

Rüptüre Luteoma Nedeniyle Bilateral Ooferektomi Uygulanan 8 Haftalık Bir Gebelikte Yaklaşım*

Ömer T.YALÇIN, Sinan ÖZALP, Atilla YILDIRIM, Turgay ŞENER, A.Serhan CEVRİOĞLU *Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Meşelik,ESKİŞEHİR*

ÖZET

RÜPTÜRE LUTEOMA NEDENİYLE BİLATERAL OOFEREKTOMİ UYGULANAN 8 HAFTALIK BİR GEBELİKTE YAKLAŞIM*

Yaklaşık 8 ve 10. haftalar arasında gerçekleşen luteal-plasental geçiş öncesi yapılan bir ooferektomi yada luteektomiye" bağlı abortus riskini azaltmak için progesteronla destek tedavisi önerilmektedir. Gebeliğinin 8. haftasında akut batın nedeniyle yapılan laparotomide bilateral rüptüre aktif kanamalı luteomalar saptanan bir olguya bilateral ooferektomi yapıldı. 15. gebelik haftasına kadar progesteron replasman tedavisi alan gebe 38. haftada sezeryan ile sağlıklı bir bebek doğurdu.

Anahtar Kelimeler: Luteal-plasental geçiş, luteoma, progesteron replasman tedavisi.

SUMMARY

MANAGEMENT OF A 8 WEEKS GESTATION WITH BILATERAL OOPHORECTOMY DUE TO RUPTURED LUTEOMAS

Supportive treatment with progesterone is suggested to decrease the risk of abortion due to oophorectomy or luteectomy performed before the luteal-placental shift which occurs approximately between the 8th and 10th weeks of pregnancy. Bilateral oophorectomy was performed to a case who had bilateral ruptured luteomas with active bleeding obtained during laparotomy which was done for acute abdomen at the 8th week of her pregnancy. Patient who received progesterone replacement treatment until 15th week of pregnancy gave birth a healthy baby at the 38th week by cesarean section.

Key Words: Luteal-pacental shift, luteoma, progesterone replacement therapy.

Gebelikte en sık rastlanan adneksiyel kitlelerden birisi olan gebelik luteomalarının konservatif izlenimleri konusunda fikir birliği olsa da torsiyon rüptür ve hemoraji gibi ciddi komplikasyonlar geliştiğinde tercihan luteektomi, zorunlu hallerde ise gerekirse unilateral ya da bilateral ooferektomi yapılabilmektedir (1-4). Buna karşın 8 ile 10. haftalar arasında gerçekleşen luteal-plasental geçiş öncesi yapılacak bir ooferektomi progesteron yetersizliği ve abortusla sonuçlanabileceği için geçiş tamamlanıncaya kadar bu hormonun replasmanı gerekmektedir (3-7). Ancak bu replasmanın hangi tip progesteron ile ne kadar dozda, ne sıklıkta ve ne kadar süreyle yapılması konusunda kesin bir fikir birliği yoktur (3-9). Ayrıca uygulanan progesteronun fetal anomaliye neden olup olmadığına yönelik karşıt sonuçlar veren araştırmalar yayınlanmıştır (10-12).

Bu yazıda 8. gebelik haftasında akut batın tablo-

suyla başvuran ve rüptüre luteomalar nedeni bilateral ooferektomi yapılmak zorunda kalınan bir olguda obstetrik yaklaşımımız sunuldu.

OLGU SUNUMU

22 yaşında, primigravid, son adet tarihine göre 8 haftalık gebeliği olan ve şiddeti giderek artan karın ağrısı ile başvuran hastanın karın muayenesinde yaygın hassasiyet, rebound ve defans belirlendi. Ultrasonografide kardiak aktivitesi olan fetusun büyüklüğünün son adet tarihiyle uyumlu olduğu gözlemlendi. Bunun yanında bilateral adneksiyel alanda over olduğu düşünülen 84x72 mm ve 68x76 mm kistik görünümli kitleler ve intraabdominal bol serbest sıvı saptandı. Akut batın tanısıyla hastaya eksploratif laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda her iki overin 7-10 cm boyutlarında, rüptüre, aktif kanamalı kistler içerdiği saptandı. Kanamaların kontrol altına alınabilmesi için bilateral ooferektomi yapılmak zorunda kalındı. Patolojik inceleme sonucu bilateral rüptüre luteoma ile uyumlu bulundu.

Gebeliğin luteal-plasental geçiş döneminde olduğu göz önüne alınarak, progesteron replasmanı ama-

*16-19 Nisan 1996 tarihinde yapılan 5. Ulusal Perinatoloji Kongresinde poster olarak sunuldu.

