

Primer Ovaryan Gebelik ve Rahim İçi Araç: İki Olgu Sunumu

Recep Yıldızhan*, Ertan Adalı*, Begüm Yıldızhan**, Necdet Süer***

Özet:

Ektopik gebelikte fertilize ovumun uterus endometriumu dışındaki bir alanda yerleşmesi söz konusudur. Primer ovaryan gebelik ektopik gebeliklerin nadir görülen bir formudur. Görülme sıklığı 1/7000-1/40000 olarak bildirilmiştir. Primer ovaryan ektopik gebelikler tüm ektopik gebeliklerin % 0,5-1'ini oluştururlar. Klinik ve hatta intraoperatif tanısı oldukça güçtür. Tanı Spiegelberg kriterleri ile ortaya konur. Ovaryan gebelik tanısı yalnızca materyalin patolojik incelenmesiyle ortaya konur.

Anahtar kelimeler: primer ovaryan ektopik gebelik, rahim içi araç

Fertilize ovumun endometrial kavite dışında başka bir dokuya yerleşmesine ektopik gebelik denir. Primer ovaryan gebelik, ektopik gebeliklerin nadir görülen ve preoperatif tanısı oldukça zor olan bir tipidir. Spiegelberg'in dört kriteri ile tanı konur. Bunlar; fimbria ovarika'yı da içeren fallop tüplerinin intakt ve overden rahatlıkla ayırt edildiği, gestasyonel kesenin normal pozisyonunda overde yerleştiği, kesenin uterusu utero-ovaryan ligaman ile bağlandığı ve over dokusunun kese duvarında gözlendiği durumlardır. Ovaryan ektopik gebeliklerin insidansı 1:7000-40000 olarak bildirilmektedir (1). Primer ovaryan ektopik gebelikler tüm ektopik gebeliklerin % 0,5-1'ini oluşturur. Fertilitesi yüksek ve rahim içi araç (RİA) kullanan hastalarda daha sık görülen ovaryan gebeliğin tercih edilen tedavi şekli yakın geçmişe kadar tek taraflı ooforektomi olarak görünse de günümüzde özellikle laparoskopik wedge rezeksiyon veya kistektomidir (2). Diğer bir seçenek uygun vakalarda methotrexate tedavisidir. Preoperatif olarak transvaginal ultrasonografi (TV-USG) ve β -hCG ile tanı koyduğumuz ve preoperatif tanı koyamayıp laparotomi ile tanıyı doğruladığımız iki primer ovarian gebelik olgusunu sunuyoruz.

Olgular

İlk olgumuz; 21 yaşında G2P2 (normal vaginal doğum) olan ve son adet tarihinden emin olamayan hasta tuboovarian abse ön tanısı ile başka bir hastaneden acil servisimize sevk edilmişti. Hastanın başvurduğunda özellikle sol kasığa lokalize ağrı ve 2 haftadır devam eden lekelenme şeklinde vajinal kanama şikayeti vardı. Bu kasık ağrısı yakınmaları 2-3 aydır süren hastanın TA: 120/70 mm Hg, nabız: 85/dk olup genel durumu iyi idi. Yapılan vajinal muayenesinde vulva ve vajen doğal izlendi. Kollum multipara özgül görünümde, kollum hareketleri ağrılı idi, minimal uterin kanaması olduğu izlendi. Üç yıldır RİA ile korunduğunu belirten hastanın RİA ipi muayenede izlenmedi. Uterus normal cesamette ve sert kıvamda, sol adneksiyel alanda dolgunluk vardı. Solda daha fazla olmak üzere bilateral alt kadranlarda hassasiyet izlendi. Sol alt kadranı rebound pozitif. TV-USG'de uterus normal boyut ve ekojenitede izlenirken uterin kavitede RİA gözlendi. Sol adneksiyel alanda Douglas'a doğru uzanan 6x5 cm boyutlarında heterojen ekoda kistik kitle izlendi. Douglas'ta da minimal serbest sıvı görüldü. Hastadan tam kan sayımı, kan grubu tayini, rutin biokimya tetkikleri, tam idrar tetkiki ve Serum - hCG (β -human koryonik gonadotropin) değeri acil olarak istendi. serum-hCG'nin 4701 IU gelmesi üzerine hasta ektopik gebelik ön tanısıyla laparotomi yapılmak üzere ameliyathaneye alındı. Genel anestezi alan hastanın öncelikle ipi görülmeyen RİA'sı çıkarılıp kavum full kürete edildi. Gelen materyal minimaldi; patolojiye gönderilip laparotomiye geçildi.

