

Normal Gebelikte Hiperreaksiyo Luteinalis: Bir Olgu Sunumu

Yeşim Afşar Uncu*, Gürkan Uncu**, Nihat Gök**

ÖZET. Hiperreaksiyo luteinalis (HL), çok sayıda oluşan teka lutein kistlerinin overleri çok fazla büyümesi halidir. Nedeni kesin olarak bilinmemekte fakat, gonadotropinlerin çok artması veya over stromal hücrelerinin bu hormonlara aşırı duyarlılığı sonucu oluştuğu iddia edilmektedir. Genellikle, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, çoğul gebelikler veya over hiperstimülasyonu sonucu oluşan bu durum, spontan oluşan gebelikte çok nadir görülür ve over tümörlerine benzeyen bulgular verir. Burada 10 haftalık spontan oluşmuş gebelikte gelişen bir hiperreaksiyo luteinalis olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler .Hiperreaksiyo luteinalis .Gebelik .Gonadotropin.

Hiperreaksiyo Luteinalis

SUMMARY. Hyperreactio luteinalis (HL) is described as large ovaries with multiple theca lutein cysts. It is suggested that very high levels of gonadotropins or increased sensitivity to gonadotropins cause HL, although the etiology is not known definitely. It is usually seen with gestational trophoblastic neoplasia, multiple pregnancies or ovarian hyperstimulation syndrom but is very rarely seen in spontan singleton pregnancies and the findings mimic ovarian tumors. An HL case at 10 weeks of gestation was presented and literature was reviewed.

Key Words .Hyperreactio luteinalis .Pregnancy .Gonadotropin.

Fazla sayıda teka lutein kistleri oluşumu sonucu overlerin çok büyümesi olarak bilinen hiperreaksiyo luteinalisin, over tümörü ile ayırıcı tanısının yapılması tedavi yönünden çok önemlidir¹. Gebelikte adneksiyel kitle varlığı insidansı 1/81-2500 olarak çok geniş spektrumda bildirilmekte ve gebelik trimestirlerine göre nedenleri farklılık göstermektedir². Bu nedenlerden biri olan HL, sıklıkla gestasyonel trofoblastik hastalıklar, çoğul gebelikler ve uyarılmış sikluslarda meydana gelir³. Spontan oluşmuş gebelikte HL gelişimi çok nadirdir^{1,4-6}. Dolayısıyla, spontan tek gebelik ve HL durumunda ayırıcı tanının yapılması çok önemlidir. Burada, spontan oluşmuş bir gebelikte oluşan HL olgusu sunulmuştur.

Olgu

Son adet tarihini bilmeyen 20 yaşındaki hasta kusma, halsizlik ve karın ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede batında yaygın asit ve hassasiyet vardı, sol akciğer

bazalinde akciğer sesleri azalmıştı. Vulvada ödem ve hafif kliteromegali saptandı. Hafif kliteromegali dışında virilizm bulgusu yoktu. Ultrasonografik incelemede karın içinde yaygın serbest sıvı vardı. Sağ over 119x90 mm, sol over 92x90 mm büyüklüğünde ve içlerinde çok sayıda kistik oluşumlar vardı. Uterus içinde baş-popo uzunluğu ölçümüne göre 10 hafta 2 günlük tek fetus gözlemlendi. Hemogloblin: 16.1 gr/dl, Hematokrit: 49.7, Lökosit:18700, Üre: 47mg/dl, Kreatin:1.1 mg/dl. Total protein: 5.1 gr/dl, Albumin: 2.5 gr/dl olarak ölçüldü. Beta HCG düzeyi 196570 U/dl, Ca125: 1440 U/ml ve diğer tümör belirteçleri normal olarak saptandı. Estradiol, total testosteron, serbest testosteron, androstenedion ve 17 OH Progesteron düzeyleri sırasıyla 24017 pq/ml, 2.6 nq/ml, 2.1 pq/ml, 10.3 nq/ml ve 38 nq/ml olarak ölçüldü.

