

Spontan Ovaryan Ektopik Gebelik: Olgu Sunumu Spontaneous Ovarian Ectopic Pregnancy: Case Report

Alev Özer¹, Serdar Özer², Mine Kanat Pektaş³

¹ Yrd.Doç.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

² Uz.Dr., Kahramanmaraş Pazarcık Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

³ Yrd.Doç.Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Özet

Ovaryan gebelik, gestasyonel kesenin over dokusu içinde implante olmasıyla tanımlanan bir ektopik gebelik biçimidir. Ovaryan ektopik gebelik için önerilen cerrahi tedavi yöntemi, mümkünse laparoskopi yoluyla kistektomi veya ovaryan wedge rezeksiyon gerçekleştirilmesidir. Bu makalede, geleneksel yöntemlerle korunan bir kadında laparotomi sırasında saptanan ovaryan gebelik olgusu sunulmuştur. Tüm ektopik gebeliklerin %1-3 kadarını oluşturan ovaryan gebelik oldukça nadirdir ve klinisyenler için tanısal zorluğa yol açmaktadır

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, laparotomi, over

Summary

Ovarian pregnancy is a type of ectopic pregnancy, characterized by the implantation of the gestational sac in the ovarian tissue. The surgical treatment for ovarian pregnancy is laparoscopic cystectomy or wedge resection if possible. This case report describes an ovarian pregnancy that was surgically diagnosed in a woman who adopted coitus interruptus for contraception. This rare clinical entity accounts for 1-3% of all ectopic pregnancies and presents a diagnostic challenge for physicians.

Key Words: ectopic pregnancy; laparotomy; ovary

Kabul tarihi: 21.12.2015

Giriş

Ovaryan gebelik, gestasyonel kesenin over dokusu içinde implante olmasıyla tanımlanan bir ektopik gebelik biçimidir. Oldukça nadir görülen ovaryan gebelik, ektopik gebeliklerin %1-3 kadarını oluşturur. Spontan konsepsiyonlarda 1/7000 ile 1/60000 arasında değişen insidanslar rapor edilmiştir (1). Over yerleşimli gebelikler; makroskopik olarak hematoma, berrak ovum, üç aydan küçük embryonize ovum ve üç aydan büyük fetus ile birlikte plasenta halinde tespit edilebilir (2). Hastalar genellikle alt abdomende ağrı, menstrual düzensizlik ve vajinal lekelenme şikayetleriyle başvurmaktadır. Tanı koymadaki gecikmeler nedeniyle hastalarda ovaryan rüptür ve buna bağlı hemodinamik şok gelişebilir (3). Semptomlar ve muayene bulguları tubal ektopik gebelik olgularıyla benzer olduğundan ayırıcı tanıda tubal ektopik gebelik, rüptüre hemorajik korpus luteum kisti, çikolata kisti düşünülmelidir. Ultrasonografik cihazlardaki gelişmeler ve özellikle transvajinal problemlerin kullanılmasıyla birlikte ovaryan gebelik olgularının bir kısmı preoperatif olarak tanı almaktadır. Ancak ovaryan gebeliğe özgü spesifik semptomların ve ultrasonografik tanı kriterlerinin bulunmaması nedeniyle tanı genellikle cerrahi sırasında

ve histopatolojik olarak koyulmaktadır. Medikal tedavi seçenekleri bulunmakla birlikte genellikle cerrahi tedavi tercih edilmektedir (4).

Bu makalede, geleneksel yöntemlerle korunan bir kadında laparotomi sırasında saptanan ve patolojik incelemeyle teyit edilen ovaryan gebelik olgusu, nadir görülmesi ve sıklıkla tanısal zorluğa yol açması sebebiyle sunulmuştur.

Olgu

Otuz dokuz yaşında, G2P2A0 olan hasta, 1 haftalık adet gecikmesi sonrası meydana gelen vajinal kanama ve kasık ağrısı yakınmalarıyla kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurdu. Öyküsünden vajinal kanamasının az miktarda olduğu ve 10 gün devam ettiği, karın ağrısının ise yeni başladığı öğrenildi. Hastanın iki kez vajinal doğum yaptığı ve coitus interruptus ile korunduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Pelvik muayenede eksternal genital organlar doğal ve servikal os multipar vasıfta idi. Minimal vajinal

kanaması devam eden olgunun uterusu normal büyüklükteydi. Sol adneksiyel alanda hassasiyet saptanırken defans veya rebound kaydedilmedi. Hastanın vital bulguları stabildi.