Yazışma adresi: Dr. Ömer Tarık YALÇIN
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Meşelik, ESKİŞEHİR

ciyla postoperatif birinci günden itibaren intramüsküler hidrokspirogesteron kaproat 10. haftaya kadar günde 500 mgr, 13. haftaya kadar gün aşırı 500 mgr, 15. haftaya kadar ise haftada iki kez 500 mgr olarak uygulandı. Progesteron replasman tedavisine başlandıktan sonra yapılan ölçümlerde maternal serum progesteron seviyesinin progressif olarak artarken, 14.5 ile 41.3 ng/ml arasında değiştiği belirlendi (Şekil 1). Aynı dönemde yapılan seri ultrasonografik ölçümlerle fetal gelişimin ilerleyen gebelik haftalarıyla uyum içinde seyrettiği gözlemlendi. 15. gebelik haftasında taburcu edilen ve ayaktan takibe alınan olgunun 20. gebelik haftasında gerçekleştirilen ikinci seviye fetal ultrasonografisinde fetal anomali saptanamadı.

34 hafta 5 günlük gebe iken preterm eylem gelişmesi üzerine tekrar hospitalize edilerek, intravenöz ritodrin hidroklorür ile tokoliz uygulandı. 38 haftada tokolitik tedavinin kesilmesinden 2 gün sonra spontan doğum eylemi başlayan hastanın elektronik fetal monitorizasyonunda geç deselerasyonlar gelişmesi üzerine, fetal distress tanısı ile sezeryan sectio ile doğum gerçekleştirildi. 2900 gram ağırlığında, 9-10 Apgar skorlu doğan erkek bebekte herhangi bir fetal anomali saptanamazken, umbilikal kord kan gazlarının normal sınırlarda olduğu belirlendi. Laktasyonu normal olan anne ve bebeği postpartum 7. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ultrasonografik incelemede saptanan basit kistlerde dahil edildiğinde adneksiyel kitle ile komplike gebeliklerin insidansı 1/80 ile 1/2500 arasında değişmektedir (1,3,4). Ancak bunların büyük çoğunluğunu nonneoplastik fonksiyonel kitleler oluşturmaktadır. Gebelikleri süresince bu kitlelerin çoğunluğu spontan gerilese ya da asemptomatik olarak kalsa da her 1000-1500 gebeden birine adneksiyel kitle nedeniyle laparotomi gereksinimi duyulmaktadır (2-4).

Her ne kadar 1. trimestırda fonksiyonel ya da nonneoplastik olduğu düşünülen adneksiyel kitlelere yönelik elektif cerrahi girişimler kontrendike olsa da, malign neoplasm düşünülen ya da semptomatik hale gelen kitlelerin hepsine zaman kaybetmeden müdahale edilmelidir. Özellikle 8 ile 16. gebelik haftaları arasında uterus büyüklük ve pozisyonundaki hızlı değişikliklere bağlı olarak adneksiyel kitlelerde %11-50 oranında torsiyon, rüptür ve hemoraji gelişme riski bulunmaktadır (2-4). Acil cerrahi girişim gerektiren bu komplikasyonların geliştiği durumlarda bile 1. trimestırda mümkünse korpus luteumu taşıyan over korunmalı, gebeliğin devamı için gerekli hormonlar ortamdaki uzaklaştırılmamalıdır. Sunulan vakada gebelik 8 haftasında olmasına rağmen bilateral, ruptüre, hemorajik luteomalar içeren overleri korumak mümkün olmamıştır.

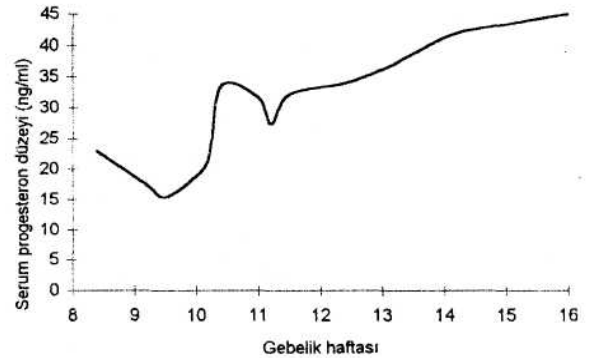
Sağlıklı bir gebeliğin devamı için gerekli olan hormonların önemli bir kısmı gebeliğin 8. haftasına kadar korpus luteum tarafından sağlanırken, 10. haftadan itibaren bu görevi plasenta üstlenmektedir. Csa-

po ve arkadaşlarınca yürütülen çalışmada 7. gebelik haftasından önce korpus luteum çıkarıldığı takdirde gebeliğin sonlandığı gösterilmiştir (6). 8 ile 10. haftalar arasında gerçekleşen luteo-plasental geçiş öncesi ya da sırasında yapılacak bir oofektomi ya da luteektomi progesteron yetersizliği ve abortus ile sonuçlanabileceği için geçiş tamamlanıncaya kadar bu hormonun replasmanı gerekmektedir (6-8). Ancak bu replasmanın hangi tip progesteron ile ne kadar dozda, ne sıklıkta ve ne kadar süre yapılması konusunda kesin bir fikir birliği yoktur (4-8).

