

**Intrauterin İnseminasyon Sonrası Ovaryan Gebelik: Olgu Sunumu****Ovarian Ectopic Pregnancy After Intrauterine Insemination: Case Report**Esra YAŞAR ÇELİK<sup>1</sup>, Esmâ SARIKAYA<sup>1,2</sup>, İrem Eda GÖKDEMİR<sup>1</sup>, Hasan Onur TOPÇU<sup>1</sup>, Salim ERKAYA<sup>1</sup><sup>1</sup> Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye<sup>2</sup> Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., Ankara, Türkiye**ÖZET**

Ektopik gebelik fertilize ovumun endometrium dışında herhangi bir yere implante olmasıdır. En sık lokalizasyonu fallop tüpü ve tüpün ampuller segmentidir. Nadir olarak görülen ovaryan ektopik gebelik, tüm ektopik gebeliklerin %1-3'ünü oluşturmaktadır. İnsidansın tüm gebeliklerin 1/2100 ila 1/7000'i arasında olduğu düşünülmektedir. Günümüzde insidans, artan rahim içi araç kullanımı, ovulasyon induksiyonu ve yardımla üreme teknikleri nedeniyle artmaktadır. Klinik ve intraoperatif olarak tanı koymak zor olabilir. Bu vaka takdiminde intrauterin inseminasyon (IUI) sonrası gelişen ve preopertatif dönemde akut batin ve şok bulguları olmaksızın laparoskopi ile konservatif olarak tedavi edilen ovaryan ektopik gebelik vakası sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Ovaryan ektopik gebelik, intrauterin inseminasyon, laparoskopi

**ABSTRACT**

Ectopic pregnancy is defined as implantation of fertilized ovum in an area other than endometrial lining of uterus. The most common localization for ectopic pregnancy is the ampullary portion of the fallopian tube. Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy and represents 1-3% of all ectopic pregnancies. The incidence is estimated to be between 1/2100 and 1/7000 of pregnancies. Incidence is rising due to the increasing use of intrauterine device, ovulation induction and assisted reproductive techniques. Clinical and intraoperative diagnosis may be difficult. In this case report, an extrauterine ectopic pregnancy after IUI procedure is presented with no acute abdomen and shock signs that could be treated conservatively via laparoscopy.

**Key words:** Ovarian ectopic pregnancy, intrauterine insemination, laparoscopy.

**Giriş**

Ovaryen gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir formudur ve tüm ektopik gebeliklerin %1-3'ünü oluşturmaktadır. İnsidansının tüm gebeliklerin 1/2100 ila 1/7000'i arasında olduğu tahmin edilmektedir (1). İnsidansı son 50 yılda tanı modallitelerindeki gelişmeler, intrauterin araç kullanımı ve pelvik inflamatuvar hastalık (PID) insidansında artış, endometriozis, adneksial cerrahi girişimler, ovulatuvar ilaç kullanımı ve yardımla üreme tekniklerindeki artış nedeniyle yükselmiştir (2,3). Sensitivite ve spesifitesi yüksek  $\beta$ hCG titreleri, transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ve özellikle laparoskopi sayesinde batin içi kanama ve hipovolemik şok gelişmeden erken tanı şansı son yıllarda artmış olsa da, tubal gebelik, korpus luteum kisti veya hemorajik kistle karışabilir ve tanıyı doğrulamak için patolojik analiz genellikle gerekir (4). 1878 yılında Spiegelberg tarafından ovaryen gebelik kriterleri tanımlanmıştır (5). Spiegelberg primer ovaryen ektopik gebelik tanısında 4 patolojik kriteri tanımlamıştır. Bunlar;

- 1) Overden ayrı duran, fimbriyal da içerecek şekilde sağlam fallop tüpü,
- 2) Overlerin normal pozisyonuna uygun gestasyonel kese varlığı,

3) Overin uterusu utero-ovaryan ligaman ile bağlı olması,

4) Patoloji spesmeninde gebelik dokusunun yanında ovaryan dokunun tespiti-dir (plasental doku over korteksiyle karışmalıdır). Geçmişte ovaryan ektopiğin geleneksel tedavisi laparotomi ile ooferektomi veya salpingooferektomi iken, laparoskopik cerrahi tecrübedeki ilerlemeler sonucunda, overin wedge rezeksiyonu, yalnız gebelik materyalinin çıkarılması ve kemoteropatik ajan enjeksiyonu gibi konservatif tedaviler mümkün olabilmektedir (6).

