (%56,3) laparoskopik, 105'ine (%43,8) laparotomik cerrahi yaklaşım uyguladık. Laparoskopik cerrahi uygulanişına göre tüm hastalarımızı karşılaştırdığımızda; laparoskopik cerrahi yapılan hastalarda yapılmayan hastalara göre yaş ortalaması daha düşük ($p=0,011$), gravida daha yüksek ($2,03\pm1,66$ ve $2,57\pm1,89$; $p=0,040$),

ektopik gebelik sayısı daha yüksek ($0,01 \pm 0,13$ ve $0,14 \pm 0,40$; $p=0,002$), girişim süresi daha kısa ($p<0,001$), ateş daha düşük ($p<0,001$), nabız daha düşük ($p=0,022$), preoperatif WBC değeri daha düşük ($p<0,001$), preoperatif hemoglobin değeri daha yüksek ($p=0,022$), preoperatif hematokrit değeri daha yüksek ($p=0,042$), preoperatif platelet değeri daha düşük ($p=0,001$), CRP değeri daha düşük ($p<0,001$), postoperatif WBC değeri daha düşük ($p=0,003$), postoperatif platelet değeri daha düşük ($p=0,009$), yatış süresi daha düşük ($p<0,001$), ameliyat sonrası yatış süresi daha düşük ($p<0,001$) (Grafik 4.5), kan nakli oranı daha düşük (%24,8 ve %8,9; $p=0,002$) bulunmuştur (Tablo 19). Bu bulgularımız literatür ile uyumludur (79,89).

Bu veriler ışığında laparoskopinin ön planda tercih edilmesi gerekliliğini savunmaktayız ancak; laparoskopik tedavi tercih edilirken tedaviyi uyguladığımız merkezin teknik yeterliliği, cerrahın tecrübesi, postoperatif gelişebilecek komplikasyonları yönetebilecek multidisipliner yaklaşım uygulayabilecek ekibin varlığı, hastaların laparoskopik cerrahiye uygunluğu açısından değerlendirilmesi ve risklerin belirlenmesi hasta seçiminde önem arz etmektedir. Kliniğimizin tersiyer merkez oluşu ve kliniğimizde tecrübeli cerrahların varlığı nedeniyle uygun hastalarda öncelikli olarak laparoskopi tercih etmekteyiz.

5.2 SONUÇ

Jinekolojik aciller sık rastlanan ve hızlı ve doğru yönetilmediği zaman ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Jinekolojik aciller yenidoğan döneminden başlayarak postmenapozal dönem dahil her yaş grubundaki kadınları etkileyen, sık rastlanan, rastlandığında dikkatle ve ayrıntılı olarak tetkik ve tedavi edilmesi gereken, morbidite ve mortaliteye neden olabilen durumlardır (4). Tanının hızlı konulması ve ayırıcı tanıların dikkatle gözden geçirilmesi önem arz etmektedir. Jinekolojik acillerin yönetiminde gecikme veya herhangi bir ihmalin mortaliteye neden olabilecek olmasının yanı sıra; hastanın cinsel fonksiyonlarının ve fertilitatesinin kalıcı olarak bozulmasına sebebiyet verebilecek olması hastanın yaşam kalitesini ciddi oranda etkileyebilmektedir. Ancak jinekolojik acillerin yönetiminde; ilerleyen ve sürekli gelişen tıbbi bilgi ve teknolojiyle beraber

erken teşhis kolaylaşmış ve konservatif tedavi seçeneklerinin kullanımı dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Bu durum morbidite ve mortaliteyi azaltmakta aynı zamanda minimal invaziv cerrahi yaklaşımların yaygınlaşmasıyla hastaların hastane yatış sürelerini kısaltmakta olup, hastanın konforunu arttırmakta ve sağlık sistemi üzerindeki mali yükü azaltmaktadır (2,3,96).

Bu çalışmamızda tersiyer bir merkez olan kliniğimizde acil cerrahi operasyon ile yönetilen olguları geniş bir spektrumda birbirleriyle karşılaştırarak inceledik. Verilerimizi güncel literatür ile uyumlu bulduk ve bu çalışmayı yaparak bu olguların yönetimi açısından literatüre katkı sağlamayı amaçladık. Dünyadaki güncel gelişmeleri takip etmekte olup; uygun merkezlerde ve uygun hasta gruplarında ve tecrübeli cerrahlar eşliğinde laparoskopinin ön planda tercih edilmesi gerekliliğini savunmaktayız.

