

İNTRAUTERİN İNSEMINASYON SONRASI OVARYAN GEBELİK: OLGU SUNUMU

Ahmet Barış GÜZEL, İbrahim Ferhat ÜRÜNSAK, Selim BÜYÜKKURT, Yılmaz ATAY, Ümran Küçüköz GÜLEÇ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

ÖZET

Ektopik gebelik fertilize ovumun endometrium dışında herhangi bir yere implante olmasıdır. En sık lokalizasyon fallop tüpünde ve özellikle de ampuller segmentte lokalize olursa da, bir çok yerde lokalizasyonu söz konusudur. Nadir olarak görülen ovarian ektopik gebelik, tüm ektopik gebeliklerin %1-3'ünü oluşturmaktadır. İnsidans 1/7000 ile 1/60000 arasında değişmektedir.

İntrauterin inseminasyon(IUI) yapılan olgumuzda, takiplerinde sağ overde gebelik tesbit edildi. Hastaya laparoskopi yapılarak gebelik kesesi, over korunarak çıkarıldı.

Anahtar kelimeler: IUI, ovarian ektopik gebelik

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2009; Cilt: 6 Sayı: 2 Sayfa: 216- 9

SUMMARY

OVARIAN PREGNANCY AFTER INTRAUTERINE INSEMINATION: A CASE REPORT

Ectopic pregnancy is defined as implantation of a fertilized ovum in an area other than endometrial lining of uterus. The most common localization for ectopic pregnancy is the ampuller portion of the tuba uterina, but it can be to exist anywhere in the intraabdominal space. Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy and represents 1-3% of all the ectopic pregnancies. The incidence is 1 per 7000 to 1 per 60,000 deliveries

Pregnancy was determined at the right ovary after intrauterine insemination(IUI). Laparoscopy performed and ectopic ovarian pregnancy was removed by protecting the ovary.

Key words: IUI, ovarian ectopic pregnancy

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2009; Vol: 6 Issue: 2 Pages: 216- 9

GİRİŞ

Ektopik gebelik, fertilize ovumun uterus endometrial yüzey dışında herhangi bir yere implante olması olarak tanımlanır. En sık implantasyon yeri tubanın ampuller kısmı olsa da, batin içi herhangi bir alana implantasyon görülebilir⁽¹⁾.

Ovaryan gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir formudur ve tüm ektopik gebeliklerin %1-3'ünü oluşturmaktadır⁽²⁾. İnsidansı 1/7000 ile 1/60000 doğum olarak görülmektedir⁽³⁾.

Ovaryan ektopik gebelik ile ilişkili olarak geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık (PID), rahim içi araç kullanımı (RİA), sadece progesteron içeren mini haplar kullanımı gibi bir çok ilişkili risk faktörleri tanımlanmıştır.

OLGU SUNUMU

27 yaşında, iki yıllık evli, 2 yıldır korunmasız ilişkiye rağmen gebeliği olmayan olgu primer infertilite tanısı ile klinikte takibe alındı. Öyküde menstrüel periyodların düzenli olduğu, çekilen histerosalpingografide uterus kavite normal olarak değerlendirildi ve bilateral tubalar doğal ve geçiş izlendi. Bazal östrodiol seviyesi, FSH, ve LH seviyeleri sırasıyla 49 pg/ml, 7.4 mIU/ml, 6.3 mIU/ml olarak ölçüldü. Eşinin spermogramında; sperm konsantrasyonu 68 000 000/ml ve %76' sı motildi. Progresiv motil sperm oranı %52 ve spermelerin %7'si Kruger kriterlerine göre normal morfolojiye sahipti. Olguda ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon planlandı.

Adetin 3. günü yapılan transvaginal ultrasonografide, uterus normal olarak değerlendirildi ve her overde 2 antral folikül izlendi. Olguya adetin 3. günü itibari ile günlük 100 IU rFSH injeksiyonu başlandı.

