

Gebelikte Masif Over Ödemi

İncim Bezircioğlu, Levent Hiçyılmaz, Ergun Öziz, Demet Etit, Ali Baloğlu

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

Özet

Amaç: Masif over ödemi overin tümör benzeri genişlemesiyle karakterize nadir bir hastalıktır. Sonografik bulguları tümör benzeri solid veya kistik komponentler içeren solid kitle olarak bildirilmektedir.

Olgu: 30 yaşında gebeliğinin 13. haftasında akut batin sendromu gelişen olgumuzda yapılan renkli Doppler sonografi ile sağ over 90*50 mm boyutlarında, solid, içerisinde vaskülarite artışı, ovarian arterde akım artışı saptandı. Eksploratris laparotomi ile sağ ooferektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu masif over ödemi tanısı kondu.

Sonuç: Sonografik bulguları nonspesifik olan bu olguların kesin tanısı histolojik inceleme gerektirmektedir. Bu nadir hastalığın bilinmesi gereksiz tedavilerin önlenmesi için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Masif over ödemi.

MASSIVE OVARIAN EDEMA IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Background: Massive ovarian edema is a very rare condition characterized by a tumorlike enlargement of the ovary. The ultrasound findings have been reported as a solid tumorlike mass or as a solid mass containing a cystic component

Case: Our 30 years old case presented with acute abdomen syndrome in 13th week of gestation. The color doppler sonographic evaluation revealed right ovary as a solid mass, 90*50 mm in diameter with increased vascularity and increased ovarian arterial blood flow. A right salpingo-oophorectomy was performed by exploratory laparotomy. As a result of histopathologic examination, massive ovarian edema was diagnosed.

Conclusion: The sonographic appearance is nonspecific and the definitive diagnosis requires histological examination. The consideration of this rare entity is important to prevent incorrect treatment.

Keywords: Massive ovarian edema.

Giriş

Masif over ödemi (MOÖ) over stromasında interstisyel sıvı birikmesi sonucu gelişen over tümörlerine benzer bir patolojidir. Nadir bir hastalıktır. Etiyopatogenezinde tekrarlayan kısmi over torsiyonu sorumlu tutulmaktadır.¹

Daha çok 6-33 yaş arası genç yaş gurubunda bildirilmekle birlikte menopoza yaş gurubunda da olgu sunulmuştur.^{2,3}

Konservatif tedavi genç yaş gurubunda over fonksiyonlarının korunması için gereklidir. Preope-

ratif tanısı güçtür. Spesifik US ve MR bulguları yeterince tanımlanmamıştır.

Olgumuzda görüntüleme bulguları ve ovulasyon indüksiyonu ile ilişkisi ortaya konarak literatürde bu konudaki verilere katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Olgu

30 yaşında G1P0 olan kadın hasta aynı gün başlayan şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma ve vaginal kanama nedeniyle acil olarak kliniğimize başvurdu.

Hastanın Kломifen sitrat ile yapılan ovulasyon induksiyonu sonucu gerçekleşen, son adet tarihine göre 13 haftalık gebeliği mevcuttu. Düzenli antenatal takibi yapılmakta olup rutin kontrolü 10 gün önce gerçekleşmişti.

Muayenesinde batın sağ yan tarafında gebe uterusun tam ayrıtı edilemeyen sınırları düzenli kitle palpe edildi. Alt kadranlarda belirgin defans mevcuttu. Pelvik muayenede servikal ostan sızan az miktarda kanama, 13 haftaya uygun büyüklükte yumuşak uterus, uterusun sağında ağırlı büyük yumuşak kitle palpe edildi.

Batın ultrasonografisinde 13 hafta + 5 günlük büyüklükte tek canlı fetus, retroplental 36*14 mm hematoma tesbit edildi. Gebe uterusu komşu sağ adneksiyal alanda 90*50 mm boyutlarında solid kitle izlendi. Renkli doppler inceleme yapıldığında sağ overdeki kitlenin içerisinde vaskülarite artışı (Resim 1), ayrıca sağ ovarian arterde akım debisinde artış gözlemlendi. RI değerleri 0.60 olarak saptandı. Douglas'ta az miktarda serbest mayı izlendi.

Akut batın tablosu nedeniyle laparotomiye karar verildi. Göbek altı median insizyon ile batına girildi. Eksplozasyonda uterus cesameti gebelik haftası ile uyumlu idi. 20 ml kadar seröz vasıfta serbest sıvı izlendi. Sitolojik inceleme için örnek alındı. Sağ overde 90*60*30 mm boyutlarında koyu kırmızı

renkte semitorsiyone kitle mevcuttu. Acil şartlarda 'frozen section' yaptırma şansı olmadı. Sağ oofektomi yapıldı. Kanama kontrolünü takiben operasyona son verildi.