Kaynaklar

1. Ramphal SR, Moodley J. Emergency gynaecology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006 Oct;20(5):729–50.
2. Pikul I, Lubkovska O. Emergency treatment in gynecology using different methods of surgery. EUREKA: Health Sciences. 2022 Jan 31;(1):3–9.
3. Allison SO, Lev-Toaff AS. Acute Pelvic Pain. Ultrasound Q. 2010 Dec;26(4):211–8.
4. Burnett LS. Gynecologic Causes of the Acute Abdomen. Surgical Clinics of North America. 1988 Apr;68(2):385–98.
5. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2013 Aug;68(8):571–81.
6. Bouyer J. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Human Reproduction. 2002 Dec 1;17(12):3224–30.
7. Ory SJ, Nnadi E, Herrmann R, O'Brien PS, Joseph Melton L. Fertility after ectopic pregnancy. Fertil Steril. 1993 Aug;60(2):231–5.
8. van den Eeden SK, Shan J, Bruce C, Glasser M. Ectopic Pregnancy Rate and Treatment Utilization in a Large Managed Care Organization. Obstetrics & Gynecology. 2005 May;105(5, Part 1):1052–7.
9. Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy in the United States. Obstetrics & Gynecology. 2010 Mar;115(3):495–502.
10. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy rates and racial disparities in the Medicaid population, 2004–2008. Fertil Steril. 2014 Dec;102(6):1671–6.

11. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, Zane S, Berg CJ, Callaghan WM. Trends in Ectopic Pregnancy Mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. 2011 Apr;117(4):837–43.
12. Murray H. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Can Med Assoc J*. 2005 Oct 11;173(8):905–12.
13. Bouyer J. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France. *Am J Epidemiol*. 2003 Feb 1;157(3):185–94.
14. Stulberg DB, Cain L, Dahlquist IH, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy morbidity and mortality in low-income women, 2004–2008. *Human Reproduction*. 2016 Mar;31(3):666–71.
15. Chukus A, Tirada N, Restrepo R, Reddy NI. Uncommon Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass. *RadioGraphics*. 2015 May;35(3):946–59.
16. Seo MR, Choi JS, Bae J, Lee WM, Eom JM, Lee E, et al. Preoperative diagnostic clues to ovarian pregnancy: retrospective chart review of women with ovarian and tubal pregnancy. *Obstet Gynecol Sci*. 2017;60(5):462.
17. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 1997 Jan;52(1):45–59.
18. Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: The importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007 Jul;14(4):481–4.
19. Hofmann HMH, Urdl W, Höfler H, Hönigl W, Tamussino K. Cervical pregnancy: Case reports and current concepts in diagnosis and treatment. *Arch Gynecol Obstet*. 1987;241(1):63–9.
20. Poggi SH, Ghidini A. Importance of timing of gestational exposure to methotrexate for its teratogenic effects when used in setting of misdiagnosis of ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 2011 Sep;96(3):669–71.

21. Varma R, Mascarenhas L, James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2003 Feb;21(2):192–4.
22. Kitade M, Takeuchi H, Kikuchi I, Shimanuki H, Kumakiri J, Kinoshita K. A case of simultaneous tubal-splenic pregnancy after assisted reproductive technology. *Fertil Steril*. 2005 Apr;83(4):1042.e19-1042.e21.
23. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG*. 2007 Feb 13;114(3):253–63.
24. Lee CL. Case Report:Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous Caesarean section scar. *Human Reproduction*. 1999 May 1;14(5):1234–6.
25. Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, Lee CL, Yen CF, Soong YK. Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *BJOG*. 2005 Jun;112(6):839–40.
26. Wang CB, Tseng CJ. Primary evacuation therapy for Cesarean scar pregnancy: three new cases and review. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2006 Feb;27(2):222–6.
27. Arslan M, Pata O, Dilek TUK, Aktas A, Aban M, Dilek S. Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2005 May;89(2):163–6.
28. Ravhon A, Ben-Chetrit A, Rabinowitz R, Neuman M, Seller U. Successful methotrexate treatment of a viable pregnancy within a thin uterine scar. *BJOG*. 1997 May;104(5):628–9.
29. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Human Reproduction*. 1997 May 1;12(5):1100–2.
30. BERNSTEIN H. Expectant management of intramural ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2001 May;97(5):826–7.