Yapılan transvajinal ultrasonografik incelemede (USG), uterusun antevort konumda ve 58x55x48 mm boyutlarında olduğu saptandı. Endometrium, 11 mm kalınlığında ve heterojen yapıdaydı. Gestasyonel keseye uyumlu intrauterin görünüm saptanmadı. Sağ over normal boyutlarda olup içerisinde 7-8 adet antral folikül mevcuttu. Sol over içinde ise 28x25 mm boyutlu heterojen kitle belirlendi. Douglas boşluğunda 10 ml serbest mayi olduğu gözlemlendi.

Laboratuvar incelemelerinde, hemoglobin düzeyi 11,8 g/dl ve beta human koryonik gonadotropin (β -HCG) değeri 7600 mIU/ml olarak rapor edildi. Herhangi bir müdahaleyi veya ameliyatı kabul etmeyen hasta, iki gün sonra yakınmaları daha da şiddetlenmiş olarak tekrar başvurdu. Transvajinal USG, douglas boşluğundaki serbest sıvının arttığını gösterdi ve hemoglobin ve β -HCG değerleri sırasıyla 10,3 g/dl ve 7714 mIU/ml olarak bildirildi.

Başvuru merkezinde laparoskopik müdahale şansı olmadığı için laparotomi yapılan hastanın sol over yüzeyinde yaklaşık 3 cm büyüklüğünde hemorajik kitle gözlemlendi (Resim 1). Kitle, keskin ve künt disseksiyonla over kapsülünden sıyrılarak bütünüyle eksize edildikten sonra hastanın ve eşinin istemiyle bilateral tüp ligasyonu yapıldı. Postoperatif dördüncü günde genel durumu iyi olan ve taburcu edilen hastanın patolojik inceleme sonucu koryonik doku olarak bildirildi. Postoperatif 7. günde serum β -HCG değerinin sıfırlandığı belirlendi.

Resim 1. Laparotomi esnasında, sol over yüzeyinde gözlenen yaklaşık 3 cm büyüklüğündeki hemorajik kitle



Tartışma

Spontan ektopik gebelik, tüm ektopik gebeliklerin yaklaşık %1-2 kadarında görülürken üremeye yardımcı tekniklerin uygulanmasıyla elde edilen gebeliklerin %5'ini etkilemektedir (1,2). Geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, abdominal cerrahi, tubal cerrahi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, rahim içi araç (RİA) kullanımı, üremeye yardımcı teknikler ve endometriozis gibi risk etkenleri, ektopik gebelik sıklığını arttırmaktadır. Sayılan etkenler arasında özellikle RİA kullanımı ve endometriozis varlığı ovaryan gebelik sıklığını arttırmaktadır. İntrauterin ilaç kullanımının prostaglandin sentezinde değişikliklere yol açarak tubal peristaltizmi arttırdığı ve böylelikle ektopik gebelik sıklığını yükseltebileceği öne sürülmüştür (5,6). Buna karşılık, bu yazıda sunulan olguda bahsedilen risk etkenlerinden hiçbiri mevcut değildir.

Yeni geliştirilen transvajinal USG cihazlarında görüntü çözünürlüğünün yüksek olması ve oldukça spesifik radyoimmunoassay yöntemleriyle çok düşük β -HCG düzeylerinin tespit edilebilmesi nedeniyle günümüzde ovaryan gebelik tanısı koymak daha da kolaylaşmıştır. Buna rağmen, ovaryan gebeliklerin tek başına USG ile teşhis edilebilmesi oldukça zordur. Bunun yerine, serum β -HCG seviyeleri ve USG bulguları birlikte değerlendirilmelidir. Genel bir kural olarak, serum β -HCG düzeyi 1500 mIU/ml üzerinde olmasına rağmen transvajinal USG ile intrauterin yerleşimli gestasyonel kese izlenmiyorsa ektopik gebelikten şüphelenilmelidir. Ovaryan gebelikler, USG görüntülerinde farklı biçimlerde ortaya çıkabilir. Yayınlanan olgu sunumlarında, kısmi solid alan içeren kistik yapı, serbest sıvıyla ilişkili komplike adneksiyel kitle, adneks içinde belirgin gestasyonel halka ve koyu eko alanları gösteren kistik adneksiyel kitle olarak tarif edilen USG görüntüleri göze çarpmaktadır (1,2,5). Nadiren ovaryan gebelik rüptüre olabilir ve USG görüntüleri, Douglas boşluğunu dolduran ve karın boşluğunda serbest halde bulunan serbest sıvıya işaret edebilir (7). Ovaryan gebelik tanısı için manyetik rezonans görüntüleme yararlanılabileceği ifade edilmişse de pratik ve ucuz bir yöntem olmadığı açıktır (8).