Sitolojik örneğin mikroskopik incelemesinde kanamalı eritrositler içeren zeminde az sayıda lenfositler, yanı sıra reaktif karakterde mesotel hücre grupları izlendi. Patolojik incelemede sağ overin makroskopik olarak 90*60*50 mm boyutlarında, kesit yüzü kanamalı, parlak, koyu kırmızı renkte ve solid olduğu izlendi. Mikroskopik incelemede ödemli stromada yer yer mikrokistik yapılar ve eritrosit ekstrasizasyonu gösteren vasküler alanlar ile dilate lenfatikler dikkati çekti (Resim 2). Histopatolojik bulgularla olguya masif over ödemi tanısı kondu.

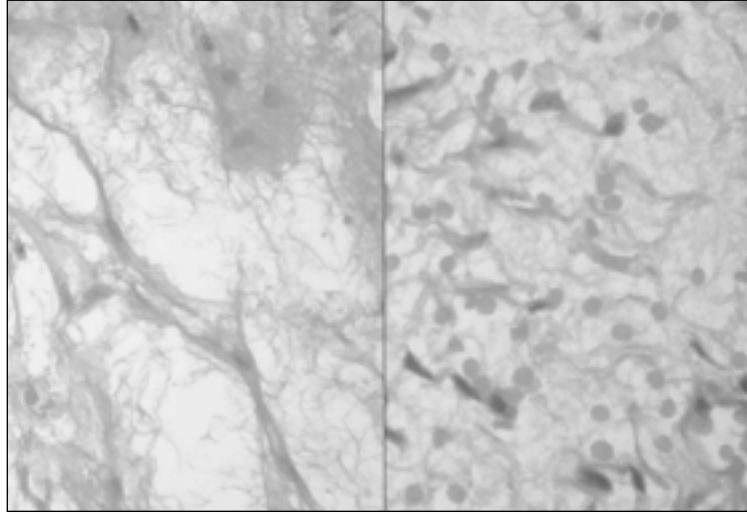
Postoperatif dönemde hastanın vaginal kanaması kesildi, ağrısı olmadı. Ultrasonografik izlemde retroplental hematoma kayboldu. Postoperatif 7. günde salı ile taburcu edildi. Antenatal takiplerinde başka sorun yaşanmadı. Halen 37. haftasında gebelik devam ediyor.

Tartışma

Masif over ödeminin etiyolojisinde over pedikülünün tekrarlayan kısmi torsiyonu sorumlu tutulmaktadır. Torsiyonla venöz ve lenfatik akım bozu-



Resim 1. Sağ ovarian kitle içerisinde vaskülarite artışı.



Resim 2. Mikroskopik incelemede ödemli stroma, eritrosit ekstrasvazasyonu, dilate lenfatikler.

lurken arteriel akımın sürmesi tablonun gelişmesine yol açmaktadır. Ancak olguların yarısında cerrahi sırasında torsiyon görülebilmektedir.² Bizim olgumuzda kısmi torsiyon bulguları mevcuttu.

Olguların %15'i bilateral, %85'i unilateraldir ve %75'i sağ overi tutar. Sağda over veni direkt vena cavaya drene olduğundan basınç daha yüksektir. Çoğunlukla sağ overi tutması over venlerindeki basınç farkları ile açıklanmaktadır.⁴ Bizim olgumuzda da sağ overde gelişmiştir.

Olgular torsiyona sekonder olarak akut ağrı kliniğiyle hastaneye başvurmaktadırlar.^{5,6} Olgumuz da akut batın kliniği ile başvurmuştur.

Masif over ödemi olgularında preoperatif kesin tanı konulması güçtür. Yayınlanan olgular konvansiyonel ultrasonografi, renkli Doppler sonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Sonografik bulguları çeşitlidir, çoğunlukla solid tümör benzeri kitle görünümü tanımlanmıştır. Myometriümden daha hipoeoik olması, periferik yerleşimli kistik komponentler de içermesi literatürde tanımlanan diğer ultrasonografik özellikleridir.^{3,7,8} Bununla beraber tek başına ultrasonografi ile MOÖ tanısı konmuş olgu yoktur.

Bu olgular için karakteristik Doppler özellikleri tanımlanmamıştır. Tam torsiyon olduğunda overin kan akımının kesilmesi ve Doppler sonografi ile damarlanma görülmemesi beklenir. Ancak over iki ayrı kaynaktan kan aldığından damar sistemlerinin

torsiyondan etkilenme derecelerine göre bulgular değişebilecektir. Torsiyonda ilk bulgu venöz kan akımı yokluğudur, bu dönemde arteriel akım yüksek dirençli olarak gösterilebilir. İnkompakt veya aralıklı torsiyonda Doppler sonografi bulguları minimal olabilir.^{9,10} Güvenal ve arkadaşları sundukları bir MOÖ olgusunda Doppler ile normal kan akımları ölçmüşlerdir.¹¹ Bizim olgumuzda Doppler incelemede ovarian kitle içerisinde artmış vaskülarite, over arterinin akım debisinde artış saptandı. Ovarian arterde ve over parankiminde yüksek dirençli akım örnekleri kaydedildi. Bu bulgular tam bir torsiyon olmadığı yönünde yorumlanmıştır.

