

OVARYEN EKTOPIK GEBELİĞİN LAPAROSKOPİK YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Polat DURSUN, Serdar KAYA, Eralp BAŞER, Göğşen ÖNALAN, Hulusi B. ZEYNELOĞLU

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Hastanemize adet rötari ve akut başlangıçlı kasık ağrısı şikayeti ile başvuran multipar hastanın transvajinal ultrasonografide (TVUSG) unilateral adneksiyal kistik kitlesi, batın içinde serbest sıvı görünümü ve serum B-hCG yüksekliği mevcuttu. Ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopi uygulandı. Sağ overden kaynaklanan hemorajik, rüptüre kistik kitle, over dokusunun maksimum düzeyde korunması hedeflenerek eksize edildi. Patolojik inceleme ovaryen ektopik gebelik olarak raporlandı. Ovaryen ektopik gebelik olgularında konservatif laparoskopik yaklaşım, gelecekteki reproduktif fonksiyonların korunması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: laparoskopik konservatif yönetim, ovaryen ektopik gebelik

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 4 Sayfa: 283- 5

SUMMARY

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF OVARIAN ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

A multiparous patient with acute pelvic pain admitted to our hospital. She had a history of irregular menstruation periods and an intrauterine device (IUD) usage. There was an increase in the serum B-hCG levels. The transvaginal ultrasonographic findings were unilateral adnexial mass and intraabdominal free fluid.

Urgently laparoscopic management was planned. In the operation a haemorrhagic ruptured cystic mass from the right ovary, which was thought to be an ovarian ectopic pregnancy was seen and it was excised. Than we confirmed the diagnosis by the histological examination.

In conclusioni, laparoscopic resection of the ovarian ectopic pregnancy is the most suitable conservative management to protect the surrounding ovarian tissue and the future reproductive functions.

Keywords: laparoscopic conservative management, ovarian ectopic pregnancy

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 4 Pages: 283- 5

GİRİŞ

Tüm gebeliklerin 1/7000'i ve tüm ektopik gebeliklerin 0,5-3%'ünü oluşturan ovaryen ektopik gebelik (OEG) çok nadir görülür⁽¹⁻³⁾. Preoperatif tanı konulması zordur. Görüntüleme yöntemleriyle adneksiyal kitle ve hemoperitoneum bulunması başta rüptüre tubal ektopik gebeliği düşündürür. Fakat over kisti

yada korpus luteum rüptürü de benzer görüntü verebilir. Laparoskopi sırasında da kanamalı bir over kisti veya korpus luteum ile karışabilir.

Spielberg kriterleri'ne⁽⁴⁾ göre, serum B-hCG yüksekliği, TVUSG'de endometrial kavitede gestasyonel kese olmayışı, histolojik spesmeninde koryon villus yapılarının görülmesi ve tedavi sonrasında serum B-hCG değerlerinin normale dönmesi ile ovaryen

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Polat Dursun, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Tel.: (0532) 384 51 58

e-mail: pdursun@yahoo.com

Alındığı tarih: 25.06.2008, revizyon sonrası alınma: 24.10.2010, kabul tarihi: 09.03.2011, online yayın tarihi: 01.04.2011

ektopik gebelik tanısı konulmuş olur.

Bu olguda; over kaynaklı bir ektopik gebelik vakasının laparoskopik yöntemle teşhis ve konservatif tedavisi sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

36 yaşında adet düzensizliği de olan multipar hasta, 2 gündür devam eden sağ alt kadran ve suprapubik bölgeye lokalize şiddetli kasık ağrısı ile merkezimize başvurdu. Vajinal kanaması yoktu. Fizik muayenesinde rebound ve pelvik muayenesinde servikal hassasiyeti vardı. Adneksiyal her hangi bir kitle palpe edilmedi. Özgeçmişinde 3 yıldır RİA kullanımı hikayesi vardı; pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) veya başka bir ektopik gebelik öyküsü yoktu. Laboratuvar değerleri B-hCG: 3035 mIU/ml, Hb:10,4gr/dl, Wbc:11.600/ml idi. TVUSG'de sağ overde 20 mm çaplı, hiperekojen, hemorojik görünümlü, santralinde kistik komponenti bulunan lezyon mevcuttu. Endometrial kavitede RİA saptandı; Gestasyonel kese izlenmedi. İntraabdominal orta derecede serbest sıvı izlendi. Ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopi planlandı.

