

Nosečnost v jajčniku po zdravljeni istostranski tubarni nosečnosti pri ženski v postopku IVF-ET zaradi neplodnosti – Prikaz primera

Ovarian pregnancy after laparoscopically removed ipsilateral ovarian tube because of tubarian pregnancy in a woman treated by IVF-ET procedure because of infertility – Case report

Neda Bizjak, Jure Klanjšček

*Ginekološko –
porodniška služba, SB
Franc Derganc, Ulica
padlih borcev 13, 5290
Šempeter pri Gorici*

Korespondenca/ Correspondence:

dr. Neda Bizjak,
e: dr.neda.bizjak@gmail.
com

Ključne besede:

zunajmaternična
nosečnost; nosečnost v
jajčniku; laparoskopija;
tubektomija; neplodnost;
postopek IVF-ET

Key words:

extrauterine pregnancy;
ovarian pregnancy;
laparoscopy;
salpingectomy; infertility;
IVF-ET procedure

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2015;
84: 861–65

Prispelo: 11. jul. 2014,
Sprejeto: 14. jul. 2015

Izvleček

Nosečnost v jajčniku je redek pojav. Opisujemo primer nosečnosti v jajčniku pri bolnici po IVF-ET, ki je v preteklosti že imela opravljeno istostransko salpingektomijo zaradi zunajmaternične nosečnosti. Četudi bolnica ni imela simptomov, smo glede na nezadosten porast β hCG in ultrazvočno sliko postavili sum na ovarijsko nosečnost, ki je bila kasneje tudi med posegom in patohistološko potrjena. Po nekaj nepravilno naraščajočih vrednostih β hCG v krvi in zaradi vedno bolj prepričljive UZ slike, da v maternični votlini nosečnosti ni, pač pa se je na desnem jajčniku večala in postajala jasnejša gestacijski vrečki podobna struktura, smo se hitro odločili za laparoskopijo, ki je potrdila naš sum. Diagnostično laparoskopijo smo nadaljevali z endoskopsko operacijo, pri kateri smo iz desnega jajčnika široko izrezali gestacijsko vrečko.

Levi jajčnik in jajcevod sta bila pri laparoskopiji popolnoma normalna in brez sprememb ali znakov kroničnega vnetnega dogajanja na njih.

Abstract

Ovarian pregnancy is a rare condition. In the article, we report a case of ovarian pregnancy in a 42-year old woman who had already undergone an ipsilateral tubectomy because of an extrauterine pregnancy.