**Olgu Sunumu**

32 yaşında (G2P1Y1), kasık ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvuran kadın hastanın anamnezinden 5 yıllık sekonder infertilitesinin olduğu, önceki gebeliğinin intrauterin inseminasyon (IUI) sonucunda gerçekleştiği ve 26 gün önce 3. Siklus klomifensitrat ile ovulasyon induksiyonu sonrası IUI prosedürü ile gebe kaldığı öğrenildi. Yapılan pelvik muayenede sağ adneksial alanda hassasiyet mevcuttu, defans rebound yoktu. Servikovajinal muayenede serviks hareketleri hassastı, vajinal kanama izlenmedi. Ultrasonografide uterus antevert, endometrium 19 mm, sağ adnekte 15x12 mm boyutunda ekojenik, ortası kistik, exu ile uyumlu olabilecek görünüm mevcuttu. Sağ overde 27 mm çaplı

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Esra Yaşar Çelik

Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Tel/Phone: +905057154635 E-mail: esra\_yasar@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received: 13.08.2014

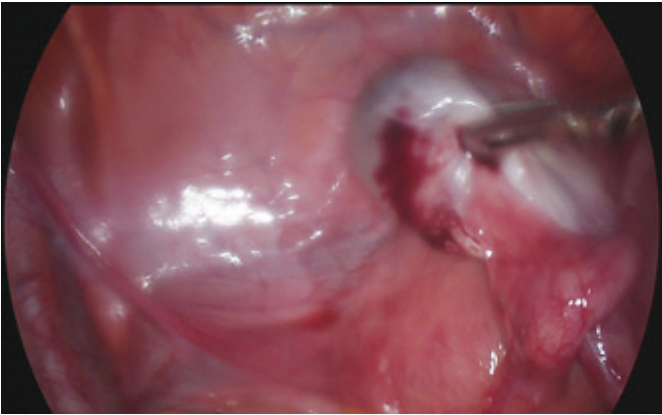
Kabul Tarihi/ Accepted: 10.09.2014

korpus luteum kisti, sol over normal izlendi. Douglasta hemorajik mayı ve sağ paratubal 65x24 mm boyutunda hematoma izlendi.  $\beta$ hCG seviyeleri IUI sonrası 20. günde 422 mIU/ml, kliniğe başvurduğu 26. günde 6035 mIU/ml, progesteron düzeyi 33 ng/ml, olarak geldi. Hastaya tanı ve tedavi amaçlı laparoskopik yaklaşım planlandı. Laparoskopide batında yaklaşık 100 cc hemorajik mayı, sağ over kapsülünde sızıntı vasfında kanamalı rüptüre alan ve batında, uterus önünde overden aborte olduğu düşünülen fetoplasental materyal izlendi (Resim 1-2). Sol over ve her iki tüp normal olarak izlendi. Materyal çıkarıldı, ovarian kanama loju koterize edildi. Batın yaklaşık 200 cc SF ile yıkandı. Batın temizliği ve kanama kontrolü sonrası operasyona son verildi. Operasyon sonrası 1.gününde  $\beta$ hCG düzeyi 2889 mIU/ml 4.günde 491 mIU/ml olarak tesbit edildi. Patolojik incelemede sağ overden batına aborte eden materyal plasental dokular, endometriumdan alınan materyal sekretuar tipte glandular ve desidua-lize stroma içeren endometrial dokular şeklinde raporlandı. Hasta post-operatif 4. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

**Resim1:** Laparoskopide minimal hemoperiton görünümü



**Resim 2:** Gestasyonel kesenin enükle olduğu kanamalı over kapsülü



## Tartışma

Ektopik gebeliklerin nadir bir formu olduğu düşünülse de, laparoskopik olarak tanısı konmamış tubal ektopik şüphesi olan ve medikal tedavi uygulanan vakaların bir kısmı aslında erken ovarian ektopik gebeliktir ve bu nedenle insidans olduğundan düşük görülmektedir (7). İnsidansı ileri anne yaşı gebeliklerinin artması, tubal rekonstrüktif cerrahiler, ovulasyon induksiyonu ve IVF-ET'deki artışla birlikte artmaktadır. Semptomlar tubal gebelikle benzerdir ve kasık ağrısı başta olmak üzere vajinal kanama ve amenore görülebilir (6). Rüptür varlığında douglas iritasyonuna bağlı tenezmden, intraabdominal kanamanın derecesine göre diafram iritasyonuna bağlı omuz ağrısı, dolaşım kollapsı ve şok bulguları izlenebilir. Bu bulgulara ek olarak, amenore sonrası artmış  $\beta$ hCG değerleri ile