Sunulan olguda da, ektopik gebelik tanısı konulduğu ve USG ile sol overde heterojen bir kitle gözlemlendiği halde tubal veya ovaryan gebelik ayırımı yapılamamıştır ve kesin tanı için cerrahi sonrası patolojik incelemenin tamamlanması beklenmiştir.

Ovaryan gebelik, tıbbi veya cerrahi olarak tedavi edilebilir. Tıbbi tedavide genellikle metotreksat tercih edilirken cerrahi tedavide laparotomi veya laparotomi uygulanabilir (4). Literatürde metotreksat ile başarılı bir

şekilde tedavi edilmiş ovarian gebelik olguları tanımlanmıştır. Metotreksat intramuskuler yolla verilebileceği gibi transvajinal USG kılavuzluğunda ektopik gebelik kitlesinin içine de enjekte edilebilir. Ancak metotreksat tedavisinin gerçekleştirilebilmesi için hemodinamik stabilite olması, rüptür olmaması, USG ile gebelik kesesi görülmemesi, küretaj sonucunda villus bulunmaması, ektopik gebelik kitlesinin 4 cm'den büyük olmaması, fetal kalp atımının bulunmaması ve hastada aktif karaciğer veya böbrek hastalığının olmaması gerekmektedir (9,10). Sunulan olguda ise, hemodinamik stabilitenin olmaması, klinik tablonun şiddetlenmesi ve hastayla eşinin tüp ligasyonu istemi olması nedeniyle cerrahi tedavi planlanmıştır.

Ektopik gebeliğin cerrahi tedavisinde, hastanın yaşı ve doğurganlık arzusu göz önünde bulundurularak over koruyucu yaklaşım benimsenebilir veya oofektomi gerçekleştirilebilir. Çocuk sahibi olmak isteyen genç kadınlarda kistektomi veya wedge rezeksiyon ile over rezervi korunabilir ve sağlıklı bir intrauterin gebelik sahibi olma şansı yükselir. Tıbbi olanaklar ve cerrahın deneyimi elveriyorsa; cerrahi sonrası dönemde adezyon oluşumunun azalması, kanama miktarının azalması, hastanede kalış süresinin kısalması, hastanın iyileşme ve ayağa kalkma sürecinin hızlanması nedeniyle laparoskopi açık cerrahiye tercih edilmelidir (4,11). Sunulan olguda, başvuru merkezinde laparoskopik girişim olanağının bulunmaması, hastanın yaşının nispeten ileri olması ve daha fazla çocuk sahibi olmak istememesi nedeniyle açık cerrahi uygulanmıştır. Nadiren görülen ve genellikle patolojik inceleme sonrası tanı konulan ovarian gebelik, hekimler için çoğunlukla tanısal sorunlara sebep olmaktadır.

Kaynaklar

1. Hallatt JG. Primary ovarian pregnancy: a report of twenty-five cases. Am J Obstet Gynecol 1982;143:55-60.
2. Tsai HW, Chen YJ, Yen MS, Wang PH. Ectopic pregnancy at the ovarian site. Taiwan J Obstet Gynecol 2013;52(2):306-7.
3. Shiao CS, Hsieh CL, Chang MY. Primary ovarian pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2007;96:127-30.
4. Scutiero G, Di Gioia P, Spada A, Greco P. Primary ovarian pregnancy and its management. JSLS 2012;16(3):492-4.
5. Joseph RJ, Irvine LM. Ovarian ectopic pregnancy: aetiology, diagnosis, and challenges in surgical management. J Obstet Gynaecol 2012;32(5):472-4.
6. Shiao CS, Huang YH, Chang MY, Hsieh TT, Lo LM, Ching CC, et al. Ovarian pregnancy following intrauterine insemination. Taiwan J Obstet Gynecol 2012;51(3):458-9.

7. Chiapponi C, Trifoglio O, Chiapponi R. Complex ovarian pregnancy. Obstet Gynecol. 2012;119(2):478-9.
8. Parker RA, Yano M, Tai AW, Friedman M, Narra VR, Menias CO. MR imaging findings of ectopic pregnancy: a pictorial review. Radiographics 2012;32(5): 1445-62.
9. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. Fertil Steril 2013;100(3):638-44.
10. Pagidas K, Frishman GN. Non-surgical management of primary ovarian pregnancy with transvaginal ultrasound-guided local administration of methotrexate. J Minim Invasive Gynecol 2013;20(2):252-4.
11. Koo YJ, Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Kwon YS. Pregnancy outcomes after surgical treatment of ovarian pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2011;114(2):97-100.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr. Alev Özer

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Tıp Fakültesi Hastanesi, Kahramanmaraş, Türkiye

Tel: +90.505.3968540

Fax: +90.344.3113005

e-mail: serdarztb78@gmail.com