

# Ovaryan Ektopik Gebelik

## Ovarian Ectopic Pregnancy: Case Report

Dr. Emine COŞAR,<sup>a</sup>  
Dr. Gülelgül NADİRGİL KÖKEN,<sup>a</sup>  
Dr. İlnur ARAL,<sup>a</sup>  
Dr. Figen KIR ŞAHİN,<sup>a</sup>  
Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ,<sup>a</sup>  
Dr. Mehmet YILMAZER<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, AFYONKARAHİSAR

Geliş Tarihi/Received: 14.05.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 14.06.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Gülelgül NADİRGİL KÖKEN  
Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
AFYONKARAHİSAR  
gulengulkoken@yahoo.com

**ÖZET** Ovaryan gebelik embriyonun over içine implante olması ile karakterize nadir bir ektopik gebelik formudur. Tüm gebeliklerin %0.15'ini ve ektopik gebeliklerin %0.15-3'ünü oluşturur. Biz bu makalede transvaginal ultrasonografik olarak fetal kalp atımları izlenen, rahim içi araç (RİA) ve submükoz miyom ile birlitlik gösteren, cerrahi olarak tedavi edilen 7 hafta 3 günlük ovaryan ektopik gebelik vakasını sunduk. Ovaryan ektopik gebelikte cerrahi tedavi yöntemleri ooferektomi, ovaryan wedge rezeksiyon ve overi koruyacak şekilde kistektomi olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, rahim içi araçlar, over

**ABSTRACT** Ovarian pregnancy is a rare form of pregnancy that characterised by intraovarian implantation of gestational sac. It constitutes 0.15% of all pregnancies and 0.15-3% of ectopic pregnancies. We presented ovarian ectopic pregnancy with positive fetal cardiac activity, intrauterine device (IUD) in the uterine cavity, submucous myoma determined by transvaginal sonography. It was compatible with a gestation of 7+3 weeks and transabdominal surgical treatment was applied. Surgical treatment options should be ovarian wedge resection, oophorectomy and fertility sparing cystectomy in ovarian ectopic pregnancy.

**Key Words:** Pregnancy, ectopic, intrauterine devices, ovary

**Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008, 18:134-137**

Ovaryan gebelik gestasyonel kesenin over içinde implante olması ile karakterize nadir bir ektopik gebelik formudur. Tüm gebeliklerin %0.15'ini ve ektopik gebeliklerin %0.15-3'ünü oluşturur. Yaklaşık 7000 doğumda bir görüldüğü düşünülmektedir.<sup>1</sup> Rahim içi araç (RİA) ile birlitlik gösteren ektopik gebeliklerin %12-20'sinin ovaryan olduğu ve tüm RIA ve gebelik vakalarının %0.5'inin over yerleşimli olduğu saptanmıştır.<sup>2</sup>

Makroskopik olarak ovaryan gebelikler ovaryan hematoma, berrak ovum, 3 aydan küçük embriyone ovum ve 3 aydan büyük fetusla birlikte plasentanın izlendiği şekillerde tespit edilmektedir.<sup>3</sup>

Bu yazıda bakırlı intrauterin araç ile birlitlik submukoz miyom birlitlik gösteren ve ultrasonografik olarak fetal kalp atımları izlenen bir ovaryan ektopik gebelik olgusu nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Kırk bir yaşında, G3P3A0 olan hasta acil servise vajinal kanama ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hikayesinden vajinal kanamasının orta düzeyde olduğu ve beklenen adet zamanından daha sonra başladığı, 10 gündür devam ettiği, karın ağrısının yeni başladığı ve 6 yıldır RİA ile korunduğu öğrenildi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı.

Pelvik muayenede eksternal genital organlar doğal, spekulum muayenesinde servikte az miktarda adet vasıflı kanama vardı. Servikal os multipar görünümündeydi ancak RİA ipi izlenmiyordu. Uterus normalden iri ve sert, yaklaşık 14 haftalık gebelik cesametindeydi. Bilateral adneksial bölgede, sağ adneksial bölgede daha fazla olan hassasiyet vardı. Hastanın fizik muayenesinde batında hassasiyet dışında anormal bulgu saptanmadı ve vital bulguları stabildi.

Yapılan transvajinal ultrasonografide uterus antevert, 105x117x78 mm boyutlarında, korpus arka duvarda yerleşim gösteren 69x68 mm çapında submüköz miyom görüldü. Endometrium 31 mm, heterojen görünümdeydi ve endometrial kavite içinde RİA ekosu izleniyordu. Gestasyonel kese ile uyumlu intrauterin görünüm saptanmadı. Sol over normal boyutlarda olup içerisinde 7-8 adet antral follikül mevcut idi. Sağ over ise 49x29 mm boyutlarında olup; içinde en geniş çapı 27 mm (7 hafta 1 gün ile uyumlu) hipoeoik düzgün sınırlı alan ve içerisinde 13 mm'lik (7 hafta 3 gün) baş popo mesafesi ile uyumlu fetal kardiyak aktivitesi gözlenen yapı izlendi.

