

# Çoğul gebeliğin eşlik ettiği ciddi bir ovaryan hiperstimülasyon sendromu olgusu

Suna Özdemir, Nalan Cihangir, Mehmet Cengiz Çolakoğlu

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

**Amaç:** Kontrollü ovulasyon induksiyonu sonrasında çoğul gebeliği olan bir olguda gelişen ciddi ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) ve sonuçlarını literatür bilgileriyle birlikte tartışmak. **Olgu sunumu:** Kontrollü ovulasyon induksiyonu sonrası oosit aspirasyonu ve embryo transferi gerçekleştirilen olguda yaklaşık 15 gün sonra, karında şişlik, nefes almada zorluk ve idrar çıkışında azalma şikayetleri başladı. Pelvik ultrasonografisinde her iki overin hiperstimüle görünümde olması, batında yaygın serbest sıvı saptanması üzerine ciddi OHSS tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın hemogram bulgusu, Hb: 14.9 gr/dl, Htc: % 44.2, WBC: 13,100 idi. Diğer biyokimyasal değerleri normal sınırlarda kaydedildi.  $\beta$ -HCG titresinin yüksekliğine bağlı olarak gebelik pozitif olarak değerlendirildi. Olgumuz intravenöz kolloid replasman tedavisine yanıt vermedi. Toplam 10,000 cc parasentez ve 5000 cc torasentez yapıldı. Sıvı destek tedavisine rağmen genel durumunda bozulma devam etti. Bunun üzerine 8 hafta 1 gün ile uyumlu olan üçüz gebeliği sonlandırıldı. Gebeliğin sonlandırılmasını takiben genel durumu hızla düzelen ve bulguları normale dönen olgu sağlıklı olarak taburcu edildi. **Sonuç:** Rutin tedavilere yanıt vermeyen ve genel durum bozukluğu artarak devam eden OHSS olgularında gebeliğin sonlandırılması öncelikli olarak düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Ciddi OHSS, üçüz gebelik, gebelik sonlandırma

## A case of severe ovarian hyperstimulation syndrome in a multiple pregnancy

**Objective:** To discuss the necessity of the termination of the triple pregnancy causing severe ovarian hyperstimulation syndrome after controlled ovulation induction. **Case report:** Approximately 15 days later, after the aspiration of the oocytes and transference of the embryos, patient complained abdominal distention, shortness of breath, decreased urine output. The ultrasound examination showed hyperstimulated ovaries and extensive abdominal ascites. The patient was diagnosed as severe OHSS and then hospitalized. On admission, blood count was: Hb: 14.9 g/dl, Htc: 44.2%, WBC: 13,100, renal and liver function test were normal. Also  $\beta$ -HCG was positive. Although I.V. colloid replacement was appropriately supported; OHSS was still life-threatening complication for this patient. In addition 10,000 cc paracentesis and 5000 cc thoracentesis and I.V. colloid replacement was performed, vital signs did not improve. The termination of the triple pregnancy at 8<sup>th</sup> week of gestation was offered against the life of the mother. The family accepted termination and immediately it was performed. After the termination of pregnancy, patient vital signs and laboratory findings returned to normal condition and she was discharged. **Conclusion:** Termination of pregnancy should be considered in cases with OHSS who do not respond to routine treatments and have deteriorated general condition.

Key words: Severe OHSS, triple pregnancy, termination of pregnancy

## Genel Tıp Derg 2009;19(1): 37-39

OHSS mortalite riski olan ve kontrollü ovulasyon induksiyonu sonrası gelişen ciddi bir komplikasyondur ve oluşum mekanizması tam olarak

bilinmemektedir. Kontrollü ovulasyon induksiyonu sonrasında human chorionic gonadotropin (hCG) uygulaması ile renin-angiotensin yolunun aktifleşmesi sendromun gelişmesinde önemli rol oynar. Ayrıca ortamdaki vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF), endotelin 1 ve sitokinlerin overin kapiller geçirgenliğini artırarak proteinden zengin sıvının interstisyel alana geçmesinin de sendromun

Yazışma adresi: Dr.Suna Özdemir, Alavardı Mah. Antep Sok.  
No:3/8 Meram/Konya

e-posta: snmstf@yahoo.com

gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (1). OHSS gelişiminde stimüle edilen foliküllerin ve toplanan oositlerin çok sayıda olması da önemlidir. Ayrıca polikistik over sendromu varlığı ve yüksek serum östradiol seviyesi de sendromun gelişmesinde diğer ilişkili faktörlerdir (2). Sendromun ciddi formlarında dolaşımdaki sıvının kompartıman değiştirmesi nedeniyle akut böbrek yetmezliği, hipovolemik şok ve solunum yetmezliği gelişebilir.

