

İki Primer Ovarian Gebelik Olgusu

**Dr. Tülay AYDIN (1), Dr. Bülent KEÇİK (1), Dr. Fatih GİDER (1),
Dr. Güler BAĞBOZAN (2)**

ÖZET

Primer ovarian gebelik dış gebeliğin nadir bir tipidir. Görülme sıklığı 7000 ila 60000 doğumda bir olarak değişmektedir. Primer ovarian gebeliğin etyolojisi yeterince bilinmemektedir, fakat ovulasyonda meydana gelen disfonksiyon nedeniyle bu fenomenin gecikmesi ve ovumun folikül içindeyken döllenmesi sonucu gelişen bir intrafoliküler gebeliktir; ve bu ektopik gebelik sıklıkla ilk trimestrede sonlanır.

Bu yayında, hastanemizde bir buçuk yıllık bir sürede karşılaştığımız biri bakire olan iki ovarian gebelik olgusu sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Ovarian gebelik.

SUMMARY

Two Cases of Primary Ovarian Pregnancy

Primary ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy. Its incidence ranges from 1 in 7000 to 1 in 60000 deliveries. The etiology of primary ovarian pregnancy is largely unknown, but it is assumed that an intrafollicular gestation is due to fertilization of the ovum whilst it is still retained within follicle and this phenomenon is postulated to be a consequence of ovulatory dysfunction. And this ectopic pregnancy usually terminate during the first trimester.

In this report two cases of ovarian pregnancy (one of them was virgo), encountered over an one and half-years period in our hospital, were presented and the literature were reviewed.

Key Words: Ovarian Pregnancy

GİRİŞ

Primer ovarian gebelik, 7000-60000 doğumda bir değişen oranda, tüm dış gebeliklerin ise %3 ünden azında görülen nadir ektrauterin gebelik tipidir (1). Genellikle ilk trimestrede rüptürle sonlanır ve ovarian dokunun artmış vaskularizasyonu nedeniyle karşımıza hızla gelişen iç kanamanın neden olduğu şok tablosuyla gelir. Tanı çoğu kez acil laparotomide ve hatta histopatolojik incelemede konabilir.

Tanı dört şartla tanımlanan Spielberg kriterleri ile konur(2). Bunlar:

1. Fibrialar da dahil tubanın tümüyle salim ve overden belirgin şekilde ayrı olması.

2. Gebelik kesesinin normal lokalizasyondaki overde sınırlı olması

3. Kesenin ovarial ligament vasıtasıyla uterusla bağlantılı olması

4. Şüphe duyulmayacak şekilde kese duvarında over dokusu görülmesi.

Olgu 1: T.G. 24 yaşında, bekar. Öz geçmişinde yanma ve bu nedenle mamoplasti operasyonu, renal taş düşürme ve bronşit hikayesi; soy geçmişte annede diabetes mellitus ve kalb hastalığı vardı.

Bir süredir bulandı ve iştahsızlık şikayeti olan hasta, ani keskin bir kasık ağrısı ve iki kez baygınlık geçirme şikayetleriyle 26.4.1993 de bavurdu. Ağrı sağ üst kadrana ve omuza vurmaktaydı. Fizik muayenede TA: 90/70 mmHg, nabız: 80/dk, ateş:36.5C, genel durum iyi, miksiyon ve defekasyon normaldi. Batın palpasyonunda sağda defans saptandı. Bakire oluşu nedeniyle rektal tuşe ile değerlendirilen hastanın duglası dolgun ve oldukça hassastı. Hassasiyet nedeniyle uterus ve adneksler tam değerlendirilemedi. Abdominal USG de uterus normal boyutlarda ve ekojenitede idi.

Duglasta sıvı vardı ve ayrıca koagülüm düşündüren sınırlandırılmayan,ekojenite farklılıkları gösteren kitle gözlemlendi.

Hasta düzenli adet gördüğünü ifade ediyor ve son adetini 25 gün önce gördüğünü belirtiyordu.

Labrotuar tetkiklerde WBC:10600/mm³, RBC: 3900000/mm³, Hb:7.7 gr/dl, Hct:%30'du. TİT: normal, planotest pozitif. Hastada koit hikayesi olmamakla birlikte patting hikayesi vardı.

Hasta korpus luteum hemorajikum veya ekstra-uterin grosses olabileceği düşünülerek laparotomiye alındı.