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van

**Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul

***SB İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Yazışma Adresi; Dr.Recep Yıldızhan

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van

Eksplorasyonda douglas'ta yaygın olmak üzere batın içinde koagulumlar ve minimal serbest hemorajik sıvı izlendi. Uterus, sağ over ve sağ tuba normal görünümde idi. Sol tuba normal, sol overi kaplayan 7 cm çapında hemorajik kitle izlendi. Ekplorasyonda appendiksin endüre ve ödemli olduğu görüldü. Hastaya sol ooforektomi ve appendektomi uygulandı. Batın serum fizyolojik ile yıkandı, hemostazı takiben batın kapatıldı. Postoperatif 6. günde hasta şifa ile taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu: 1) Sol ovaryan ektopik gebelik, 2) Appendikste lenfoid hiperplazi, 3) Full küretaj materyalinde villus izlenmedi denek hasta geldi. Periyodik β -hCG takipleri yapılmak üzere polikliniğimize yönlendirildi.

İkinci olgumuz 25 yaşında olup idrarda (+) gebelik testi sonucu gebelik sonucu testi, 12 gün adet rötarı ve sağ kasık ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Bir kez sezaryen ile doğum yapmış olan hasta 3 yıldır RİA kullanıyordu. Hastanın vital bulguları stabil izlendi. Yapılan vajinal muayenesinde vulva ve vajen doğal, kollum forme, kapalı, hareketleri ağrısızdı; uterin kanaması yoktu. Hastanın RİA ipi izlendi. Uterus normal cesamette ve yumuşak kıvamda, sağ adneksiyel alanda dolgunluk vardı. Bilateral alt kadranda ağrı ve minimal hassasiyeti mevcuttu. Defans ve rebound yoktu. Yapılan TV-USG' de uterus 77x49x39 mm boyutlarında, antevort, homojen ekoda, endometrial kalınlık 13,5 mm olarak ölçüldü. Endometrial kavitede RİA izlendi. Sağ overde yaklaşık 38x31 mm boyutlarında içerisinde ekojen materyal izlenen hemorajik kist ile uyumlu kistik lezyon tesbit edildi. Bu alanın komşuluğunda over yüzeyinde ektopik gebelikle uyumlu olabilecek internal ekolusent alan içeren ~13 mm geniş bir ekojenik halka izlendi. Douglas'ta minimal ekojenite içeren sıvı izlendi. Hastadan istenen tam kan sayımında Hgb:12, htc:36,6 idi. β -hCG 1156 IU/ml olarak geldi. Hastanın yatırılmasını takiben 12. saatte bakılan hemogramında Hgb: 11.4, htc: 34.7 ve TA: 80/60mmHg ve nabız: 112/dk bulunması üzerine hasta acil laparotomiye alındı. Eksplorasyonda batında ~200cc taze kan ve az miktarda koagulum temizlendi, uterus normal cesamette, bilateral tubalar ve sol over doğal görünümdeydi. Sağ overde yerleşmiş ~3 cm çapında rüptüre hemorajik kist görünümünde lezyon izlendi. Over kana (wedge) rezeksiyon yapıldı, kalan doku suture edildi. Hemostazı takiben batın anatomiye uygun kapatıldı. Patolojik incelemenin sonucu da ovaryan gebelik olarak geldi. Postoperatif 6. gününde taburcu edilen hasta periyodik β -hCG takipleri yapılmak üzere polikliniğimize yönlendirildi.

Tartışma

Ovaryan ektopik gebelik, ektopik implantasyonun nadir görülen bir varyantıdır (1,3). Ovaryan gebelik, muhtemelen ovulasyon sırasında ovumun overden ayrılmayıp retansiyonu sonucunda sperm tarafından peritoneal kavitede ovum üzerinde fertilize edilip, implantasyon burada gerçekleşmesiyle oluşur (4). Hem klinik hem patolojik olarak en sık karıştırılan durumlar hemorajik korpus luteum, endometrioma ve rüptüre tubal gebeliklerdir. Ovaryan ektopik gebelikte erken tanı ve tedavi önemli olmasına rağmen operasyon öncesi hatta intraoperatif teşhisi zordur. Tanı genellikle spesimde patolog tarafından konulur. Bu nedenle Spiegelberg kriterleri ovarian ektopik gebelik tanısını koymada oldukça önemlidir (5). Burada sunulan her iki olgu da bu kriterlere tam olarak uymaktadır.

Hallat ve ark. yaptıkları bir çalışmada; primer ovaryan ektopik gebeliği olan 25 vakada olguların % 28'inde preoperatif doğru tanı koyabilmişlerdir. Geri kalan olgulara kesin tanı patolog tarafından postoperatif konmuştur (6). Phupong ve arkadaşları transvajinal ultrasonografi ve β -hCG ölçümlerinin birlikte değerlendirilmesinin erken tanıda yararlı olabileceğini bildirmişlerdir (7). Overin iyi kanlanan bir doku olması, özellikle rüptüre ovaryan ektopik gebeliğin klinik tablosunun daha ağır seyretmesine neden olabilir. Bu hastalarda tubal ektopik gebeliklere göre daha fazla pre-şok tablosu görülür (8). Raziel ve ark. çalışmalarında % 30 hastada pre-şok tablosu, Grimes ve ark'da % 90 olguda gestasyonel kesenin rüptüre olduğunu bildirmektedirler. Raziel ve ark. transvajinal USG'nin yaygın kullanımı ve seri β -hCG ölçümleri ile ektopik gebeliğin rüptüre olmadan tanınmasının faydalı olacağını, bu hastalara uygulanacak laparaskopi ile tanının doğrulanıp özellikle fertilitasını sürdürme arzusunda olan kadınlarda daha fazla sağlam over dokusu bırakmanın mümkün olacağını bildirmektedir (9).