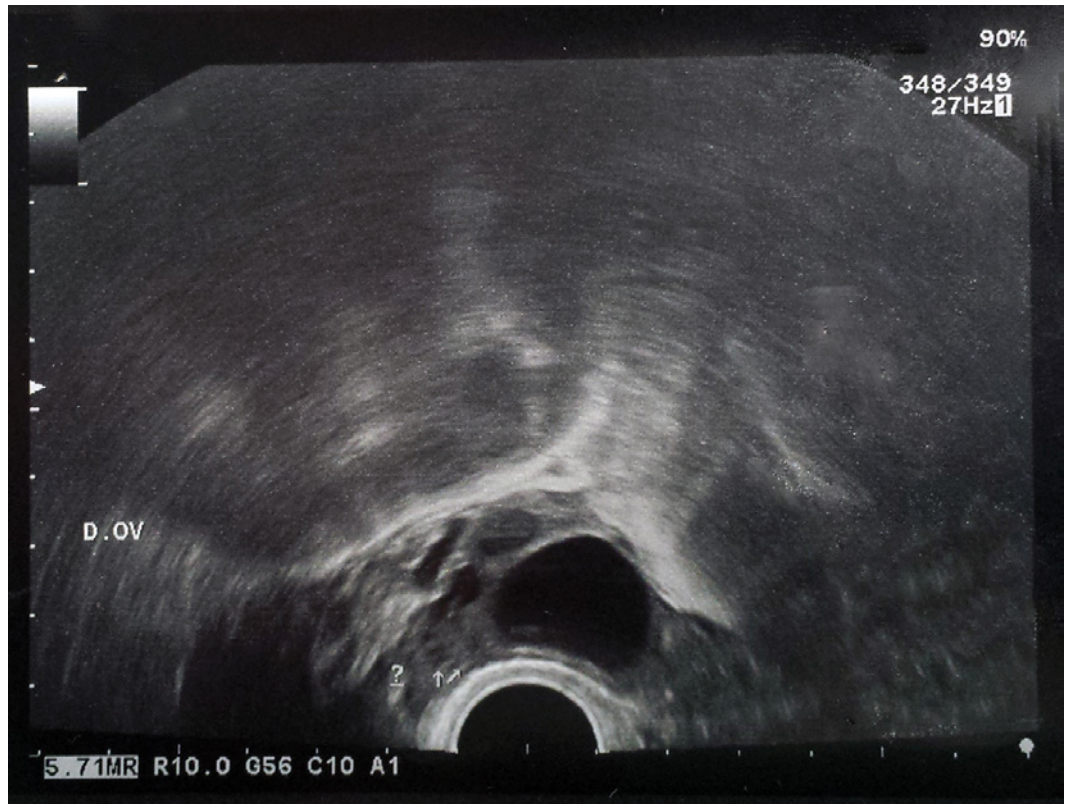
Even though the patient showed no symptoms, the inadequate rise of β hCG and the ultrasound scan were suspicious for an ovarian pregnancy, which was later confirmed intraoperatively as well as pathohistologically.

Repeated measurements showed insufficient increase in β hCG levels and vaginal echography revealed an atypical anechoic mass situated on or in the right ovary. The anechoic mass seen at the right ovary become more and more typical for gestational sac.

Owing to the fact that the uterine cavity was empty, without echo-signs of intrauterine pregnancy, and because of her past experience of extrauterine pregnancy, we immediately decided to perform a diagnostic laparoscopy, which confirmed our suspicion. The gestational sac was laparoscopically removed.

The ovary and fallopian tube on her left side were normal and without any evidence of chronic inflammatory disease.

Slika 1: Nejasna anehogena struktura ob desnem jajčniku.



Uvod

Zunajmaternična nosečnost predstavlja pomembni delež zdravstvene problematike, saj je vzrok 10 % vseh maternalnih smrtnosti.¹