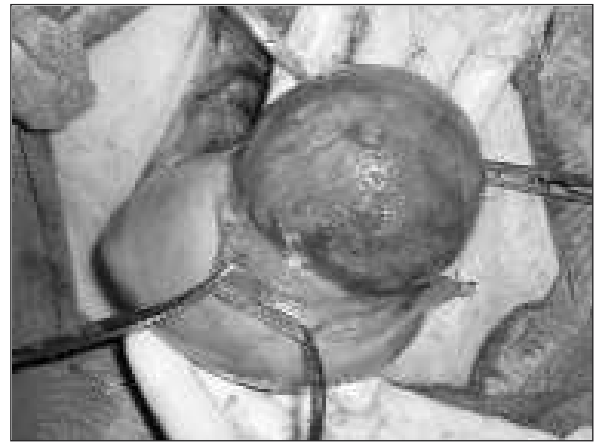
Laboratuvar incelemelerinde idrarda gebelik testi pozitif, kanda b-HCG değeri 27 714 mIU/mL ve hemoglobin değeri 10.2 g/dl idi. Hastanın tetkikleri tamamlanarak operasyona alındı.

Öncelikle ofis histeroskopisi ile uterin kavite değerlendirildi, bakırlı RİA çıkarıldı ve endometrial örnekleme yapıldı. Histeroskopi sonrası laparotomi uygulandı. İzlemede uterusun sol postero-lateral kısmında yaklaşık 7 cm çapında miyom izlendi. Sol over ve bilateral tubalar doğal görünümdeydi. Sağ overde intrakapsüler yerleşimli yaklaşık 3.5 cm çapında içi visköz materyalle dolu kese izlendi. Kese tabanında plasental dokusu olduğu düşünülen yaklaşık 2x2 cm çapında ve 1 cm yüksekliğinde diskoid yapı mevcut idi. Kese keskin ve künt diseksiyonla over kapsülünden sıyrılarak bütünüyle eksize edildi (Resim 1). Daha sonra miyomektomi yapıldı ve hasta istemi nedeniyle bilateral tubal ligasyon uygulanarak operasyona son verildi (Resim 2). Patolojik inceleme sonucu endometrium desidualizasyon gösteren, villus izlenmeyen endometrium dokusu ve ovaryan gebelik olarak geldi.

Postoperatif dördüncü günde genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolünde b-HCG değerinin 50 mIU/mL olduğu



RESİM 1: Sağ overdeki gebelik kesesinin ve plasentanın intraoperatif görünümü.



RESİM 2: Uterusta sol postero-lateral yerleşimli miyomun intraoperatif görünümü.

izlendi. Daha sonraki takiplerinde ise sifıra indiği gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Spontan ektojik gebelik tüm gebeliklerin yaklaşık %1-2'sinde görülürken yardımcı üreme teknikleri sonrası gebeliklerin %5'inde ortaya çıkmaktadır. Ektojik gebelik sıklığını arttıran risk faktörleri; geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, intrauterin araç kullanımı, yardımcı üreme teknikleri, endometriozis, geçirilmiş abdominal cerrahi, tubal cerrahi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır.<sup>4,5</sup> Ovarian gebelik diğer ektojik gebelik risk faktörleri ile birlikte görülmekle birlikte daha çok intrauterin araç kullanan hastalarda rastlanmaktadır.<sup>6</sup> Nitekim rapor edilen ovarian gebelik vakalarının çoğunda intrauterin araç kullanımı ve endometriozis bildirildiği için bunların risk faktörleri arasında daha ön planda olduğu düşünülmektedir.<sup>3</sup> RIA'nın prostaglandin sentezinde değişikliklere yol açarak tubal peristaltizmi arttırdığı ve böylelikle tubal ve ovarian gebeliklerin insidansını yükseltilebileceği öne sürülmektedir.<sup>7</sup> Miyomla birliktelik gösteren ovarian gebelik vakası ise literatürde nadirdir. Miyomu olan hastalarda genellikle geniş ve şekil bozukluğu gösteren endometrial kaviteye bağlı olarak RIA'nın yerleşimi ile ilgili problemler ortaya çıkabilmektedir.<sup>8</sup> Hastamızda miyom ve RIA ile birlikte ovarian gebelik mevcuttu.