OHSS gelişim zamanına göre erken veya geç başlangıçlı olarak iki farklı formda tanımlanır. Erken başlangıçlı OHSS oositlerin toplanması sonrası yaklaşık 9 gün içerisinde gelişen ve yüksek serum östradiol seviyesi ve stimüle edilmiş çok sayıda foliküllerin varlığı ile yakın ilişkili bir durumdur. Geç başlangıçlı OHSS ise oositlerin toplanmasından yaklaşık 9 gün sonra gelişir ve sıklıkla çoğul gebeliğe eşlik eder (3). Ciddi OHSSde over boyut artışı, batında asit, hipovolemi, plevral efüzyon, hiperkoagülasyon, elektrolit bozuklukları ve oligüri saptanabilir. Burada geç başlangıçlı, çoğul gebeliği bulunan, dirençli ve ağır bir klinikle seyreden bir OHSS olgusu literatür bilgileri de gözden geçirilerek sunuldu.

### Olgu sunumu

26 yaşında, 3 yıllık infertilite öyküsü olan ve daha önce bu konuda herhangi bir tedavi almamış olgumuz gebelik istemi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bilateral polikistik over görünümü dışında pelvik ultrasonografisinde herhangi bir patoloji izlenmedi. Oligoastenospermi de bulunan çifte ovulasyon induksiyonu sonrasında IVF-ET yapılmasına karar verildi. Olguya, GnRH agonist ile supresyon sonrasında recFSH ile kontrollü ovulasyon induksiyonu yapıldı. HCG uygulamasından 36 saat sonra oosit aspirasyonu yapıldı ve embryo transferi gerçekleştirildi.

HCG uygulamasından yaklaşık 15 gün sonra olgumuz, nefes almada zorluk, karında şişlik ve idrar çıkışında azalma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Başvuruda TA: 130/80 mmHg, nabız: 97 /dk, ateş: 36.8 °C olarak kaydedildi. Yapılan alt batin ultrasonografisinde batında yaygın serbest sıvı izlendi. Uterus normal görünümde ve endometrial kalınlık artmıştı (19 mm). Her iki over hiperstimüle, multikistik ve boyutları yaklaşık 11x17 cm olarak ölçüldü (Şekil). Hemogramında Hb: 14.9 gr/dl, Htc:



Şekil. Ultrasonografik büyümüş overler

% 44.2, WBC: 13,100 idi. Üre, kreatinin ve karaciğer enzim değerleri normal sınırlardaydı. Oda havasında arter kan gazı incelemesi pO<sub>2</sub>: 89 mmHg, pCO<sub>2</sub>: 43 mmHg ve PH: 7.3 olarak saptandı. Yüksek β-HCG değeri (480 IU) olduğu için gebelik lehine yorumlandı. Hasta OHSS tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın günlük aldığı ve çıkarttığı sıvı ölçümü, kilo artışı ve karın çevresi ölçümleri yapıldı. Ayrıca günlük hematokrit, beyaz küre sayımı, serum elektrolitleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinin takibi de yapıldı.

Olguda ilerleyen zamanda mobilizasyon güçlüğü başladı. Karında şişlik ve nefes almada zorluk gelişmesi üzerine hastaya 1500 cc intraperitoneal sıvı aspirasyonu uygulandı. Yapılan göğüs muayenesinde intraplevral sıvı tespit edildi ve hastaya 1000 cc torasentez uygulandı. Alınan sıvının eksüda vasfında olduğu saptandı. Daha sonra karın şişliğinin artması üzerine toplam 5000 cc parasentez uygulandı. Bu sırada Hb: 11.2 gr /dl, Htc: % 33.6, WBC: 8200 idi. Yapılan pelvik ultrasonografide sıvı miktarının arttığı ve uterin kavitede yaklaşık olarak 4 hafta 2 gün ile uyumlu üç adet gestasyonel kese izlendi. Ancak yapılan tüm müdahalelere rağmen hastanın hem plevral hem de peritoneal sıvısı artmaya devam etti.

Kliniğe yatışının 30. gününde toplam 10.000 cc parasentez ve 5000 cc torasenteze rağmen klinik durumu düzelmedi ve genel durum bozukluğu arttı. Bunun üzerine 8 hafta 1 güne ulaşmış olan gebeliği ailesinin de onayı alındıktan sonra sonlandırıldı. Olgumuz gebeliğinin sonlandırılmasından sonra 2

hafta daha takip edildi. Bu dönemde 4000 cc parasentez ve 3000 cc torasentezle birlikte albumin replasmanı da yapıldı. Üre ve kreatinin değerlerinde bir yükselme saptanmadı. Olgunun klinik durumunda yavaş bir düzelmeye izlendi. Batındaki serbest sıvısı azalmış ve over boyutları küçülmüştü (yaklaşık 60x50 mm). Son kan tablosunda Hb: 10.1, Htc: 31.1, WBC: 9000, üre:13, kreatinin: 0.7, albumin: 2.9 olarak ölçüldü. Genel durumu da düzelen hastamız taburcu edildi.