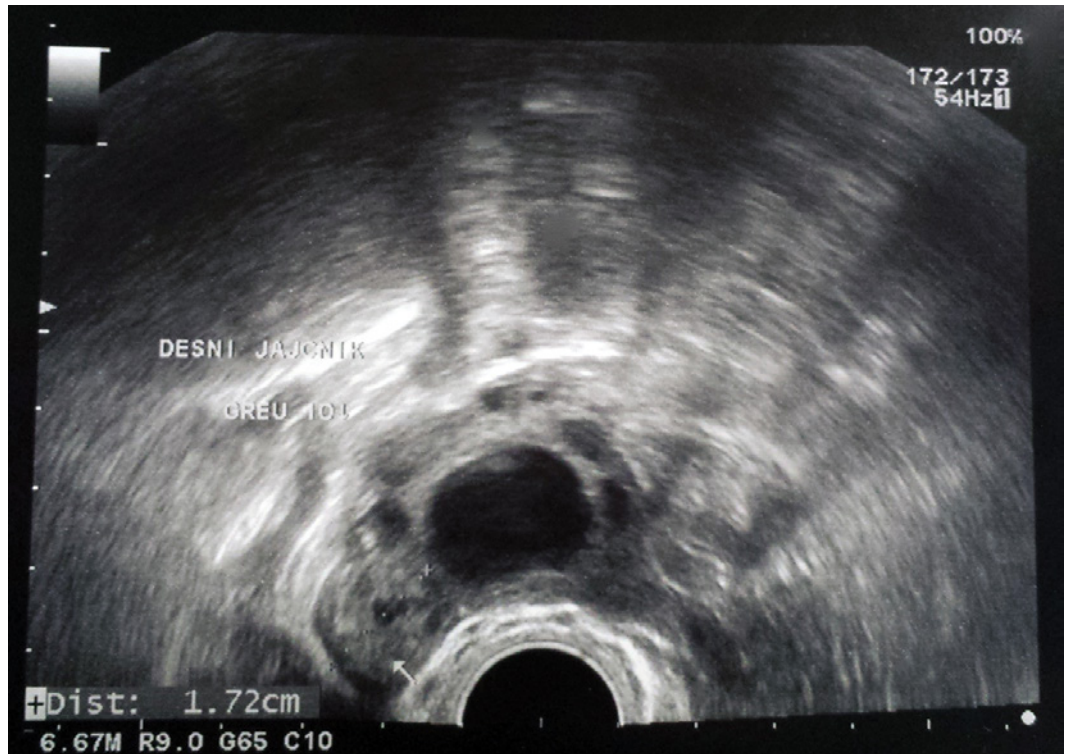
Nosečnost v jajčniku je redka oblika zunajmaternične nosečnosti, pri kateri pride do implantacije zarodka v jajčniku. Pojavlja se v okoli 3 % vseh zunajmaterničnih nosečnosti, oziroma približno v 1/7000 vseh nosečnosti.^{2,3,4} V skupini žensk po umetni oploditvi z embriotransferjem (*angl. in vitro fertilisation with embryo transfer, IVF-ET*) je pojavnost še nekoliko višja.⁵ Včasih je v diagnostiki težko ločiti med primarno nosečnostjo v jajčniku in nosečnostjo, ki se prične v distalnem delu jajcevoda in kasneje vključi jajčnik. Prva diagnostična merila je postavil že Spiegelberg leta 1878,⁶ ki pa se v zadnjem času, ob napredku diagnostičnih in terapevtskih metod več ne pokažejo kot primerna za potrditev nosečnosti v jajčniku.⁷

V zadnjih letih je incidenca nosečnosti v jajčniku v porastu, najverjetneje zaradi boljše diagnostike, sočasne uporabe in korelacije transvaginalnega ultrazvoka (UZ) in merjenja ravni β hCG v krvi pri ženski.¹ Nekatere raziskave kažejo, da se lahko nezaželeno, nepravilno nosečnost po zunajtelesni oploditvi (biokemična nosečnost, spontani splav, zunajmaternična nosečnost, večplodna nosečnost) lahko napove s pomočjo višine vrednosti β hCG v krvi nosečnice, 13. dan po transferju zarodka, ter nadaljnimi kontrolami vrednosti v rednih časovnih presledkih.⁸ Porast incidence nosečnosti v jajčniku nekateri povezujejo s povečano uporabo materničnega vložka in široko uporabo stimulacije ovulacije.^{1,9} Običajni dejavniki tveganja za zunajmaternično nosečnost, kot so prebolelo pelvično vnetje ali operacije na rodilih, naj ne bi vplivale na pogostost nosečnosti v jajčniku.⁹

Tabela 1: Dinamika vrednosti β hCG pri opisani bolnici.

Datum	18. 11. 2013	25. 11. 2013	02. 12. 2013	06. 12. 2013	09. 12. 2013
vrednost β hCG	25	183	1386	3334	4062

Slika 2: Gestacijski vrečki podobna, anehogena struktura (anehogeni ring) ob desnem jajčniku.



Opisujemo primer nosečnosti v jajčniku po IVF-ET pri bolnici, ki je v preteklosti zaradi tubarne zunajmaternične nosečnosti že imela opravljeno istostransko salpingektomijo.

