

Hiperstimülasyon Sendromu Sonrası Nekrotize Torsiyone Over ve Gebelik

Sadık ŞAHİN (*), Recep YILDIZHAN (*), Ertan ADALI (*), Necdet SÜER (*)

SUMMARY

Necrotized Ovarian Torsion Following Hyperstimulation Syndrome and Pregnancy

Ovarian hyperstimulation syndrome is the most significant complication seen in women attending for ovulation induction. The risk of adnexal torsion is increased with severely enlarged ovaries. For these patients, conservative approach is recommended. When the ovaries and adnex are necrotized the only choice is salphingo-oophorectomy. In this case on exploration necrotized over is recognized and salphingo-oophorectomy has been done.

Key words: Hyperstimulation syndrome, torsion of ovary, pregnancy

Anahtar kelimeler: Hiperstimülasyon sendromu, torsiyone over, gebelik

Over hiperstimülasyon sendromu, ovulasyon indüksiyonu uygulanan kadınlarda görülen en önemli komplikasyondur ve ovulasyon indüksiyonu uygulanan siklusların % 4'ünde gözlenir. Hafif olgularda sendrom, overde multiple kistler oluşması neticesinde overin büyümesi, abdominal distansiyon ve kilo alımı ile karakterizedir. Şiddetli olgularda, asit, plöral effüzyon, elektrolit bozuklukları, hipovolemi ile beraber hipotansiyon ve oligüri gözlenir (1-3). Overler multipl folliküler kistler, stromal ödem nedeniyle aşırı miktarda büyür ve bu büyümenin sonucunda adneks torsiyonu bu sendromun sık gözlenen bir komplikasyonudur (4).

OLGU

29 yaşında ve 8 yıllık primer infertil hasta gebelik isteğiyle Mayıs 2002'de kliniğimize başvurdu. Hastanın adetleri düzenli olup yapılan tetkiklerinde; hormon profili normal sınırlarda, 1998'deki histerosalpingografisinde her iki tuba açık, uterin ve tubal patoloji gözlenmemekte ve eşinin Şubat 2002 tarihinde yapılan spermogram sonucunu; volüm 2 ml, konsantrasyon

10 milyon/ml, motilite 60 dakikada % 40 ileri hareketli, morfoloji % 75 normal morfoloji ve lökosit sayısı 1 milyon/ml'den az idi. Hastaya ayrıca Nisan 2002 tarihinde tanısal laparoskopi yapılmış ve laparoskopide geçirilmiş pelvik infeksiyon ve endometriozis saptanmamış, her iki tuba açık olarak gözlenmişti.

Hastaya gonadotropinlerle ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon planlandı. İlk siklusta multipl foliküller saptanması ve estradiol seviyesinin 3600 gelmesi üzerine hCG yapılmayıp hasta ayaktan takibe alındı. Hasta Eylül 2002 tarihinde tekrar ovulasyon indüksiyonu amacıyla kliniğimize yatırıldı ve Humegon 1x2 başlandı, takiplerinde 3 adet 18-20 mm'lik follikül elde edilmesi, estradiol seviyesinin 1280 gelmesi üzerine 10.000 Ü hCG yapıldı ve intrauterin inseminasyon sonrası gebelik oluştu.

İnseminasyondan yaklaşık yedi hafta sonra, Kasım 2002'de hasta karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografide, 9 haftalık gebelik ve sağ overde 90x83 mm ve sol overde 43x0, 28x20, 19x20 mm'lik kistler mevcut olup Douglasta mayi saptanmadı. Hemogram ve biyokimya değerleri normal seyretmesi üzerine hasta taburcu edildi. Aralık 2002'de hasta tekrar şiddetli karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenesinde defans vardı. Doppler ultrasonografisinde 14 haftalık canlı gebelik ve sağ overde 110x90 mm'lik kist mevcut olup, torsiyone over lehine bulgular vardı. Bunun üzerine laparotomi planlandı. Laparotomi esnasında sağ over ve tubaların torsiyone ve nekroze olduğu gözlenmesi üzerine sağ salpingooferektomi yapıldı.

TARTIŞMA

Over hiperstimülasyon sendromunun (OHSS) 2/3'ü gebelik elde edilen sikluslarda gözlenir. OHSS gebelikle beraber oluşmuşsa daha şiddetli ve daha uzun bir seyir takip eder. OHSS, ovulasyonu sağlamak amacıyla hCG yapılmasını takiben yaklaşık bir hafta sonra gelişir ve sendrom yaklaşık bir hafta içinde düzelir. Gebelik olan olgularda sendrom yaklaşık 10-20 günde sonlanır (5). Bizim olgumuzda hCG dozundan yaklaşık 7 hafta sonra OHSS gelişti ve hastaya 14. gebelik haftasında torsiyone over tanısı kondu ve eksplorasyonda nekrotize

olduğu için sağ salpingooferektomi yapıldı. Bu geç başlangıç gösteren ve torsiyone over ile komplike olan bir olgudur.