Batında 500cc serbest kan vardı. Uterus ve tubalar, sol over normal görünümdeydi. Sağ over üzerinde 3 cmlik kanamalı nekroze bir alan görüldü.

Over dokusu korunarak bu bölüm wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Over 3/0 vicrylle kontinü kilitli sütürle onarıldı.

Histopatolojik tanı ovaryal gebelik olarak geldi (2337/94, 26.4. 1994).

Hasta post operatif 6 inci gün şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2: B.A 34 yaşında 19 yıllık evli, P2A1Co. 12.8.1994 de 7 gün adet kanamasının gecikmesi ardından 1 gün süren az miktarda kanama, o günden beri süren zaman zaman şiddetlenen karın ağrısı şikayetiyle servisimize başvurdu.

Öz geçmişinde Tbc tedavisi vardı. Soy geçmişinde bir özellik yoktu.

Fizik muayenede tüm sistem muayeneleri doğal. TA:95/60 mmHg, nabız:100/dk idi.

Batında sağda daha bariz olmak üzere alt kadranda palpasyonla hassasiyet vardı. Defans negatif, Reband (+) idi.

Labratuar tetkiklerde RBC: 4010000/mm³, WBC: 7900/mm³, Plt: 242000/mm³,

Hb: 11.6mgr/dl, Hct: %33.8, TİT: normal, planotest (+) di.

Ultrasonografide uterus normal cesamette, intra-uterin sac gözlenmedi, adneksiyal kitle tanımlanamadı, duglasta serbest mayı vardı.

Gebelik testinin (+) olması, USG de serbest sıvının varlığı, (+) reband nedeniyle hastaya laparotomi uygulandı.

Eksplorasyonda batında serbest 500 cc kan vardı. Uterus normal cesamette, sol over doğaldı. Tubalar iki taraflı seröz sıvı ile dolu yer yer genişlemeler gösteriyordu.

Sağ over üzerinde rüptüre kanamalı 2 cm'lik (ovarian gebelik? Corpus luteum hemarajikum?) düşündürülen lezyon vardı. Wedge rezeksiyon yapılarak bu kısım çıkarıldı.

Over onarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu ovarian gebelik, corpus luteum hemorajikum olarak geldi (5772/94, 2.9.1994) Resim 1.

Hasta postoperatif 6'ncı gün şifa ile taburcu edildi.



Resim 1: Hematoksilen- Eosin (32 büyütme) Gebelik sap-tanan over dokusundan kesit, ince ok, trofoblastik invazyon, kalın ok, Corpus luteum.

TARTIŞMA

Ovarian gebelik sıklıkla abdominal ağrı, adet düzensizliği gibi dış gebelik ve kanamalı korpus luteum kisti düşündürülecek tablo ile kendini gösterir. Labratuar testleride (planotest, β -HCG) gebeliği desteklediğinden ön tanı çoğunlukla dış gebelik olarak konur. Yayınlanan vakaların çoğu ilk trimestreye aittir. Erken gelişmiş rüptür over vasküleritesinin fazla olması nedeniyle kısa sürede oluşmuş maternal kanama, hemoperitonium oluşturarak hastayı şok tablosuna sokar. Nadir bazı vakaların ikinci trimestreye kadar devam ettiği yayınlanmıştır. Ayrıca yayınlanmış ikiz ovarian gebelikler ve intrauterin gebelikle aynı anda ovarian gebelik olguları da vardır (3,4,5,6,7). İleri gebelik haftalarına ait gebeliklerde tanının bazen USG ile bazen de USG ile elde edilen müphem bulgular nedeniyle MR yapılarak preoperatif konulabildiğini yayınlarda görüyoruz (5,8).