Prikaz primera

42-letna gospa je bila v postopku zdravljenja neplodnosti zaradi poznega reproduktivnega obdobja in moške neplodnosti že od leta 2011. Menstruacijski ciklusi so bili do tedaj redni, pri partnerju je bila ugotovljena oligoastenoteratozoospermija. V aprilu 2013, po drugem postopku zunajtelesne oploditve, je prišlo do zunajmaternične nosečnosti v desnem jajcevodu, ki ji je bil laparoskopsko odstranjen.

Pri zadnjem, tretjem postopku so v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor uporabili kratek protokol spodbujanja ovulacije z rekombinantnimi gonadotropini in antagonistami GnRH. Pridobljenih je bilo 16 jajčnih celic, od tega 13 zrelih, peti dan sta bila prenešana dva zarodka v stadiju blastociste. 13. dan po prenosu zarodkov je bila izmerjena vrednost β hCG v njeni krvi 25 IE/L.

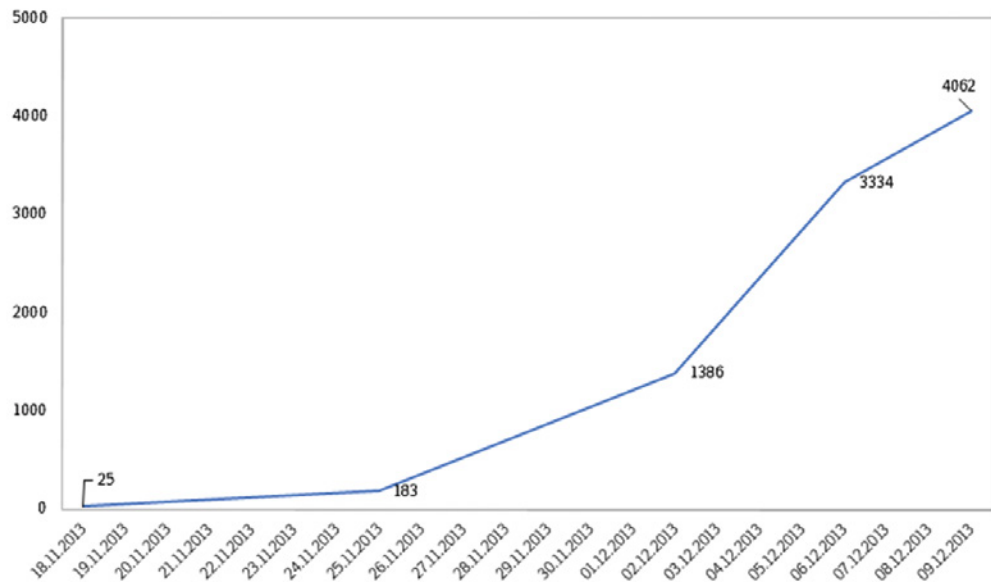
V nadaljevanju smo v ginekološki ambulanti Splošne bolnišnice Nova Gorica redno spremljali vrednosti β hCG, ki so narašča-

le (Tabela 1). Dne 6. 12. 2013 je bil opravljen prvi kontrolni vaginalni UZ. V maternici je bila sluznica proti fundusu zadebeljena, vendar v kavumu ni bilo videti elementov nosečnosti. V obeh jajčnikih sta bili vidni cisti s hiperehogeno vsebino. V desnem jajčniku ob zunanem polu je bila prisotna še dodatna anehogena struktura okroglaste oblike, ki je nekako izstopala izmed ostalega tkiva jajčnika. V trebuhu ni bilo proste tekočine (Slika 1).

Dne 9. 12. 2013 je bila kontrolna vrednost β -hCG 4.062, kar je pokazalo na nezadosten porast. Gospa ni navajala nobenih težav, krvavela ni, bolečin v trebuhu ni imela. Vaginalni UZ ni pokazal elementov nosečnosti v maternični votlini. V levem jajčniku je bila vidna cista, v desnem prav tako. V zunanem polu desnega jajčnika se je nakazoval obroček premera 1,7 mm, ki je spominjal na gestacijski obroček. V trebuhu je bilo minimalno proste tekočine (Slika 2). Odločili smo se za sprejem in laparoskopijo naslednji dan. V osnovnih predoperativnih laboratorijskih preiskavah ni bilo odstopanj od normalnih vrednosti.