TVUSG de kavitenin boş olması ektopik gebeliği düşündürmelidir. Vakamızda sekonde rinfertilite ve ovulasyon induksiyonu amaçlı 3 siklus klomifen sitrat kullanımı öyküsü, ovarian ektopik gebelik risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

TVUSG gebelik lokasyonunu belirlemede en yararlı testtir. Overin etrafında yolk sac ve fetal kısımları içeren ekogenik halka ovarian gebeliğin önemli sonografik bulgularıdır (1). Ancak ovarian ektopiğin preoperatif sonografik tanısı embriyo görülmedikçe zordur (8). Ovarian ektopik gebeliğin ayırıcı tanısında tubal ektopik, hemorajik over kisti, endometrioma ve diğer ovarian patolojiler bulunur ve preoperatif tanının en az iki katı oranında cerrahi olarak tanı konur (1,9). Vakamızın IUI sonrası yaklaşık 26. günde kasık ağrısıyla başvurduğu güne kadar olan  $\beta$ hCG artışı normaldir. Aynı gün bakılan  $\beta$ hCG değeri 6035mIU/ml olmasına rağmen kavitenin boş olması, sağ adneksial alanda şüpheli ektopik gebelik görünümü ile hemotom ve douglasta mai varlığı ektauterin gebelik lehine bulgulardır. 26 çalışmanın derlendiği bir metaanalizde 20 ng/ml'den fazla progesteron değerleri ektopik gebeliği ekarte ettirdiği gösterilmiştir (10). Vakamızda 33 ng/ml olarak ölçülen progesteron düzeyi canlı intrauterine gebeliği çağırırtsa da, progesteron konsantrasyonları bu vakada canlı gebeliği tahmin etmede ovulasyon induksiyonu ve IUI öyküsü nedeniyle güvenilir değildir (10).

Ovarian ektopik gebeliklerin yönetiminde klasik yöntemler oofektomi veya overin wedge rezeksiyonu iken, laparoskopik yolla gestasyonel kesenin overden enükleasyonu ve overin sütürasyonu ile lokal / sistemik metotreksat tedavisi konservatif tedavi yöntemleridir (12,13). Vakamızda fetoplasental doku batına komplet aborte olduğundan, batın içi kanama minimal ve over korteksinden aktif kanama izlenmediğinden over dokusunu korumak mümkün oldu.

Sonuç olarak, ovarian ektopik gebelik insidansının artan infertilite tedavileriyle birlikte artacağı düşünülmektedir. Günümüzde modern tanı yöntemlerine rağmen hala hastalar hemorajik şok bulgularıyla başvurmaktadır. Yüksek klinik şüphe varlığında erken diagnostik laparoskopi, over koruyucu cerrahi için olanak sağlayacaktır.

## Kaynaklar

1. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42-45.
2. Gaudoin MR, Coulter KL, Robins AM, Verghese A, Harretty KP. Is the incidence of ovarian ectopic pregnancy increasing? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;70:141-143.
3. Das S, Kalyani R, Lakshmi V, Kumar MLH. Ovarian Pregnancy. *Indian J of Pathology and Microbiology* 2008;51:37-38.
4. Roy J, SinhaBabu A. Ovarian pregnancy: two case reports. *Australas Med J*. 2013;31: 406-14.
5. Spiegelberg O. ZurCasuistik den Ovarial-Schwangerschaft. *Arch Gynaecol* 1878;13:73.
6. Choia H-J, Imb K-S, Jungb H-J, Lima K-T, Moka J-E, Kwon Y-S. Clinical analysis of ovarian pregnancy: a report of 49 cases. *Europ J of Obstet & Gynecol and Reprod Biol* 2011;158:87-89.
7. Raziel A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-EI R. Ovarian pregnancy—a 12-year experience of 19 cases in one institution. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:92-6.

8. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria [in French]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002;31:74.
9. Var T, Tonguc EA, Akan E, Batioglu S, Akbay S. Laparoscopic conservative approach to ovarian pregnancies: two cases. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280: 123–5.
10. Mol BW, Lijmer JG, Ankum WM, et al. The accuracy of single serum progesterone measurement in the diagnosis of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Hum Reprod* 1998; 13:3220.
12. Lipscomb GH, Stovall TG, Ling FW. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 2000;343: 1325–9.
13. Odejinmi F, Rizzuto MI, Macrae R, Olowu O, Hussain M. Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:354-9