10. günde yapılan USG'de sağ overde 10mm, 16mm ve 18mm olarak 3 folikül ve sol overde 13 mm 1 adet folikül saptandı. Aynı gün östrodiol seviyesi 278 pg/ml olarak ölçüldü. 11. günde human koryonik gonodotropin (HCG) verilmesinden 36 saat sonra Wallace kateter yardımı ile intrauterin inseminasyon (IUI) gerçekleştirildi. Spermier swim-up methodu ile hazırlandı.

IUI prosedüründen 14 gün sonra yapılan değerlendirmede β CG seviyesi 346 mIU/ml olarak geldi. Gebeliğin saptanmasından 20 gün sonra olgu pelvik ağrı ile kliniğe başvurdu. Yapılan ultrasonografide uterus kavite boş ve sağ overde kapsüle 25x28 milimetre ebatlarında

kitle tespit edildi (Resim 1). Yapılan pelvik muayenede sağ adneksal alanda hassasiyet ve sonografik incelemede kitle etrafında vaskülarizasyon ve sıvı birikimi izlendi (Resim 2).



Resim 1: Boş uterus kavite ve sağ overde 25x28 mm boyutlarında kapsüle kitle.



Resim 2: Sağ overde kitle etrafında damarlanma ve sıvı koleksiyonu.

Tanı sonrasında olguya laparoskopik yaklaşım planlandı. Laparoskopide sağ overde ektopik gebelik tespit edildi ve overden ekstirpe edildi (Şekil 3). Kanama kontrolünü takiben operasyon tamamlandı.



Resim 3: Unruptüre sağ ovaryan ektopik gebelik.

Ekstirpasyon sonrası patolojik inceleme için alınan spesimende, hemorajik korpus luteum kisti ve koryonik

villuslar raporu edildi. Operasyon sonrası olgu 1. günde taburcu edildi. Hastadan olguyla ilgili data ve fotoğrafların olgu sunumu için yayımlanması için izin alındı.

TARTIŞMA

Ovaryan gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir formudur ve tüm ektopik gebeliklerin %1-3'ünü oluşturmaktadır⁽²⁾. İnsidansı 1/7000 ile 1/60000 doğum olarak görülmektedir⁽³⁾.

Ovaryan ektopik gebelik ile ilişkili olarak öyküsünde pelvik inflmatuar hastalık (PID), rahim içi araç kullanımı (RİA), sadece progesteron içeren mini haplar kullanımı gibi bir çok ilişkili risk faktörleri tanımlansa da olgumuzda bu risk faktörlerinin hiç biri saptanmamıştır.

1878 yılında Spiegelberg tarafında ovaryen gebelik kriterleri tanımlanmıştır. Spiegelberg primer ovaryen ektopik gebelik tanısında aşağıdaki 4 patolojik kriteri tanımlamıştır^(4,5):

- * Overden ayrı duracak şekilde ve intakt fallop tübü
 - * Overin normal pozisyonuna uygun gestasyonel kese varlığı
 - * Ovaryen ligament ile uterusu bağlı gestasyonel kese varlığı
 - * Gestasyonel kese duvarında ovaryan dokunun tespiti.
- Olgumuzda tüm Spiegelberg kriterleri tespit edilmiştir.

De Seta ve ark⁽⁶⁾, Sachdev PS ve ark⁽⁷⁾ ve Field SM ve Faraj R⁽⁸⁾ 2001, 2003 ve 2005 yıllarında ovaryan gebelik olgularını yayınladı. Olgulardan hiçbiri infertil değildi ve tüm olgularda RİA kullanım öyküsü mevcut idi. Primer infertil olan, ovulasyon indüksiyonu ve IUI yapılan, ovaryan ektopik gebelik gelişen olgumuzda RİA kullanımı, PID ve pelvik cerrahi öyküsü tanımlanmamıştır.

Atabekoğlu ve ark. intrastoplazmik sperm injeksiyonu ve embriyo transferi sonrası gelişen ovaryan ektopik gebeliği yayınlamışlardır⁽⁹⁾. Olguda, ektopik gebelik nedenini, embriyolardan birinin fallop tüplerine doğru reverse migrasyonu ve overe implantasyonu olarak açıklamışlardır. Olgumuzda ise ektopik gebelik nedeni tam olarak bilememekteyiz.