Hastalarımızda labratuar tetkiklerinde gebeliği destekler çıkması, ikinci vakada daha fazla olmak üzere klinik bulguların da aynı yönde olması, peritoneal irritasyon bulguları, USG de serbest sıvının varlığı dış gebeliği düşündürerek laparotomiye girmemi-

zi sağladı. Yapılan laparotomide birinci vakada tubalar normal görünümde idi. İkinci de ise tubada yer yer seröz genişlemeler vardı ve fibrial uçları kapalıydı. Özgeçmişteki tbc hikayesinde göz önüne alındığında bunlar daha çok tüberküloz salpenjit sekeli gibi düşünüldü. Her iki vakada da overdeki kanamalı lezyon, korpus hemorajikum kist rüptürünü hatırlatmakla birlikte ikinci vakada serbest kan içinde küçük fetoplasantar yapı benzeri yapılar vardı. Bu operasyon bulguları gebelik testlerinin müspetliğiyle birleştirince operasyonda olguların ovarial gebelik olgusu olabileceğini düşündürdü. Ovarian gebelikte overde implantasyonun nedeni bugüne kadar ki çalışmalarda henüz tam ortaya koyulmuş değildir. Çeşitli hipotezler vardır:

1. Ovum serbestleşmesinde gecikme
2. Tunica albigineanın kalınlaşması
3. Tubal malfonksiyon
4. İntrauterin cihaz (IUD)

PİD'lerin tubal gebelikte önemli bir etyopatogenez olmasına rağmen ovarian gebelikte önemli olmadığı öne sürülmektedir (4,9). Ovarian gebelikte üzerinde en çok durulan faktör IUD uygulamasıdır. Hastalarımızın her ikisinde de bu faktör yoktu. A. Raziol ve ark (9) 20 olguluk çalışma grubunda 18'inde IUD olduğunu görüyoruz. Fertil hastalarda ovarian gebeliğin IUD'labirlikte olduğu yorumuna gidiyor. Lehfeldt 1970'de yaptığı çalışmada IUD'nin uterusu implantasyonu %99.5, tubaya implantasyonu %95.5 oranında önlediğini ovarian implantasyon üzerine böyle bir koruyucu etki yapmadığını göstermiştir (9). Yani IUD ile birlikte fazla oluş ovarian gebeliğin önlenememesiyle ilişkilidir.

Ovarian gebelikte tanının laparotomide hatta erken olgularda histopatolojik incelemede konması cerrahi yaklaşımın hem tanı koydurucu, hem de sağtımı sağlayıcı olduğunu gösterir. Olayın olduğu tarafta oferektomi her ne kadar radikal yaklaşım olsa da hastanın yaşı, fertilitesi, gelecekteki çocuk edinme arzusu, lezyonun büyüklüğü göz önüne alınarak wedge rezeksiyon tercih edilebilir. Rüptüre olmamış bir ovarian gebelikte over doku kaybına neden olmayan, operasyonun getireceği komplikasyonlar ve pelvik yapışıklıkların oluşma olasılığını ortadan kaldırmak ve fertilitiyi etkilememek amacıyla medikal, konservatif yaklaşımların son yıllarda denenmesine neden olmuştur. Bu çalışmalar örnek olarak iki farklı çalışma yayınlanmıştır. Biri TVUSG ile tanı konulan olguda oral mifepristonun+ im prostaglandin F2a uygulanması ve diğeri laparoskopi ile saptanmış rüptüre olmamış ovarian gebelikte im methotrexate verilmesidir (8,10).

KAYNAKLAR

- 1- **Marcus SM, Brinsden PR:** Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil and Steril* 1993; 60: 167-70.
 - 2- **Gerin-Lajoie L:** Ovarian pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1951; 62:920-29.
 - 3- **Panda JK:** Primary ovarian twin pregnancy. Case report. *British J Obstet Gynecol* 1990; 97: 540-41.
 - 4- **Bernabei A, Morgante G, Mazzini M, Guer-rini E, Fava A, Danero S:** Simultaneous ovarian and intrauterine pregnancy: Case report. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:134-135.
 - 5- **Stanley JR, Harris AA, Gilbert CF, Lennon YA; Dellinger EH:** Magnetic Resonance Imaging in Evaluation of a Second Trimester Ovarian Twin Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 648-651.
 - 6- **Kalfayan B, Gundersen JH:** Ovarian Twin Pregnancy. Report of a Case. *Obstet Gynecol* 1963; 21: 126-128.
 - 8- **Levin JH, Lacarra M, d'Ablaing, Grimes DA, Vaermesh M:** Mifepristone (RU 486) Failure in an Ovarian Heterotopic Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 543-4.
 - 9- **Raziol A, Golan A, Pansky M, Ron-el Raphael, Bukovsky I:** Cases Report. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1182-5.
 - 10- **Shamma FN, Schwartz LB:** Primary ovarian pregnancy Successfully Treated With Methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1307-8.
-