31. Dialani V, Levine D. Ectopic Pregnancy: A Review. *Ultrasound Q.* 2004 Sep;20(3):105–17.
32. Dogra V, Paspulati RM, Bhatt S. First trimester bleeding evaluation. *Ultrasound Q.* 2005 Jun;21(2):69–85; quiz 149–50, 153–4.
33. YOSHIGI J, YASHIRO N, KINOSHITA T, O'UCHI T, KITAGAKI H. Diagnosis of Ectopic Pregnancy with MRI: Efficacy of T2*-weighted Imaging. *Magnetic Resonance in Medical Sciences.* 2006;5(1):25–32.
34. Barnhart KT, Rinaudo P, Hummel A, Pena J, Sammel MD, Chittams J. Acute and chronic presentation of ectopic pregnancy may be two clinical entities. *Fertil Steril.* 2003 Dec;80(6):1345–51.
35. Mol F, Mol BW, Ankum WM, van der Veen F, Hajenius PJ. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2008 Apr 2;14(4):309–19.
36. Stovall TG, Ling FW, Carson SA, Buster JE. Serum progesterone and uterine curettage in differential diagnosis of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1992 Feb;57(2):456–8.
37. Dogan A, Gulhan I, Uyar I, Ekin A, Gezer C, Bilgin M, et al. Methotrexate treatment in progressive tubal ectopic pregnancies and hCG-related clinicosurgical implications. *Kaohsiung J Med Sci.* 2016 Jun;32(6):317–22.
38. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013 Sep;100(3):638–44.
39. Barnhart K. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. *Obstetrics & Gynecology.* 2003 Apr;101(4):778–84.
40. Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007 Jan 24;
41. Diamond MP, DeCherney AH. Surgical Techniques in the Management of Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Mar;30(1):200–9.

42. Bucella D, Buxant F, Anaf V, Simon P, Fayt I, Noël JC. Omental trophoblastic implants after surgical management of ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2009 Jul 28;280(1):115–7.
43. Kayataş S. Persistent ectopic pregnancy after milking procedure: Case report. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*. 2014 Mar 1;41(1):228–30.
44. McWilliams GDE, Hill MJ, Dietrich CS. Gynecologic Emergencies. *Surgical Clinics of North America*. 2008 Apr;88(2):265–83.
45. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol*. 1985 Jun;152(4):456–61.
46. Antoniou N, Varras M, Akrivis C, Kitsiou E, Stefanaki S, Salamalekis E. Isolated torsion of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31(3):235–8.
47. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: A fifteen-year review. *Ann Emerg Med*. 2001 Aug;38(2):156–9.
48. Emonts M, Doornewaard H, Admiraal J (Co'tje)F. Adnexal torsion in very young girls: diagnostic pitfalls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004 Oct;116(2):207–10.
49. Peña JE, Ufberg D, Cooney N, Denis AL. Usefulness of Doppler sonography in the diagnosis of ovarian torsion. *Fertil Steril*. 2000 May;73(5):1047–50.
50. Kokoska ER, Keller MS, Weber TR. Acute ovarian torsion in children. *The American Journal of Surgery*. 2000 Dec;180(6):462–5.
51. Graif M, Shalev J, Strauss S, Engelberg S, Mashlach S, Itzhak Y. Torsion of the ovary: sonographic features. *American Journal of Roentgenology*. 1984 Dec 1;143(6):1331–4.
52. VANDERMEER FQ, WONG-YOU-CHEONG JJ. Imaging of Acute Pelvic Pain. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Mar;52(1):2–20.
53. Zhai A, Axt J, Hamilton EC, Koehler E, Lovvorn HN. Assessing gonadal function after childhood ovarian surgery. *J Pediatr Surg*. 2012 Jun;47(6):1272–9.

54. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 1999 Sep;54(9):601–8.
55. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi.* 29(3):143–7.
56. White M, Stella J. Ovarian torsion: 10-year perspective. *Emerg Med Australas.* 2005 Jun;17(3):231–7.
57. Dolgin SE, Lublin M, Shlasko E. Maximizing ovarian salvage when treating idiopathic adnexal torsion. *J Pediatr Surg.* 2000 Apr;35(4):624–6.
58. Crouch NS, Gyampoh B, Cutner AS, Creighton SM. Ovarian torsion: to pex or not to pex? case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003 Dec;16(6):381–4.
59. Oelsner G. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reproduction.* 2003 Dec 1;18(12):2599–602.
60. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. *JSLs.* 7(4):295–9.
61. de Kroon CD, de Jong LW. [The practice guideline “pelvic inflammatory disease” (first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of gynaecology]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007 Mar 31;151(13):732–4.
62. Kelly AM, Ireland M, Aughey D. Pelvic inflammatory disease in adolescents: high incidence and recurrence rates in an urban teen clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004 Dec;17(6):383–8.
63. Quan M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management. *J Am Board Fam Pract.* 7(2):110–23.
64. Halperin R, Svirsky R, Vaknin Z, Ben-Ami I, Schneider D, Pansky M. Predictors of tuboovarian abscess in acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med.* 2008 Jan;53(1):40–4.

65. Ness RB, Hillier SL, Kip KE, Soper DE, Stamm CA, McGregor JA, et al. Bacterial Vaginosis and Risk of Pelvic Inflammatory Disease. *Obstetrics & Gynecology*. 2004 Oct;104(4):761–9.
66. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Oct;23(5):667–78.
67. WIESENFELD HC, SWEET RL. Progress in the Management of Tuboovarian Abscesses. *Clin Obstet Gynecol*. 1993 Jun;36(2):433–44.
68. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and Reports*. 2021 Jul 23;70(4):1–187.
69. Tokumaru T, Shima Y, Okabayashi T, Hayashi K, Yamamoto Y, Ozaki K, et al. Emergency surgery for tubo-ovarian abscess identified extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli*: the first case presentation revealing causative bacteria. *Surg Case Rep*. 2015 Dec 15;1(1):66.
70. Lim WH, Woods N, Lamaro VP. Trends and outcomes of ruptured ovarian cysts. *Postgrad Med J*. 2022 Jul;98(1161):e9–e9.
71. Gupta N, Dadhwal V, Deka D, Jain SK, Mittal S. Corpus luteum hemorrhage: Rare complication of congenital and acquired coagulation abnormalities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2007 Jun;33(3):376–80.
72. O'Brien PM, DiMichele DM, Walterhouse DO. Management of an Acute Hemorrhagic Ovarian Cyst in a Female Patient with Hemophilia A. *J Pediatr Hematol Oncol*. 1996 May;18(2):233–6.
73. Kim JH, Lee SM, Lee JH, Jo YR, Moon MH, Shin J, et al. Successful Conservative Management of Ruptured Ovarian Cysts with Hemoperitoneum in Healthy Women. *PLoS One*. 2014 Mar 7;9(3):e91171.
74. Vayer JS, Henderson J v, Bellamy RF, Galper AR. Absence of a tachycardic response to shock in penetrating intraperitoneal injury. *Ann Emerg Med*. 1988 Mar;17(3):227–31.