Oldukça ilginç olarak Dane B ve ark. 32 haftalık canlı doğumla sonuçlanan ovaryan ektopik gebelik olgusunu yayınlamışlardır⁽¹⁰⁾.

1990'lardan günümüze operatif laparoskopinin

gelişmesi ile, spesifik sonografik özelliklerin varlığı ile erken dönemde tanısı konulan intakt ovaryan ektopik gebeliklerde laparoskopik cerrahi önemli bir tedavi seçeneği olmuştur⁽¹¹⁾.

Diğer bir tedavi seçeneği ise; adneksial kitle ve hassasiyeti olmayan olgularda sistemik methotrexate tedavisidir. Chelmow ve ark. rüptüre ovaryan ektopik gebelikte geride kalan trofoblastik dokunun tedavisinde ilk olarak methotrexate kullanmıştır⁽¹²⁾. Sonrasında Habbu methotrexat ile başarılı bir şekilde tedavi edilen ovaryan ektopik gebelik olgusunu yayınlamıştır⁽¹³⁾. Kıran ve ark. olgu sunumlarında ovaryan gebeliklerde sistemik medikal tedaviyi yayınlamıştır⁽¹⁴⁾. Olgumuzda vital bulgular normal olmasına karşın, sağ pelvik alanda hassasiyet nedeni ile laparoskopik cerrahi gerçekleştirilmek zorunda kalındı.

Sonuç olarak, ovaryan gebelik, ektopik gebeliğin oldukça nadir görülen bir varyantıdır ve ciddi komplikasyonlardan korunmak için erken tanı önem taşımaktadır. Uterin kavitede gebelik saptanmayan olgularda ektopik gebelik açısından değerlendirme yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Ectopic pregnancy. Williams Obstetrics (20 ed) New Jersey, Prentice-Hall International Inc, 1997: 607- 34.
2. Adeniran A, Stanek J. Ovarian pregnancy. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 2003;127:1635- 6.
3. Gaudoin MR, Coulter KL, Robins AM, et al. 1996. Is the incidence of ovarian ectopic pregnancy increasing? European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology 70:141- 3.
4. Usifo, F. Dr, Thamban, S., Opemuyi, I. O. and Sahoo, S. 'Ovarian ectopic pregnancy', Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2005; 25: 5: 526- 8.
5. Spiegelberg. 1878. Zur casuistic der ovarialschwangerschaft. Archives Gynaecology 13: 73- 7.
6. De Seta F, Baraggino E, Strazzanti C, De Santo D, Trazancan G, Guaschino S. Ovarian pregnancy:A case report. Acta Obstet Gynecol Scand 2001: 80(7); 661- 2.
7. Sachdev PS, Memon RA, Jatoi N, Sachdev CS. Ectopic ovarian pregnancy. J Coll Physicians Surg Pak 2003: 13(4); 229- 30.
8. Field SM, Faraj R. Ovarian pregnancy in the wall of corpus luteum. J Obstet Gynaecol 2005: 25(6); 615- 6.
9. Atabekoglu C, Berker B, Dunder I. Ovarian ectopic pregnancy

- after intracytoplasmic sperm injection European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 112 (2004) 104- 6.
10. Dane B, Dane C, Yayla M et all. Canlı doğumla sonuçlanan over gebeliği. Perinatoloji dergisi 2005; 13(2); 1- 4.
 11. C.-S. Shiau, C.-L. Hsieh, M.-Y. Chang Primary ovarian pregnancy International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007; 96: 127- 30.
 12. Chelmow D, Gates E, Penzias AS. Laparoscopic diagnosis and methotrexate treatment of an ovarian pregnancy: a case report. Fertil Steril. 1994 Oct; 62(4): 879- 81.
 13. Habbu, J. and Read, M. D., (2006) 'Ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate', Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2006; 26: 6: 587- 8.
 14. Kiran G et al. Systemic medical management of ovarian Pregnancy. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005; 91: 177- 8.