MOÖ olgularında yayınlanan MRI bulgularında T1 ağırlıklı görüntülerde heterojen düşük intensite, T2 ağırlıklı görüntülerde homojen yüksek intensite tanımlanmıştır.⁸ Ultrasonografi ile MRI kombine değerlendirildiğinde preoperatif tanı şansının artacağından söz edilmektedir.¹² Olgumuzda acil şartlarda müdahale edildiği için MRI değerlendirme yapılamamıştır.

Literatürde polikistik over sendromu ve infertilite ile MOÖ birlikteliği yayınlanmıştır.^{13,14} İnfertilite tedavisinde ovulasyon indüksiyonu uygulanması over volümünü artırarak torsiyona predispoze bir durum yaratabilmektedir. Patty ve arkadaşları kломifen sitrat ile yapılan ovulasyon indüksiyonu sonucu gelişen bir masif over ödemi olgusu yayınlanmıştır, ancak bu olguda gebelik gerçekleşme-

miştir.¹⁵ Olgumuz klomifen sitrat ile yapılan ovulasyon indüksiyonu sonucu gebelik elde edilmiş, gebeliğin seyri sırasında tablo gelişmiştir. Gebelikte yayınlanmış iki masif over ödemi olgusu bulunmaktadır,^{8,16} olgumuz üçüncüdür.

Sonuç olarak masif over ödemi genç hastalarda nadir görülen benign bir patolojidir. Yayınlanan az sayıda olguda preoperatif veya intraoperatif tanı konularak konservatif tedaviyle over fonksiyonlarını korumak mümkün olmuştur.^{11,18} Genç yaş gurubu ve infertil hastalarda görülebilmesi nedeniyle ovulasyon indüksiyonu uygulanan hastalarda akılda bulundurulması gerekmektedir. Görüntüleme bulguları nonspesifik ve yeterince tanımlanmamıştır. Olgumuzda görüntüleme bulguları ve ovulasyon indüksiyonu ile ilişkisi ortaya konarak literatürde bu konudaki verilere katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1. Clement PB, Nonneoplastic lesions of the ovary. In: Kurmann RJ ed. Blaustein's Pathology of the female genital tract. New York, Springer-Verlag 2002: 699-703.
2. Shirk JO, Copas PR, Kattine AA. Massive ovarian edema in a menopausal woman. A case report. *J Reprod Med* 1996; 41: 359-62.
3. Roberts CL, Weston MJ. Bilateral massive ovarian edema: a case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11: 65-7.
4. Vasconcelos A, Couceiro C, Cunha TM. Massive ovarian oedema. *Eurorad* 2001, Nov 02: Case 1323.
5. Yuce K, Yucel A, Tanir M, Ayhan A. Massive bilateral ovarian edema: report of 2 cases. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998; 19: 305-7.
6. Himmetoglu MO, Erdem A, Erdem M, Mesut A, Uluoglu O. Massive ovarian edema - A case report. *Gynecol Obstet & Reprod Med* 1999; 5: 43-4.
7. Umesaki N, Tanaka T, Miyama M, Kawamura N. Sonographic characteristics of massive ovarian edema. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 479-81.
8. Hall BP, Printz DA, Roth J. Massive Ovarian Edema: Ultrasound and MR Characteristics. *J Computer Assist Tomogr* 1993; 17: 477-9.
9. Rosado W, Trambert M, Gosink B. Adnexal torsion:Diagnosis by using Doppler sonography. *Am J Rad* 1992; 159: 1251-53.
10. Fleischer A, Cullinan J, Kepple D, et al. Conventional color Doppler TVS of pelvic masses: A comparison of histologic specificity. *J Ultrasound Med* 1993; 12: 705-12.
11. Guvenal T, Cetin A, Tasyurt A. Unilateral massive ovarian edema in a woman with polycystic ovaries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99: 129-30.
12. Umesaki N, Tanaka T, Miyama M, Nishimura S, Kawamura N, Ogita S. Successful preoperative diagnosis of massive ovarian edema aided by comparative imaging study using magnetic resonance and ultrasound. *Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol* 2000; 89: 97-9.
13. Güvenal T, Çetin A, Taşyurt A. Unilateral massive ovarian edema in a women with polycystic ovaries. *Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol* 2001; 99: 129-30.
14. Sageshima M, Masuda H, Kawamura K, Shozawa T. Massive ovarian edema associated with polycystic ovary. *Acta Pathol Jpn* 1990; 40: 73-8.
15. Patty JR, Galle PC, McRae MA. Massive ovarian edema in a woman receiving clomiphene citrate. A case report. *J Reprod Med* 1993; 38: 475-9.
16. Lambert B, Lessard M. Massive ovarian edema in a twin pregnancy. *Can J Surg* 1987; 30: 40-1.
17. Kocak M, Caliskan E, Haberal A. Laparoscopic conservation of the ovaries in cases with massive ovarian oedema. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 53: 129-32.
18. Hubbell GP, Punch MR, Elkins TE, Abrams GD. Conservative management of bilateral massive edema of the ovary. A case report. *J Reprod Med* 1993; 38: 61-4.