

Rüptüre Ovarian Gebelik ve Laparoskopik Yönetimi: Olgu Sunumu

Osman Balcı¹, Fedi Ercan¹, Mustafa Cihan Avunduk²

ÖZET:

Rüptüre ovarian gebelik ve laparoskopik yönetimi: Olgu sunumu

Ovarian gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir formu olmasına karşın tubal dışında yerleşen ektopik gebeliklerin içinde en sık görülenidir. Sıklıkla rüptüre tubal ektopik gebelik ya da hemorajik korpus luteum kisti gibi yanlış ön tanımlar ile hasta ameliyata alınır. Yüksek rezolüsyonlu transvajinal ultrasonografi ektopik gebelik tanısı için kıymetli bir tanı aracı olmakla beraber ovarian gebelik teşhisi jinekologlar için sorun olmaya devam etmektedir. Kesin tanı ameliyat sırasında konur ve histopatolojik olarak teyit edilir. Burada laparoskopik olarak yönetilen ve tanısı ameliyat sırasında bulguları ile histopatolojik olarak teyit edilen ovarian gebelik vakası sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ovarian gebelik, ektopik gebelik, laparoskopi

ABSTRACT:

Ruptured ovarian pregnancy and its laparoscopic management: Case report

Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy but it is the most common type of nontubal ectopic pregnancy. Many times it is operated with a misdiagnosis of ruptured tubal ectopic pregnancy or hemorrhagic corpus luteum. The high-resolution transvaginal ultrasonography is a valuable tool for diagnosis of ectopic pregnancy but ovarian pregnancy still remains a diagnostic problem and a continuous challenge to the gynecologist. The correct diagnosis is made at the time of surgery and confirmation is by histopathological report. The case here presented was managed laparoscopically, and the diagnosis was based on surgical and histopathological findings.

Keywords: Ovarian pregnancy, ectopic pregnancy, laparoscopy

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2016;50(4):334-7



¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya - Türkiye
²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Klinik Patoloji Anabilim Dalı, Konya - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Fedi Ercan,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya - Türkiye

E-posta / E-mail:
fediercan@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
12 Ekim 2015 / October 12, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
23 Kasım 2015 / November 23, 2015

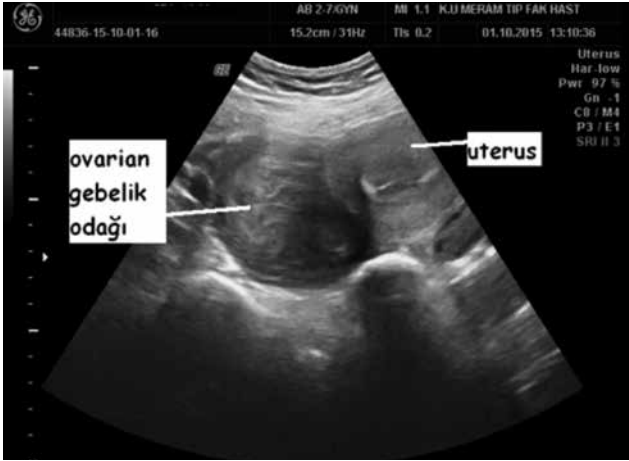
GİRİŞ

Ovarian gebelik, ektopik gebeliğin nadir şekillerinden biridir. Doğal yollar ile gerçekleşen her 7000-16.000 konseptusta bir ovarian gebelik oluşmakta ve bu tüm ektopik gebelik olgularının %1-3 kadarına denk gelmektedir (1). Yardımcı üreme tekniklerinin uygulanması her ne kadar görülme sıklığını artırmış olsa da, hala ender bir durumdur. Etiyopatogenezinde ovumun folikül içinde fertilize olması veya fertilize ovumun tuba yolu ile over yüzeyine gelerek over stroması içine implante olması rol oynamaktadır (2). Burada batın içi kanama ve rüptüre ektopik gebelik tanısı ile konservatif laparoskopik cerrahi uygulanan ovarian gebelik olgusunun ameliyat öncesi ultrason

bulguları, ameliyat sırasındaki görüntüleri ve ameliyat sonrası histopatolojik preparatları sunulmuştur.