Ovulasyon indüksiyonu amacıyla herhangi bir tedavi almamış olan hasta HL tanısıyla yatırıldı. 3 gün, toplam 3300 cc asit parasentez ile boşaltıldı. Asit transuda özelliğinde ve benign mezotelyal hücreler içeriyordu. Hipoproteinemisinin düzeltil-

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

mesi için human albumin ve aminoasit solusyonu verildi. Hastanın batındaki asit miktarının artması, oligüri ve taşikardi olması, genel durumunun bozulması, her iki over boyutlarında artma olması nedeniyle, hastaneye yatırılışının dokuzuncu günü gebelik sonlandırıldı. Gebeliğin sonlandırılmasından iki hafta sonra yapılan ultrasonografik incelemede asit sıvısının çok azaldığı, sağ overin 71x47 mm, sol overin 50x28 mm boyutlarına indiği saptandı.

Tartışma

Hiperreaksiyo luteinalis, nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte gonadotropinlerin fazlalığı ya da overin gonadotropinlere hassasiyetinin artmasına bağlı olarak, overlerin çok büyüyüp kistik hal almalarıdır¹. Genellikle gestasyonel trofoblastik hastalıklar, çoğul gebelikler, diabetes mellitus, izoimmünizasyon ve indüklenmiş sikluslarda oluşan bu hastalığın spontan oluşmuş tek gebeliklerde görülmesi son derece nadirdir^{2,3}. Spontan oluşmuş tek gebeliklerde, adneksiyel kitle varlığında ayırıcı tanıda, over tümörü düşünülmemelidir². Gebelikte adneksiyel kitle 1/81-2500 gibi geniş spektrumda bildirilmiştir¹. Rutin ultrasonografik incelemelerin artmasıyla, klinik olarak şüphelenilmeyen adneksiyel kitleler artan oranda saptanmaya başlanmıştır. Bu kitlelerin yaklaşık yarısı 5 cm'den daha küçük, 1/4'ü 10 cm'den büyüktür. Tanı konulduğunda % 95 tek taraflı ve % 65 asemptomatiktir¹. 1. trimesterde 6 cm'den küçük olanların % 94'ü doğumdan sonraki 6. haftada kaybolurlar. 2. trimestir ve sonrasında saptananların % 75'inin, doğumdan sonraki 6. haftada sebat ettiği bildirilmiştir^{1,2}. Bunun nedeni, gebeliğin farklı dönemlerinde, adneksiyel kitle olarak karşımıza çıkan olguların nedenlerinin farklı olmasıdır. Hess ve ark. tarafından, gebelikte adneksiyel kitle saptanan 54 olgu bildirilmiştir. Bu olguların, 12. gebelik haftasından küçük olan 6'sının 4'ünde (% 66) teka-lutein kisti saptanırken, 1 olgu benign teratom, 1 olgu persiste follikül kisti olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada 12.-20. gebelik haftası arasındaki 5 olgunun sadece birisinde (% 20) luteal kist saptanmıştır. 21. gebelik haftasından sonra saptanan olguların arasında ise lutein kisti bildirilmemiştir². Fakat bu, HL'in gebeliğin sadece 1. ve 2. trimestirde görülebileceği anlamına gelmemelidir. Okedome ve ark. tarafından, 24 haftalık, Kaim ve ark. tarafından 26 haftalık, Schnorr ve ark. tarafından 19 haftalık, Muechler ve arkadaşları tarafından miadında gebelerde HL olguları bildirilmiştir⁵⁻⁸.

Önemli olan 2 nokta vardır. Birincisi, gebelikte adneksiyel kitle saptandığında izlenecek yolun ne olacağıdır. Hiperreaksiyo luteinalisin tanısının konulamaması hastayı gereksiz laparotomiye götürebilir. Wajda tarafından, adenoma düşünülerek ooferektomi yapılan 2 olgu bildirilmiştir⁹. Oysa HL olgularının çoğu konservatif tedaviyle iyileşmekte,

cerrahi ise rüptür, torsiyon, nekroz gibi komplikasyonlar oluştuğunda gerekmektedir.