OHSS, overlerden salgılanan vazoaktif maddelerin artışına bağlı olarak artmış kapiller geçirgenlik sonrası oluşmaktadır. Hafif derecedeki OHSS'da over büyümesi, abdominal distansiyon, kilo alımı gözlenirken şiddetli olgularda intravasküler volümün azalmasına bağlı olarak hemokonsantrasyon, elektrolit bozuklukları, renal yetersizlik ve tromboz gözlenebilir. Azalmış renal perfüzyona bağlı olarak sodyum tutulumu artar ve distal tübüllere geçen sodyum miktarı azalır. Hidrojen ve potasyuma karşılık sodyum değişimi azalır. Bunun neticesinde hiperkalemik asidoz gelişir. Bazı olgularda erişkin solunum yetersizliği sendromu görülebilir bu da % 50 mortalite oranına sahiptir (5).

Hasta aşırı kilo alımı, hemokonsantrasyon, şiddetli ağrı, oligüri, dispne, postural hipotansiyon gösteriyorsa hastaneye yatırılmalıdır. Pelvik muayene over rüptürü ve kanamaya neden olabileceği için yapılmamalıdır. Yatak istirahati, günlük kilo ölçümleri, aldığı çıkardığı takibi, hemogram, üre, kreatinin, elektrolitler, total protein, albumin ölçümleri yapılmalıdır. Plazma genişleticiler ve elektrolit desteği yapılmalıdır (6). Human albumin tercih edilen volüm genişleticidir. Diüretiklerin kullanılması önerilmez. Çok aşırı miktarda hemokonsantrasyon gözleniyorsa, arterial ve venöz tromboz riskine karşı anti-koagulan tedavi başlamalıdır (7-9). Şiddetli olgularda folliküllerin transvajinal aspirasyonu ve mevcut gebelik varsa progesteron desteği gerekir (10).

Over rüptürü ve intraperitoneal kanama her zaman düşünülmelidir. Overlerin aşırı derecede büyümesi sonucu adneks torsiyonu riski artar. Over torsiyonu düşünülen hastalarda Doppler sonografide azalmış akım

gözleniyorsa torsiyon tanısı konabilir. Ovulasyon indüksiyonu sonrası torsiyon düşünülen hastalarda doppler sonografinin duyarlılığı % 75 civarındadır. Bununla beraber, normal akım gözleniyorsa torsiyonu ekarte ettirmez (11). Torsiyon düşünülen hastalarda over koruyucu yaklaşım önerilmektedir. Torsiyone olan over, iske mi bulguları olsa dahi, torsiyon düzeltilerek overler korunup operasyona son verilir (5). Over ve adneksler nekrotize olduğu zaman hastada salpingooferektomi tek seçenektir (11). Bu olguda da eksplorasyon esnasında nekrotize over ve adneksler gözlendiği için salpingooferektomi yapıldı.

KAYNAKLAR

1. Engel T, Jewelewicz R, Dyrenfurth I, Speroff L: Ovarian hyperstimulation syndrome: report of a case with notes on pathogenesis and treatment. Am J Obstet Gynecol 112:1052, 1972.
2. Navot D, Bergh PA, Laufer N: Ovarian hyperstimulation syndrome in novel reproductive technologies: prevention and treatment. Fertil Steril 58:249, 1992.
3. Schenker JG: Prevention and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome. Hum Reprod 8:653, 1993.
4. Mashiach S, Bider D, Moran O, Goldenberg: Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotropin therapy. Fertil Steril 53:76, 1990.
5. Speroff L, Glass RH, Kase NG: The hyperstimulation syndrome. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1114.
6. Rizk B, Aboulghar M: Modern management of ovarian hyperstimulation syndrome. Hum Reprod 6:1082, 1991.
7. Rizk B, Meagher S, Fisher AM: Severe ovarian hyperstimulation syndrome and cerebrovascular accidents. Hum Reprod 5:697, 1990.
8. Fournet N, Surrey E, Kerin J: Internal jugular vein thrombosis after ovulation induction with gonadotropins. Fertil Steril 56:354, 1991.
9. Stewart JA, Hamilton PJ, Murdoch AP: Thromboembolic disease associated with ovarian hyperstimulation and assisted conception techniques. Hum Reprod 12:2167, 1997.
10. Fakh H, Bello S: Ovarian cyst aspiration: a therapeutic approach to ovarian hyperstimulation syndrome. Fertil Steril 58:829, 1992.
11. Bellver J, Escudero E, Pellicer A: Bilateral partial oophorectomy in the management of severe ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): Ovarian mutilating surgery is not an option in the management of severe OHSS. Hum Reprod 18(7):1363-7, 2003.