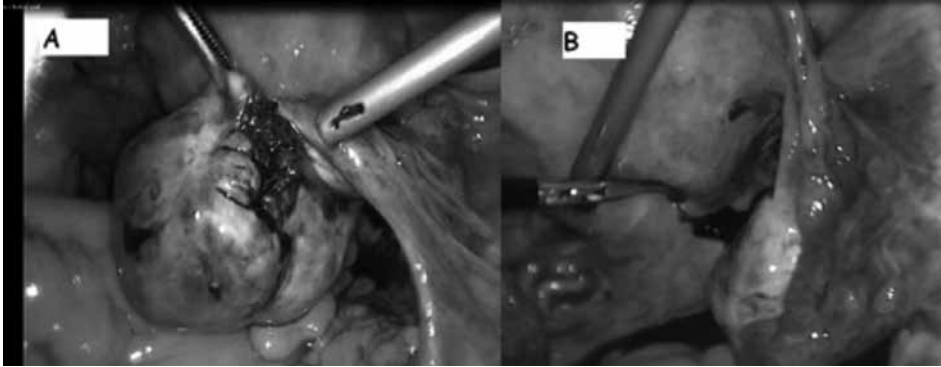
OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında, 9 yıllık evli gravida 3, yaşayan 2 çocuğu olan hasta, adet rötarı, şiddetli kasık ağrısı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Menstrüel periyotları düzenli olan ve yaklaşık 10 gün kadar adet rötarı tanımlayan hastanın yapılan muayenesinde nabız 106 atım/dakika, tansiyon arteriyel 80/50 mm Hg olup batın muayenesinde rebound ve defans hassasiyet izlenmekteydi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 8.9 g/dl, hematokrit %27.7, β-hCG ölçümü 503.3 mIU/ml idi. Yapılan transvajinal ultra-

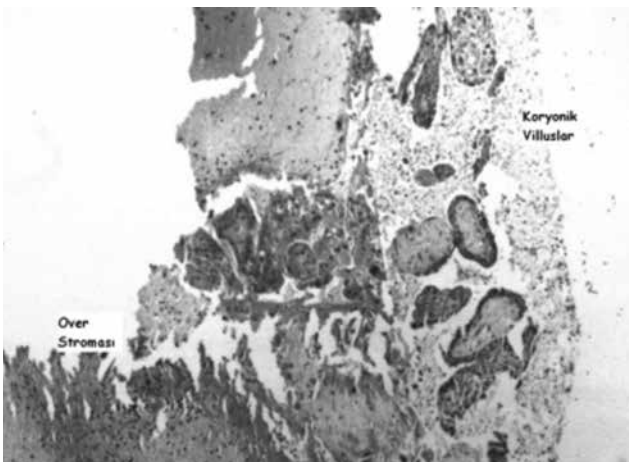


Resim-1: Transvajinal ultrasonda ovarian gebelik odağı

son incelmesinde intrauterin gebelik izlenmemekte ve endometrium kalınlığı 11 mm olarak görülmekteydi. Douglasta, uterus önünde ve her iki adneksiyal alanda yaygın serbest sıvı izlenen hastanın sağ adneksiyal bölgesinde over ile sınırı net olarak belirlenemeyen yaklaşık 46x51 mm boyutlarında heterojen kitle tespit edildi (Resim-1). Bu kitlenin renkli Doppler incelemesi oldukça yoğun damarlanma gösteriyordu. Net bir ateş halkası (ring of fair) görünümü yoktu. Hastaya rüptüre ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopi yapıldı. Cerrahi gözlemede batında yaklaşık olarak 2000 ml serbest defibrine kan olduğu gözlemlendi. Aspire edilen kan sonrası uterus ve adneksler visualize edildiğinde her iki tuba uterinanın normal



Resim-2: Laparoskopi sırasında alınan görüntüde sağ over içinde 5x4 cm boyutlarında kanamalı ovarian gebelik kitlesi (A) ve komşuluğundaki intakt sağ tuba uterina (B).



Resim-3: Histopatolojik incelemede görülen Hematoksilen- Eozin boyama ile 4x büyütmede villöz yapı ve komşuluğundaki over stroması

olduğu görüldü. Sağ over kaynaklı olarak 5x4 cm boyutlarında over içine yerleşik ektopik gebelik olabilecek ovarian kitle görüldü. Sol over normal görünümdeydi. Sağ ovarian gebelik olabilecek kanamalı kitle laparoskopik olarak rezeke edildi. Kalan over dokusunun hemostazı sağlandıktan sonra rezeke edilen doku patolojiye yollandı. Hastaya ameliyat esnasında verilen 2 ünite eritrosit süspansiyonu sonrası hemoglobin 10.2 gr/dl ve hematokrit %29.9 olarak geldi. Vital bulguları normal seyreden hasta serviste 2 gün takip edildi. Ameliyattan 48 saat sonra yapılan β -hCG ölçümü 136.5 mIU/ml gelen hasta ameliyat sonrası 2. günde taburcu edildi.

Ameliyattan 2 hafta sonraki β -hCG değeri <1.20 mIU/ml olarak gelen hastanın histopatolojik incelemesi fibroblastik hücre toplulukları içinde

koryonik villuslar olarak raporlanmış ve ovarian gebelik tanısı desteklenmiştir (Resim-3). Endometrial örnekleme de ise desidualize endometrium görülmüştür.

TARTIŞMA

Ovarian gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir formudur. Genel olarak ovarian gebelik, ovumun over içinde fertilize olması ya da fertilize ovumun sekonder olarak overe implante olması sonucu gelişir. Ovarian ektopik gebelik gelişimi için klasik risk faktörleri dışında, intrauterin araç kullanımı daha fazla öne çıkmaktadır. Diğer ilişkili risk faktörleri yardımcı üreme teknolojisi kullanımı, endometriozis ve pelvik enflamatuvar hastalık öyküsü olmasıdır (2). Bu vaka da anılan bu risk faktörlerinden hiçbirinin izlenmediği spontan bir gebelik söz konusudur.