İkinci önemli nokta ise, gonadotropinlerin uyarısına bağlı olarak androjenlerin yükselmesi, androjenlerin maternal virilizasyona ve 1/4 olguda fetal virilizasyona neden olmalarıdır¹⁰. Maternal virilizasyona rağmen fetal virilizasyonun az görülmesinin nedeni 19 karbonlu steroidlerin trofoblastik aromatisasyonla östrojene dönüşmesi, plasental metabolizma ve renal klerens sonucu androjenlerin atılmasıdır. Bizim olgumuzda androjen düzeyleri normal sınırlarda olup, hafif kliteromegali dışında virilizm bulgusu yoktu. Androjen salgılayan over tümörleri gebelikte çok nadir görülür ama HL diye düşünülüp yanlış tanı konulabilir¹¹. Bu nedenle HL'in, androjen salgılayan over tümörleri ile de ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır.

Sonuç olarak, bizim olgumuzda, adneksiyel kitlelerin bilateral olması, beta HCG düzeylerinin çok yüksek olması, asit özelliğinin benign olması dolayısıyla HL tanısı kolay konulmuş ve hastalığın medikal tedavi ile gerilememesi üzerine hastanın onayı alınarak gebelik terminasyonu ile tedavisi sağlanmıştır. Gebelik ve adneksiyel kitle olgularında, özellikle 1. trimestirde HL düşünülmemelidir. HL tanısının doğru olarak konulması gebenin gereksiz laparotomiye gidişini önleyecektir.

Doç. Dr. Gürkan UNCÜ
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
Tel: (0.224) 442 84 00 (İç Hat 1063)
Fax: (0.224) 442 88 88
16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Disaia PJ, Creasman WT: Clinical Gynecologic Oncology. 4th ed Missouri: Mosby-Year Book 544-549, 1993.
2. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF, Winkel CA, Cruikshank DP, Morrison JC: Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy: Report of fifty-four patients requiring laparotomy for definitive management. Am J Obstet Gynecol 158:1029-34, 1988.
3. Montz FJ, Schlaerth JB, Morrow CD: The natural history of theca lutein cysts. Obstet Gynecol 72:247-51, 1988.
4. Demirci F, Sofuoğlu K, Görgen H, Delikara N: Hyperreactio luteinalis in normal pregnancy: a case report. Gynecol Obstet Reprod Med 3: 307-9, 1997.
5. Muechler EK, Fichter J, Zongrone J: Human chorionic gonadotropin, estradiol and testosterone changes in two pregnancies with hyperreactio luteinalis. Am J Obstet Gynecol 157:1126-8, 1987.
6. Okadome M, Kaku T, Tsukamoto N, Saito T, Matsukuma K, Uehira K, Hirakoma T, Nakano H: Hyperreactio luteinalis in normal singleton pregnancy. Int J Gynecol Obstet 29:365-71, 1989.
7. Kainz C, Joura E: Hyperreactio luteinalis in pregnancy. Geburtshilfe Frauenheilkunde 54:59-61, 1994.
8. Schnorr JA, Miller H, Davis JR, Hatch K, Seeds J: Hyperreactio luteinalis associated with pregnancy: a case report and review of the literature. Am J Perinatal 13:95-7, 1996.

9. Wajda KJ, Lucas JG, Marsh WL: Hyperreactio luteinalis. Benign disorder masquerading as an ovarian neoplasm. Arch Pathol Lab Med 1113:921-5, 1989.
10. Bradshaw KD, Santos-Ramos R, Rawlins SC, MacDonald PC, Parker CR: Endocrine studies in a pregnancy

11. Van Slooten AJ, Rechner SF, Dodds WG: Recurrent maternal virilization during pregnancy, caused by benign androgen-producing ovarian lesions. Am J Obstet Gynecol 167: 1342-3, 1992.