V splošni anesteziji smo opravili laparoskopsko operacijo. Maternica je bila normalna, z manjšim, klinično nepomembnim

Slika 3: Naraščanje vrednosti BHCG v krvi, grafični prikaz.



subseroznim miomom. Levi jajcevod je bil na izgled zdrav, na levem jajčniku je bila za oreh velika, verjetno folikularna cista. Desni jajcevod je bil odsoten, na desnem jajčniku manjša cista in na zunanjem polu za grah velika, hemoragično prežeta struktura, iz katere je kapljala kri – zunajmaternična nosečnost. Narejena je bila tubektomija levostransko, resekcija ciste na levem jajčniku, izpraznitev ciste desnega jajčnika ter odstranitev ovarijske nosečnosti. Sledila je elektrokoagulacija ležišč, eksuflacija in šivi vbodnih mest, preparate smo poslali na patohistološko preiskavo, ki je pozneje potrdila diagnozo, postavljeno med operacijo. Patolog je v vzorcu, odstranjenem z desnega jajčnika, našel tkivo bolnice. Ciste so bile folikularne.

V nadaljevanju je bilo počutje bolnice dobro, drugi dan po operaciji je bila odpuščena v domačo oskrbo. Vrednosti β -hCG so upadle, na kontrolnem pregledu teden dni po operaciji je bila subjektivno brez težav.

Razpravljanje

Ultrazvočno se ovarijska nosečnost opisuje kot tipičen ehogeni obroček z debelejšo steno, z manjšim področjem eholucentnosti znotraj njega, lociran na površini jajčnika ali v jajčniku samem. Ehogenost obročka je bolj poudarjena v primerjavi z ostalim tkivom jajčnika, vendar pa mora biti ginekolog, ki

opravlja UZ-preiskavo, izurjen in obstajati mora sum, da gre za nosečnost v jajčniku, saj je takšen gestacijski obroček, še posebno v spodbujenem jajčniku, zelo lahko zamenjati s hemoragičnim corpusom luteumom ali hemoragično cisto. Zelo redko znotraj gestacijskega obročka vidimo rumenjakov mehurček ali celo zarodek. Pri diagnosticiranju nosečnosti na jajčniku uporaba dopplerskega UZ le malo pripomore.^{10,11}

Ob obravnavi nosečnosti neznane lokacije, ko ob ne dovolj povišanih vrednostih β hCG, ne vidimo znakov znotrajmaternične nosečnosti, moramo vedno imeti v mislih tudi to možnost. Prva stopnja diagnosticiranja je vaginalni ultrazvok. Če ob rednih kontrolah in nezadostnem naraščanju vrednosti β hCG v krvi pri preiskavi ugotovimo na jajčniku zgoraj opisane spremembe, v maternici pa homogeno zadebeljeno sluznico, s prisotno prosto tekočino ali brez nje v Douglasovem prostoru, je najpametneje nadaljevanje postopka, laparoskopija, ki je običajno dokončna diagnostična in hkrati tudi terapevtska možnost.

Metoda izbire pri operaciji je selektivna ekcizija gestacijske vrečke iz jajčnika, bodisi s cistektomijo ali klinasto resekcijo jajčnika, odvisno od tega, kje je nosečnost vsajena. Dobljeni material moramo poslati na patohistološko preiskavo za dokončno potrditev diagnoze.¹²

Opisani so tudi (bolj ali manj uspešni) poskusi zdravljenja s sistemsko uporabo ali z infiltracijo metotreksata neposredno v nosečnost samo.^{13,14} Ker je strokovne literature o teh metodah malo, je težko vnaprej napovedati, kateri dejavniki, ki bi lahko vnaprej napovedovali uspešnost takšnega zdravljenja, so pri tem pomembni in katera bolnica bi bila prava kandidatka za tak način zdravljenja.