Yaygın klinik semptom karın ağrısı ve lekelenme şeklindeki vajinal kanamadır. Erken kantitatif serum β -hCG ölçümleri ve pelvik ultrasonografinin kullanımı ektopik gebelik tanısı koyma kabiliyetimizi artırmış olsa da, ovarian gebelik tanısını ameliyat öncesinde koymak hala zordur. Hem ultrasonografi hem de cerrahi sırasında ektopik gebelik ile karışabilecek klinik durumlar, korpus luteum ve korpus hemorajikum kistleridir (3). Bizim vakamızda da tanı ameliyat öncesi ektopik gebelik olmasına rağmen, ektopik gebeliğin overde lokalize olduğu ameliyat sırasında anlaşılabilmiştir. Ameliyatta sağ over kanamalı, rüptüre görünümdeydi, bilateral tuba uterinalar ve karşı over ise tamamen normal izleniyordu. Rezeke edilen ovarian gebelik odağının histopatolojisi ovarian gebeliği teyit etmiştir. Spigelberg (1878), primer ovarian ektopik gebeliği, distal tubal ektopik gebelik ve sekonder ovarian ektopik gebelikten ayırmak için 4 kriter belirlemiştir (4). Ancak histopatolojik olarak bu tanı anlamlı miktarda sağlam over dokusunu da içine alacak şekilde geniş rezeksiyon yapılan ya da oofor-

rektomi uygulanan hastalarda mümkündür. Bizim vakamızda klasik Spigelberg kriterlerini tespit etmek mümkün olmamış, histopatolojik olarak yapılan incelemede villusların komşuluğunda over stroması ile uyumlu bir alan fotoğraflanmıştır. Bu nedenle bizim vakamızda ovarian gebeliğin primer ve sekonder ovarian gebelik ayırımını yapmak mümkün olmamıştır.

Yardımcı üreme teknikleri sonrası gelişen ovarian ektopik gebelikler ise, embriyonun overe sekonder olarak implante olması sonucu gelişir. Bu şekilde gerçekleşen implantasyonun nedeni, embriyo transferinin ultrason kılavuzluğunda yapılmaması, uterin kavitenin derinine yapılması (5), büyük hacimli kültür mediyumunun transferi (6) ya da her üçü birden olabilir.

Erken tanı alan ovarian gebelik olgularında ilk planda yapılacak tedavi gelecekteki fertilité arzusunu da düşünerek konservatif cerrahi yaklaşım şeklinde olmalıdır. Ovarian gebelikler için metotreksat gibi medikal tedavi yaklaşımları ancak cerrahi sonrası persiste eden trofoblastik doku varlığında düşünülmelidir. Ancak overi geniş ölçüde tahrip etmiş daha büyük ovarian ektopik gebelik olgularında kanama kontrolü sağlayabilmek için konservatif cerrahi yerine ooforektomi de gerekebilmektedir. Bu hastada ciddi intraabdominal kanama olmasına rağmen laparoskopik yöntemle overdeki ektopik gebelik odağı tam olarak çıkarılabilmiş ve hem aynı taraf tuba uterina, hem de ciddi miktarda rezidüel over dokusu korunabilmiştir.

Ovarian gebelik, ektopik gebeliklerin nadir bir formu olmasına rağmen tanısı tubal ektopik gebeliklere göre ilerideki fertilité kapasitesini daha olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle ovarian gebeliklerin tanısı ve overin konservatif cerrahi yaklaşım ile korunması önemlidir. Kanama olması vital bulgular stabil olduğu sürece bu hastalarda laparoskopi için kontrendikasyon sayılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Marcus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil Steril* 1993; 60: 167-9. [CrossRef]
2. Kraemer B, Kraemer E, Guengoer E, Juhasz-Boess I, Solomayer EF, Wallwiener D, Rajab TK. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. *Fertil Steril* 2009; 92: 392. [CrossRef]

3. Stein MW, Ricci ZJ, Novak L, Roberts JH, Koenigsberg M. Sonographic comparison of the tubal ring of ectopic pregnancy with the corpus luteum. *J Ultrasound Med* 2004; 23: 57-62.
4. Spiegelberg O. Zur kasuistik der ovarialschwangerschaft. *Arch Gynaecol* 1878; 13: 73-9. **[CrossRef]**
5. Pope CS, Cook EK, Arny M, Novak A, Grow DR. Influence of embryo transfer depth on in vitro fertilization and embryo transfer outcomes. *Fertil Steril* 2004; 81: 51-8. **[CrossRef]**
6. Zouves C, Erenus M, Gomel V. Tubal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: a role for proximal occlusion or salpingectomy after failed distal tubal surgery? *Fertil Steril* 1991; 56: 691-5. **[CrossRef]**