Laparoskopik gözlemde batında yaklaşık 1000 ml hemorajik mayi mevcuttu. Sağ overden kaynaklanan yaklaşık 3 cm rüptüre kistik kitle izlendi. Bilateral tubalar ve uterus normaldi. Sağ overdeki kitle iğne uçlu monopolar koter yardımıyla çevre over dokusuna zarar verilmeden eksize edildi ve patolojik incelemeye gönderildi. Postoperatif dönemde komplikasyon olmadı. B-HCG değerleri düşüşe geçerek sıfırlandı. Patoloji sonucu overyen ektopik gebelik olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Tüm gebeliklerin 1/7000'i ve tüm ektopik gebeliklerin 0,5-3%'sini oluşturan overyen ektopik gebelikler çok nadir görülür⁽¹⁻³⁾. Sağ-sol overlerde görülme oranları eşittir⁽⁵⁾. Erken overyen ektopik gebelikler kanamalı bir over kisti, luteinize kistlerle veya korpus luteum ile karıştırılarak, yanlış tanı alabilirler^(1,2,6). Tubal ektopik gebeliklere göre daha geç prezente olabilirler. Genellikle 1.trimester sonunda rüptüre olurlar^(6,7). Ovaryen vaskülaritenin fazla olması nedeniyle hemoperitoneum, dolaşım kollapsı görülebilir. Literatürde çok nadir olarak 2.trimester⁽⁷⁾ ve term⁽⁶⁾ olgular bildirilmiştir.

Ovaryen ektopik gebelik tanısının preoperatif konulması zordur. Görüntüleme yöntemleriyle adneksiyal kitle ve hemoperitoneum bulunması başta rüptüre tubal ektopik gebeliği düşündürür. Fakat over kisti yada korpus luteum rüptürü de benzer görüntü verebilir⁽⁸⁾. 1978 Spielberg kriterlerine⁽⁴⁾ göre 4 diagnostik kriter belirtilmiştir: (a) etkilenmiş taraftaki fallop tüpü intakt olmalı; (b) Gestasyonel kese kesinlikle overin normal pozisyonunda bulunmalı; (c) over, ligamentum ovarii proprium ile uterusla bağlantılı olmalı; (d) kese duvarında overyen dokular lokalize olmalı. Bizim vakamız da Spielberg kriterlerinin hepsine uymaktadır.

Bu kriterler ve bunlara ek; serum B-hCG yüksekliği, TVUSG'de endometrial kavitede gestasyonel kese olmayışı, cerrahi eksplorasyonla overyen bir kistik yapının (OEG odağının) görülüp; bilateral tubal patoloji izlenmemesi, buradan alınan histolojik spesmeninde koryon villus yapılarının görülmesi ve tedavi sonrasında serum B-hCG değerlerinin normale dönmesi bulguları ile vakanın overyen ektopik gebelik olduğu konfirme edilmiş olur⁽⁶⁾. Tam amaçlı kuldosentez artık gereksiz bir uygulama haline gelmiştir⁽⁵⁾.

1971-2000 arası yapılan bir çalışmada 133.302 doğuma karşılık 1281 ektopik gebelik; bunlardan 37'si overyen ektopik gebelik, % 65 (29/37) RİA kullanımı ve %89(33/37) multiparite bildirilmiştir⁽⁵⁾. Bir başka 10 yıllık çalışmada 1679 ektopik gebelikten, 54 overyen ektopik gebelik, %43(23/54) RİA kullanımı ve %81(43/54) multiparite bildirilmiştir⁽⁹⁾.

İstatistiksel hesaplamalara göre RİA intrauterin implantasyonu %99,5 ve tubal implantasyonu da %95 oranlarında azaltılmaktadır; ancak overyen ektopik gebeliğe karşı koruyucu etki gösterilememiştir.

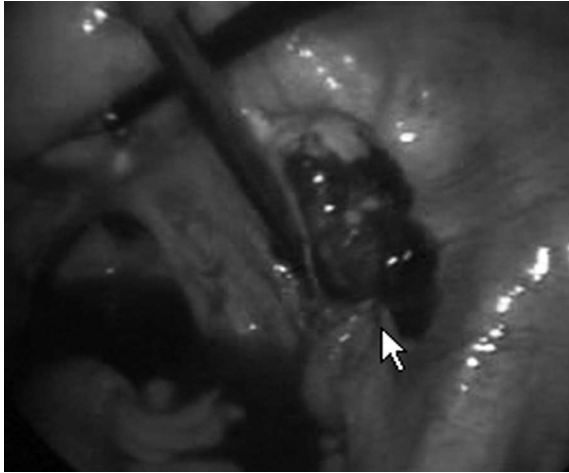
Ovaryen ektopik gebelikleri de içeren distal ektopik gebeliklerde, RİA kullanımının sık olması günümüzde bulunan tek risk faktörüdür^(3,9). Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH), pelvik cerrahi ve infertilite tedavisinin de⁽³⁾ predispozan faktör olabileceği düşünülmektedir⁽¹⁾. Tubal gebelik için olan risk faktörleri OEG insidansı ile uyusmamaktadır. OEG daha ziyade multiparite ve RİA kullanımı ile ilişkili daha nadir vakalardan oluşmaktadır^(5,7). Patofizyolojik mekanizmaları henüz net olmamakla⁽³⁾ beraber günümüzde OEG için bazı olası etyolojileri şöyledir: (i) rüptüre folikülden ovumun salınımının inflamasyona (PİH, periooforit, endometriozis) veya düşük intrafoliküler basınca bağlı engellenmesi; (ii) idiyopatik yada inflamasyona sekonder tubaların fonksiyon kaybı (inefektif siller hareketler,