## Tartışma

Ciddi OHSS'nin tüm OHSS'ler içindeki insidansı % 0.56-6.5 arasında bildirilmiştir (4). Ciddi OHSS vakaları genellikle geç başlangıçlıdır. Geç başlangıçlı ciddi OHSS'ler tüm ciddi OHSS vakalarının % 68'ini oluşturur. Yapılan çalışmalarda geç başlangıçlı OHSS olgularında çoğul gebelik oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (5). Çoğul gebeliklerde yüksek seviyede salgılanan HCG, daha fazla vasoaktif madde salgılanmasını uyararak OHSS gelişimine neden olduğu ve tablonun ciddileşme riskini artırdığı düşünülmektedir. Bizim vakamız da benzer şekilde geç başlangıçlı ve üçüz gebeliği olan ciddi bir OHSS olgusuymdu. OHSS olgudan olguya farklı şiddette oluşabilmekte ve hastanın cevabına göre tedavisi gebeliği sonlandırma aşamasına gelebilecek kadar farklı olabilmektedir. Kontrollü ovulasyon induksiyonu yaparken oluşan bir OHSS olgusunun zamanında tanınması ve doğru şekilde tedavisine başlanması oluşabilecek ciddi ölümcül hadiselerin önlenmesinde önemlidir. Ciddi OHSS'lerde tromboembolik komplikasyonlar % 10-12'ye varan oranlarda bildirilmiştir (6). Özellikle jugular venlerde tromboembolizm ovulasyon induksiyonundan yaklaşık olarak 1 ay sonra meydana gelmektedir (7). Bizim olgumuzda herhangi bir tromboembolik komplikasyon gelişmedi.

ICSI sonrası oluşan bir gebeliğin bu tür bir komplikasyon sonrası sonlandırılması az rastlanan bir durumdur ve çok zorunlu olmadıkça tavsiye edilmez. Literatürde ovulasyon induksiyonu sonrasında ikiz gebeliği oluşan bir olguda 7. gebelik haftasında bilateral jugular ven trombozu ile komplike ciddi OHSS geliştiği bildirilmiştir. Antikoagulan tedaviye rağmen kliniği düzelmeyen bu olgunun 9. gebelik haftasında gebeliği sonlandırılmıştır (8). Bizim

olgumuzda mobilizasyonu dahi engelleyen ciddi asit ve hidrotoraksyla seyreden ağır bir klinik tabloya dönüştüğü için maternal nedenlerle gebelik sonlandırılmak zorunda kalındı. Literatürde IVF-ET sonrasında ikiz gebeliğe eşlik eden diğer ciddi bir OHSS vakasında 62 litre intraperitoneal ve 32 litre intraplevral asit aspirasyonu yapıldığı kaydedilmiştir (9). Bizim olgumuzda gebeliğin sonlandırılmasından önce ve sonra toplam olarak 14 litre intraperitoneal ve 8 litre intraplevral sıvı aspirasyonu yapılmıştır.

Klinisyenlerin OHSS konusunda bilgili ve deneyimli olmaları sendroma ait gelişen klinik tablonun kontrol altında tutulması açısından önemlidir. Her olguda gebeliğin sonlandırılması gerekliliği olmamakla beraber hastanın yaşamsal bulgularının bozulması ve ilerleyici diğer komplikasyonların gelişmesi durumunda, anne hayatı ön plana alınarak gebeliğin sonlandırılmasının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

## Kaynaklar

1. Paulson RJ, Do YS, Hsueh WA, Eggena P, Lobo RA. Ovarian renin production in vitro and in vivo: Characterization and clinical correlation. *Fertil Steril* 1989; 51: 634-8.
2. Enskog A, Henriksson M, Unander M, Nilsson L, Brännström M. Prospective study of the clinical and laboratory parameters of patients in whom ovarian hyperstimulation syndrome developed during controlled ovarian hyperstimulation for in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1999;71:808-14.
3. Mathur RS, Akande AV, Keay SD, Hunt LP, Jenkins JM. Distinction between early and late ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 2000; 73: 901-7.
4. Pride SM, James JS, Yuen BH. The ovarian hyperstimulation syndrome. *Semin Reprod Endocrinol* 1990; 8:247-60.
5. Papanikolaou EG, Tournaye H, Verpoest W, Camus M, Vernaev V, Van Steirteghem A, et al. Early and late ovarian hyperstimulation syndrome: Early pregnancy outcome and profile. *Hum Reprod* 2005; 20: 636-41.
6. Rao AK, Chitkara U, Milki AA. Subclavian vein thrombosis following IVF and ovarian hyperstimulation: A case report. *Hum Reprod* 2005; 20: 3307-12.
7. Delvigne A, Rosenberg S. Review of clinical course and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). *Hum Reprod Update* 2003; 9:77-96.
8. Cupisti S, Mueller A, Strauss R, Dittrich R, Beckmann MW, Binder H. Severe ovarian hyperstimulation syndrome in a twin pregnancy after intracytoplasmic sperm injection. *J Obstet Gynaecol Res* 2007; 33: 585-9.
9. Bar-Hava I, Orvieto R, Dicker D, Dekel A, Peley D, Ben-Rafael Z. A severe case of ovarian hyperstimulation syndrome: 65 liters of ascites aspirated in an on-going IVF-ET twin pregnancy. *Gynecol Endocrinol* 1995; 9: 295-8.