V našem primeru je šlo za stanje po istostranski tubektomiji zaradi že znane zunajmaternične nosečnosti v jajcevodu po postopku IVF-ET. Gospa je ponovno zanosila po postopku IVF-ET, tokrat se je nosečnost ugnezdila na jajčnik.

Možni mehanizmi nastanka takšne nosečnosti so retrogradna migracija oplojenega jajčeca iz maternične votline skozi jajcevod in implantacija na jajčnik. Pri tem je potrebno upoštevati volumen vbrizganega medija, v katerem je kultura oplojenih

jajčec. Drugi način predstavlja spontana oploditev iz jajčnika neaspiriranega oocita v postopku IVF-ET. To bi bilo teoretično možno, če se spolni odnos zgodi v terminu, ko je narejena aspiracija oocitov. Ne nazadnje je potrebno upoštevati tudi možnost obstoja fistule v predelu roga maternice med maternico in medenično votlino.⁵

Naše mnenje je, da v primeru nezadostnega naraščanja vrednosti β hCG v krvi ob UZ vidnem zadebeljenem centralnem odmevu sluznice v maternici, ob odsotnosti znakov nosečnosti v maternici, in prisotnih spremembah na jajčniku ali ob njem, s prosto tekočino v trebuhu ali brez nje, pri ženski po postopku IVF-ET laparoskopija ostaja zlati standard in metoda izbire za diagnostičiranje ter hkrati tudi za zdravljenje nosečnosti v jajčniku.

Razumljivo je, da po operaciji spremljamo vrednosti β hCG v krvi bolnice do upada.

Literatura

1. Das S, Kalyani R, Lakshmi V, Harendra Kumar M L. Ovarian pregnancy. *Indian J Pathol Microbiol.* 2008; 51: 37–8
2. M.R. Gaudoin, K.L. Coulter, A.M. Robins, A. Verghese, K.P. Hanretty. Is the incidence of ovarian ectopic pregnancy increasing? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1996; 70: 141–3.
3. Grimes HG, Nosal RA, Gallagher JC. Ovarian Pregnancy—A Series of 24 Cases. *Obstet Gynecol.* 1983; 61: 174–80.
4. Raziell A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-El R (2004) Ovarian pregnancy—a 12-year experience of 19 cases in one institution. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 114: 92–6
5. Marcus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilisation and embryo transfer: Report of seven cases. *Fertil Steril.* 1993; 60: 167–9.
6. Spiegelberg, O. Zur kazuistik der ovarialschwangerschaft. *Arch Gynak.* 1878; 13: 73–9.
7. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002; 31: 741–6.
8. Reljić M, Knez J, Vlasisavljević V. Human chorionic gonadotropin levels are equally predictive for pregnancy outcome after fresh and vitrified-warmed blastocyst transfer. *J Assist Reprod Genet.* 2013; 30 : 1459–63.
9. Sandvei R, Sandstad E, Steier JA, Ulstein M. Ovarian pregnancy associated with the intra-uterine contraceptive device. A survey of two decades. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1987; 66 : 137–41.
10. Stein MW, Ricci ZJ, Novak L, Roberts JH, Koenigsberg M. Sonographic comparison of the tubal ring of ectopic pregnancy with the corpus luteum. *J Ultrasound Med.* 2004; 23 : 57–62.
11. Comstock C1, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan; 105 : 42–5.
12. Eienkel J, Baier D, Horn LC, Alexander H. Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndrome: Case report. *Hum Reprod.* 2000; 15: 2037–40.
13. Kudo M, Tanaka T, Fujimoto S. A successful treatment of left ovarian pregnancy with methotrexate. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi.* 1988; 40: 811–3.
14. Mittal S, Dadhwal V, Baurasi P. Successful medical management of ovarian pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2003; 80: 309–10.