Ovarian gebeliklerin ultrasonografik olarak teşhis edilmesi nadirdir. Transvajinal ultrasonografinin (TVUSG) gelişmesi ve b-HCG'nin oldukça spesifik radyoimmunoassay metodlarla tesbit edilebilmesi günümüzde ovarian gebeliklerin teşhisini daha olası hale getirmiştir.<sup>9</sup> TVUSG'de b-HCG seviyesi 1500 mIU/mL üzerinde olmasına rağmen intrauterin gestasyonel kese izlenmiyorsa ektojik gebelikten şüphelenilmelidir.<sup>10</sup> Ultrasonografik olarak ovarian gebeliklerin görünümü değişik şekillerde olabilir. Yayımlanan olgular kısmi solid alan içeren kistik yapı, serbest sıvı ile ilişkili komplike adneksial kitle, adneks içinde belirgin gestasyonel halka ve bazı koyu ekolar gösteren kistik adneksial kitle şeklinde karşımıza çıkmaktadır.<sup>11</sup>



**RESİM 3:** Amnion kesesi açılan gebelik kesesinin fetal yüzünün, göbek kordonunun ve embriyonun görüntüsü

Ovarian ektojik gebelikte tedavi medikal (metotreksat) veya cerrahi (laparaskopi veya laparotomi) şeklindedir. Literatürde metotreksat ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş ovarian ektojik gebelik olguları mevcuttur. Ancak metotreksat ile tedavi için diğer ektojik gebeliklerde bulunması gereken kriterler olması gerekmektedir.<sup>12,13</sup> Bizim vakamızın miyomunun bulunması ve tüp ligasyonu isteminin olması nedeniyle cerrahi operasyon olarak laparotomi tercih edildi. Olgunun intraoperatif görünümü 3 aydan küçük embriyone ovum şeklinde idi (Resim 3). Ayrıca b-HCG seviyesi 27 714 mIU/mL gibi oldukça yüksek bir değerde olmasına ve ultrasonografik olarak 7 hafta 3 gün ile uyumlu fetal kardiyak aktivitesi pozitif fetal yapıya sahip olmasına rağmen rüptür veya hemoraji bulgusu yoktu.

Cerrahi tedavi yöntemleri laparaskopi veya laparotomi ile yapılabilecek ooferektomi, ovarian wedge rezeksiyon, overi koruyacak şekilde kistektomidir.<sup>9</sup> Ovarian kistektomide over korunarak sadece gestasyonel kesenin bulunduğu kistik yapı çıkarılır. Biz bu vakada overi koruyacak şekilde overde yerleşen gestasyonel kesenin bulunduğu kistik yapıyı çıkardık. Ovarian ektojik gebelik olguları genellikle genç ve sonrasında fertilité beklentisi olan hastalar olduğu için; sadece gestasyonel kesenin çıkarılması şeklinde cerrahi yaklaşım daha uygun görülmektedir.<sup>3</sup> Ovarian gebeliğin tekrarlama riski azdır ve bu hastalarda fertilité korundu-

ğunda bir sonraki gebelik genellikle intrauterindir.<sup>6</sup> Laparaskopi cerrahın deneyimi ön planda tutularak hastanın durumuna göre daha az hastanede kalış süresi, hastanın erken dönemde günlük

aktivitelerine dönmesine imkan tanınması, daha az adezyon oluşumuna yol açması nedeniyle tercih edilecek cerrahi tedavi yöntemleri arasında ilk sırada bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Nwanodi O, Khulpateea N. The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *J Natl Med Assoc* 2006;98: 796-8.
2. Lim BH, Raman S, Sinnathuray TA, Pathmanathan R. Ovarian pregnancy-a case report. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1985; 11:551-4.
3. Marret H, Hamamah S, Alonso AM, Pierre F. Case report and review of the literature: Primary twin ovarian pregnancy. *Hum Reprod* 1997;12:1813-5.
4. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assistec reproductive technologies: A literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril* 1996;66:1-12.
5. Saraiya M, Berg CJ, Shulman H, Green CA, Atrash HK. Estimates of the annual number of clinically recognized pregnancies in the United States, 1981-1991. *Am J Epidemiol* 1999; 149:1025-9.
6. Ercal T, Cinar O, Mumcu A, Lacin S, Ozer E. Ovarian pregnancy; relationship to an intrauterine device. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1997;37: 362-4.
7. Reichman J, Goldman JA, Feldberg D. Ovarian pregnancy: Association with IUD, pelvic pathology and recurrent abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1981;12: 333-7.
8. Haney AF. Contraception for the woman with fibroids. Question and answer. *Dialogues Contracept* 1995;4:7-8.
9. Kalu E, Disu S, Gordon-Wright H, Pisal N. Primary ovarian pregnancy with a levonorgestrel intrauterine system. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006;32:253-4.
10. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2005;72:1707-14.
11. Cheng CC, Shih JC, Hwang JL. Primary ovarian pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 71:177-9.
12. Shamma FN, Schwartz LB. Primary ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1307-8.
13. Chelmow D, Gates E, Penzias AS. Laparoscopic diagnosis and methotrexate treatment of an ovarian pregnancy: a case report. *Fertil Steril* 1994;62:879-81.