Primer ovaryan ektopik gebelik genellikle genç, fertilitesi yüksek, multipar ve RİA kullanan kadınlarda görülür (1,3).

Her iki olgumuzun da RİA kullanıcıları olması bizce rastlantı değildir. Literatürde hem tubal hem de ovaryan gebeliklerin RİA kullananlarda daha sıklıkla izlendiğine dair düşünceleri destekleyen pek çok yayın vardır. Berger ve ark. RİA kullananlarda ovaryan gebeliğin tüm ektopik gebeliklerin 1/9'unu oluşturduğunu, genel popülasyonda ise oranının 1/150-200 arasında olduğunu bildirmiştir (10). Raziel ve ark.

yaptıkları çalışmada, geçmişte olduğu gibi halen RİA kullanımıyla ovaryan gebelikler arasındaki güçlü ilişkinin sürdüğünü rapor etmiştir (9). RİA hafif bir inflamasyon oluşturup endosalpenkste siliyer aktiviteyi etkileyerek ovum transportunu geciktirir ve ektopik implantasyona neden olabilir (11). Bu bulgu hem RİA'nın ektopik gebelik etiolojisindeki yerini doğrular hem de ovaryan gebelik etiolojisinde tubal faktörlerin yer alabileceğini düşündürür (12,13).

Medikal tedavisinde metotrexate tek doz intramuskuler 50 mg/m² başarı ile kullanılmıştır. Yüksek β-hCG düzeyi, yüksek serum progesteron düzeyi, kardiyak aktivitenin varlığı, yolk sakın olması, tedavi öncesi yüksek folik asit düzeyi, endometrial kalınlığın >12mm olması ve metotrexatin yan etkileri medikal tedaviyi zorlaştıran faktörlerdir (14). Medikal veya cerrahi olsun tedavideki temel prensip hastanın fertilitasını korumak olmalıdır.

Primary ovarian pregnancy and intrauterine device: Two case reports

Abstract

In an ectopic pregnancy, a fertilized ovum implants in an area other than the endometrial lining of the uterus. Primary ovarian pregnancy is a rare variant of ectopic pregnancy. Incidence is reported as 1/7000-1/40000. Primary ovarian ectopic pregnancy is 0,5-1 % of all ectopic pregnancies. It is difficult to diagnose clinically and even intraoperatively. It must be demonstrated with the use of Spiegelberg criteria. Ovarian pregnancy is diagnosed only after pathologic examination of the specimen.

Key words: Primary ovarian ectopic pregnancy, intrauterine device

Kaynaklar

1. Al-Meshari AA, Chowdhury N, Adelusi BX. Ovarian pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1993; 41 (3): 269-272.
2. Adeniran A, Stanek JX. Ovarian pregnancy. Archives of Pathology and Laboratory Medicine 2003; 127: 1635-1636.
3. Schwartz LB, Carcangiu ML, DeCherney AHX. Primary ovarian pregnancy: a case report. J Reprod Med 1993; 38: 155-158.
4. Sturm JT, Hankins DG, Malo JW, Cicero JJ. Ovarian ectopic pregnancy. Ann Emerg Med 1984; 13: 362-364.
5. Spiegelberg OX. Zur Casuistic der Ovarialschwangerschaft. Arch Gynekol 1978; 13:73.
6. Hallat J. Primary ovarian pregnancy. A report of twenty-five cases. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 50-60.
7. Phupong V, Ultchaswadi P. Primary ovarian pregnancy: J Med Assoc Thai 2005; 88(4):527-529.
8. Grimes HG, Nosal RA, Gallagher JC: Ovarian pregnancy: A series of 24 cases. Obstet Gynaecol 1983; 61: 174-180.
9. Razi A , Golan A, Pansky M: Ovarian pregnancy: A case report of twenty cases in one institution . An J Obstet Gynecol 1990; 1180-1184.
10. Berger B, Blechner JN. Ovarian pregnancy associated with copper-7 intrauterine device. Obstetrics & Gynecology 1978; 52 : 597-600.
11. Herbertsson G, Magnusson S, Benediktsdottir K. Ovarian pregnancy and IUCD use in a defined complete population. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66:607-610.
12. Bouyer J, Rachou E, Germain E, Fernandez H, Costej, Poulyjl et al. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. Fertil Steril 2000; 74: 899-908.
13. Sandvei R, Sandstad E, Steier JA, Ulstein M. Ovarian pregnancy associated with the intrauterine contraceptive device. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66: 137-141.
14. Bagga R, Suri V, Verma P, Chopra S, Kalra J. Failed medical management in ovarian pregnancy despite favorable prognostic factors- a case report. MedGenMed 2006; 9;8 (2): 35.