Schneider ve ark. 10. gebelik haftasına kadar maternal serum progesteron düzeyinin yaklaşık 10 ng/ml üzerinde kalması gerektiğini, bununda 100 mgr/gün dozunda intramüsküler progesteron uygulaması ile başarılabileceğini bildirmiştir (5). Normal gebeliklerde maternal progesteron seviyeleri genelde 1. trimestır sonlarında 40 ngr/ml, 3- trimestırda ise 100-200 ngr/ml seviyelerine çıkmaktadır (6-8). Buna karşın yine normal gebeliklerde kan progesteron seviyelerindeki varyasyonunun fazla olabileceği, çok düşük serum progesteron seviyesi olan kişilerde de gebeliklerin normal sonuçlanabileceği bildirilmiş, bu nedenle progesteron ölçümlerinin gebelik pronozunu belirlemedeki değerinin oldukça kısıtlı olduğu iddia edilmiştir (7).

Sunulan vakaya postoperatif 1. günden itibaren intramüsküler hidrokspirogesteron kaproat 10. haftaya kadar 500 mgr/gün, 10-13. haftalar arası gün aşırı 500 mgr, 13-15. haftalar arası haftada iki kez 500 mgr dozunda uygulandı. Gün aşırı bakılan serum progesteron seviyelerinin 10 ngr/ml'nin üzerinde seyrettiği, ilerleyen gebelik haftalarında serum progesteron seviyelerinin kademeli artış göstererek 14. haftada 40 ngr/ml'nin üzerine çıktığı gözlemlendi. 15. haftada ilaç kesilmesine rağmen serum progesteron düzeyinde düşüşün olmaması luteal-plasental geçiş döneminin tamamlandığını doğrular nitelikteydi (Şekil 1).

Gebeliğin erken döneminde yüksek dozda progesteron uygulanmasının fetuslarda anomaliye yol açabileceği iddia edilmesine karşın yapılan çalışma-



Şekil 1. 8. haftada bilateral oofektomi yapılan ve progesteron destek tedavisi uygulanan vakada gebelik haftasına göre serum progesteron değerleri.

larda 1. ve 2. trimestirlarda yüksek doz hidrokspirogesteron uygulanan annelerin bebeklerinde anomali insidansının (%1.3) normal populasyondan farklı olmadığı bulunmuştur (9-12). Bizim olgumuzda da gebelik takibinde yapılan ultrasonografilerde ve doğum sonrasında herhangi bir anomaliye rastlanmamıştır.

Bu vakadan elde edilen deneyimlere göre luteoplasental shift öncesi oofektomi ya da luteektomi yapılan gebelerde parenteral hydroxyprogesterone destek tedavisinin abortus riskini azaltabileceği, bu uygulamanın fetus ve yenidoğanda belirgin bir olumsuz etkisinin olmadığı, etkin bir antenatal takip ile olası komplikasyonlar önlenerek gebeliğin başarı ile sonuçlanabileceği düşünüldü.

KAYNAKLAR

1. James E. Wheeler J. Woodruff D: Benign Disorders of the Ovaries and Oviducts. In PernoU ML, Benson RC (eds): Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Connecticut: Appleton and Lange, 744-53,1994.
2. Bider D. Mashiach S: Clinical, Surgical and Pathological Findings of Adnexal Torsion in Pregnant and nonpregnant Women. Surg Gynecol Obstet, 173:363-6, 1991.
3. Sultan KM, Davis K: Viable Term Pregnancy Despite "Subluteal" Serum Progesterone Levels in the First Trimester. Fertil Steril, 60:363-5,1993.
4. Schneider M, Davies M: The Timing of Placental Competence in Pregnancy After Oocyte Donation. Fertil Steril, 59:1059-64, 1993.
5. Valerie KL: Gynecologic Surgery During Pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 32:294-305,1994.
6. Dudley AG: Ovarian Tumors Complicating Pregnancy, in Thompson JD, Rock JA (eds) Operative Gynecology. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1314-24,1992.
7. Csapo AL, Pulkkinen MO: Effects of Luteectomy and Progesterone in Early Pregnant Patients. Am J Obstet Gynecol, 115:759-63, 1973.
8. Speroff L, Glass LH, Kase NG: The Endocrinology of Pregnancy. In Speroff L, Glass LH, Kase NG (eds): Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Baltimore: Williams and Wilkins, 251-81, 1994.
9. Andrews WC: Luteal Phase Defects. Fertil Steril, 32:501-8, 1979.
10. Katz Z. Lancet M: Teratogenicity of Progestogens Given During the First Trimester of Pregnancy. Obstet Gynecol, 65:775-79, 1985.
11. Check LH: The Risk of Fetal Anomalies as a Result of Progesterone Therapy During Pregnancy. Fertil Steril, 45:575-77, 1986.
12. Heinoen OP, Slone D: Cardiovascular Birth Defects and Antenatal Exposure to Female Sex Hormones. N Engl J Med 296:67-70, 1977.