75. Somers MP, Spears M, Maynard AS, Syverud SA. Ruptured heterotopic pregnancy presenting with relative bradycardia in a woman not receiving reproductive assistance. *Ann Emerg Med.* 2004 Mar;43(3):382–5.
76. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Oct;23(5):711–24.
77. Iraha Y, Okada M, Iraha R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, et al. CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies. *RadioGraphics.* 2017 Sep;37(5):1569–86.
78. Raziel A, Ron-El R, Pansky M, Arieli S, Bukovsky I, Caspi E. Current management of ruptured corpus luteum. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1993 Jun;50(1):77–81.
79. Teng SW, Tseng JY, Chang CK, Li CT, Chen YJ, Wang PH. Comparison of Laparoscopy and Laparotomy in Managing Hemodynamically Stable Patients with Ruptured Corpus Luteum with Hemoperitoneum. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003 Nov;10(4):474–7.
80. PAYNE JH, MACLEAN RM, HAMPTON KK, BAXTER AJ, MAKRIS M. Haemoperitoneum associated with ovulation in women with bleeding disorders: the case for conservative management and the role of the contraceptive pill. *Haemophilia.* 2007 Jan;13(1):93–7.
81. TAYOB Y, ADAMS J, JACOBS HS, GUILLEBAUD J. Ultrasound demonstration of increased frequency of functional ovarian cysts in women using progestogen-only oral contraception. *BJOG.* 1985 Oct;92(10):1003–9.
82. Cohen SB, Weisz B, Seidman DS, Mashiach S, Lidor AL, Goldenberg M. Accuracy of the Preoperative Diagnosis in 100 Emergency Laparoscopies Performed Due to Acute Abdomen in Nonpregnant Women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001 Feb;8(1):92–4.
83. Curtis K. Visits to Emergency Departments for Gynecologic Disorders in the United States, 1992–1994. *Obstetrics & Gynecology.* 1998 Jun;91(6):1007–12.

84. MARION LL, MEEKS GR. Ectopic Pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2012 Jun;55(2):376–86.
85. Soper DE. Pelvic Inflammatory Disease. Obstetrics & Gynecology. 2010 Aug;116(2):419–28.
86. Washington AE, Aral SO, Wølner-Hanssen P, Grimes DA, Holmes KK. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. JAMA. 1991 Nov 13;266(18):2581–6.
87. CATES W, ROLFS RT, ARAL SO. SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, PELVIC INFLAMMATORY DISEASE, AND INFERTILITY: AN EPIDEMIOLOGIC UPDATE. Epidemiol Rev. 1990;12(1):199–220.
88. Akkurt MO, Yalcin SE, Akkurt I, Tatar B, Yavuz A, Yalcin Y, et al. The evaluation of risk factors for failed response to conservative treatment in tubo-ovarian abscesses. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015 Nov 26;16(4):226–30.
89. Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. Fertil Steril. 1997 Nov;68(5):765–79.
90. Buchweitz O, Malik E, Kressin P, Meyhoefer-Malik A, Diedrich K. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses. Surg Endosc. 2000 Oct 1;14(10):948–50.
91. Chu K, Zhang Q, Sun N, Ding H, Li W. Conservative laparoscopic management of adnexal torsion based on a 17-year follow-up experience. Journal of International Medical Research. 2018 Apr 27;46(4):1685–9.
92. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2010 May;150(1):8–12.
93. Balci O, Icen MS, Mahmoud AS, Capar M, Colakoglu MC. Management and outcomes of adnexal torsion: a 5-year experience. Arch Gynecol Obstet. 2011 Sep 6;284(3):643–6.

94. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal Torsion and Pulmonary Embolism. Obstet Gynecol Surv. 1999 Sep;54(9):601-8.
95. Celik A, Ergün O, Aldemir H, Ozcan C, Ozok G, Erdener A, et al. Long-term results of conservative management of adnexal torsion in children. J Pediatr Surg. 2005 Apr;40(4):704-8.
96. Committee Opinion No. 590. Obstetrics & Gynecology. 2014 Mar;123(3):722-5.



S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 19.10.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kliniğimizde 5 Yıl İçerisinde Yapılan Jinekolojik Acil Operasyonların Retrospektif Olarak İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)

KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 19.10.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kliniğimizde 5 Yıl İçerisinde Yapılan Jinekolojik Acil Operasyonların Retrospektif Olarak İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Abdulkadir Turgut- Doç. Dr Reyhan Ayaz Bilir- Dr Neslihan Doğan Allak				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐			
		FAZ 2	☐			
		FAZ 3	☐			
		FAZ 4	☐			
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐			
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
		İlaç dışı klinik araştırma	☐			
		Retrospektif	☒			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐		
Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	Dili			
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
Belge Adı			Açıklama			
DEĞERLENDİRİLENDİRİLEN BELGELER	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	Diğer:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/0616	Tarih: 19.10.2022				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					