peristaltik fonksiyon bozukluğu); (iii) parthenogenezis; (iv) prostaglandin kullanımı^(4,5).

Ovumun ya overin içinde fertilize olması⁽¹⁾ yada fertilize ovumun overe migrasyonu ardından overe implante olması ile overyen ektopik gebeliğe gidis gerçekleşir^(1,4). Bizim vakamız da multipar hasta idi ve RİA kullanımı mevcuttu. PİH, pelvik cerrahi, infertilite tedavisi ve prostoglandin kullanımı öyküsü yoktu.

OEG teşhisi zordur ve ancak cerrahi sonrası histoloji ile tanı konabilir. Tedavisinde ise cerrahi birinci seçenektir. Geleneksel tedavi yöntemleri laparotomi ve ooferektomileri içermekteyken; OEG'yi çevreleyen over dokusunun maksimum korunmasına yönelik laparoskopik wedge rezeksiyon günümüzde en uygun konservatif yaklaşımdır^(1,5).

Medikal tedavi, ancak yapılan cerrahi inkompletse⁽¹⁾, trofoblast persistansı varsa⁽¹⁾ ve B-hCG düzeyleri <5000 mIU/ml olan vakalarda^(10,11) bir ikinci seçenektir. Az sayıdaki olgularda başlıca metotreksat olmak üzere prostaglandin F2, prostaglandin E2, prostaglandin F2a + estrogen ve prostaglandin F2a + mifepristone (RU 486) kullanılmıştır.



Resim 1: Sağ ovarian ektopik gebelik.



Resim 2: Laparoskopik eksizyon sonrası görünüm.

Minimal invazif bir yaklaşım olan konservatif laparoskopik sağaltım OEG tedavisinde basit ve güvenli bir yoldur. Laparotomiye göre daha az kan kaybı, daha hızlı iyileşme ve daha kısa hastanede kalış söz konusudur. Daha az postoperatif adezyonlar ve minimal doku-over hasarı; gelecekteki reproduktif fonksiyonların korunması açısından da çok önemlidir^(1,2). Sonuç olarak laparoskopik OEG yönetiminde hem tanı hem de tedavi özelliği taşır ve altın standarttır^(1,7).

KAYNAKLAR

1. Atabekoglu CS, Berker B, Dunder I, Case report Ovarian ectopic pregnancy after intracytoplasmic sperm injection, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2004; 112: 104- 6.
2. Guirguis RS, Case Report Laparoscopic treatment of ovarian ectopic pregnancy Gynaecological Endoscopy 2000; 9: 129-31.
3. Dursun P, Gultekin M, Zeyneloglu HB, Case report, Ovarian ectopic pregnancy after ICSI-ET: a case report and literature review, Arch Gynecol Obstet, 2008; 278: 191- 3.
4. Itoh H, Ishihara A, Koita H, Hatakeyama K, Seguchi T, Akiyama Y, Kataoka H, Case Report Ovarian pregnancy: Report of four cases and review of the literature, Pathology International 2003; 53: 806- 9.
5. Razieli A, Mordechai E, Schachter M, Friedler S, Pansky M, Ron-El R, A Comparison of the Incidence, Presentation, and Management of Ovarian Pregnancies between Two Periods of Time, J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11(2): 191- 4.
6. Sehgal A, Goyal LD, Goel P and Suinata BS, Full term ovarian pregnancy: A case report, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 45: 165- 6.
7. Kevin J. Corrigan DO, Daniel R. Kowalzyk DO, Case Report, Ectopic ovarian pregnancy in a second-trimester patient American Journal of Emergency Medicine 2007; 25: 1085.e3- 1085.e4.
8. Tan PL, Ridley LJ, Incidental heterotopic pregnancy demonstrated on magnetic resonance imaging, Australasian Radiology 2005; 49: 75- 8.
9. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al: Sites of ectopic pregnancy: A10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17: 3224- 30.
10. Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. Fertil Steril. 2007 Mar; 87(3): 481- 4.
11. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril. 2006 Nov; 86(5 Suppl): 96- 102.