



Olgu sunumu

Ovarian Hipersitümülasyon Sendromuna Bağlı İzole Plevral Efüzyon Gelişen Olgu Sunumu

İsa Şükrü Öz^a, Anıl Turhan Çakır^a, Burak Ün^a, Besim Haluk Bacanakgil^b

^a Zonguldak Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Türkiye.

^b İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, İstanbul, Türkiye

ORCID : İsa Şükrü Öz 0000 0001 8849 2705, Anıl Turhan Çakır 0000 0001 7976 4123, Burak Ün 0000 0002 8885 7062, Besim Haluk Bacanakgil 0000 0002 4723 7297

**M A K A L E
B İ L G İ S İ**

Gönderilme Tarihi:

5.12.2018

Revizyon:

20.12.2018

Kabul:

6.04.2019

Sorumlu Yazar:

İsa Şükrü Öz

isasukruoz@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

OHSS, IUI, YÜT, izole plevral efüzyon

Ö Z

Ovarian Hipersitümülasyon Sendromu (OHSS) infertil hastaların tedavilerinde yardımcı üreme tekniklerinin kullanımının bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilen overlerin uyarılması amacıyla verilen ilaçlara karşı aşırı bir cevap ve duyarlılık halidir. OHSS'nin farklı klinik evreleri vardır. Yaşamı tehdit edecek kadar ileri evrede olabileceği gibi hafif belirtiler gösteren, hastaların ayaktan takip edilebileceği hafif bir klinik tabloda da olabilir. Her geçen gün daha da artış gösteren yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı ile daha sık gözlenecek olan OHSS'nin tanı ve tedavisinde sağlık profesyonellerinin bilgi sahibi olmaları önem arz etmektedir. Acil Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğimize nefes darlığı ile başvuran plevral efüzyon saptanmış bir vakayı sunarak, öyküsünde over indüksiyonu olan hastalarda OHSS'ye bağlı izole plevral efüzyon gelişebileceğini ve bu durumun pulmoner emboli ayırımında önem arz ettiğini belirtmeyi amaçladık.



Case report

A Case Report Of Isolated Pleural Effusion Due To Ovarian Hyperstimulation Syndrome

İsa Şükrü Öz^a, Anıl Turhan Çakır^a, Burak Ün^a, Besim Haluk Bacanakgil^b

^a Zonguldak Obstetrics and Gynecology Hospital, Zonguldak, Turkey

^b Istanbul Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey

**ARTICLE
INFORMATION**

Date of Submission

5.12.2018

Revision:

20.12.2018

Accepted:

6.04.2019

Correspondence Author:

İsa Şükrü Öz

isasukruoz@gmail.com

Key Words:

*OHSS, isolated pleural effusion,
IUI, ART*

ABSTRACT

Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS) is an excessive response and sensitivity to the drugs given for the stimulation of ovaries which can appear as a complication of the use of assisted reproductive techniques in a treatment of infertile patients. There are different clinical stages of OHSS. As it can be in the advanced stage where it may threaten life, it can also be seen in a low-profile clinical picture in which it shows mild symptoms and patients can be followed up remotely. It is important for health professionals to be knowledgeable in the diagnosis and treatment of OHSS which will be observed more frequently with the use of assisted reproductive techniques increasing day by day. By presenting a case in which a patient applied to our Emergency Obstetrics and Gynecology Clinic with dyspnea, we have aimed to express that in patients who have ovarian induction in their case story, pleural effusion may occur due to OHSS and this situation is important in the differentiation of pulmonary embolism.

© 2019 Bulent Ecevit University All rights reserved.

Giriş

Ovarian hipersitümüülasyon sendromu (OHSS) infertil hastaların tedavilerinde yardımcı üreme tekniklerinin (YÜT) kullanımının bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilen overlerin uyarılması amacıyla verilen ilaçlara karşı aşırı bir cevap ve duyarlılık halidir. OHSS, overlerin büyümesi, batında asit, plevrada sıvı birikimi, hemokonsantrasyon, oliguri, hiperkoagülasyon, bozulmuş karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile solunum bozukluklarına neden olabilir (1-4). OHSS klinik olarak; kasık ağrısı, bulantı, kusma, dispne, dehidratasyon belirtileri ile prezente olabilir (5). OHSS etiopatogenezindeki temel patoloji, overlerin folikül stimulan hormon (FSH) ile

uyarımının ardından Luteinleştirici hormon (LH) veya Human chorionic gonadotropin (HCG)'ye maruziyettir (6). HCG maruziyetinden sonra vücutta Vascular endothelial growth factor (VEGF) salınımı olmakta, artmış VEGF vasküler geçirgenlik artışına neden olmakta bunun sonucu olarak da vasküler sıvının üçüncü boşluklara geçmesi gerçekleşmektedir. Sıvının üçüncü boşluğa kaçışıyla; ödem, batında sıvı, pleural efüzyon gelişmekte hatta bu durumun daha da ileri gitmesiyle akut respiratuar sendrom (ARDS) gelişebilmektedir (7).

OHSS tanısı klinik olarak, hastanın öyküsünden, fiziksel muayenesinden ve radyolojik verilerden yararlanılarak kolaylıkla konulabilir. OHSS hafif,

orta, şiddetli, kritik olmak üzere 4 farklı evrede incelenir (8). Hafif evrede; karın şişkinliği, bulantı, kusma izlenir. Biyokimyasal markerler normaldir. Orta evrede hafif evredeki bulgulara ek olarak batında asit mevcuttur. Biyokimyasal olarak artmış hematokrit ve lökosit değerleri ile hipoproteinemi görülebilir. Şiddetli evrede şiddetli kasık ağrısı, yoğun asit varlığı, dirençli bulantı-kusma, plevral efüzyon, senkop, venöz tromboz, oligüri görülebilir. Biyokimyasal olarak orta evredeki bulgulara ek olarak artmış karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri görülür. Kritik evrede ise şiddetli evrenin özellikleri ile birlikte ARDS, tromboemboli, akut böbrek yetmezliği, aritmi ve sepsis görülebilir (9).

Olgu Sunumu

Yirmi iki yaşında kadın nullipar hasta, hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Acil Kadın Doğum Polikliniği'ne bulantı, kusma ve ani başlayan nefes almada zorluk şikayetleri ile başvurdu. Hastanın anamnezinde, dört yıldır infertilite nedeniyle takipte olduğu, en son bir hafta içinde kontrollü ovaryan hiperstimülasyon uygulanmış bunun dışında bilinen bir hastalığı olmadığı, soy geçmişinde hastanın bildiği bir özellik bulunmadığı bilgisine ulaşıldı. Hasta sigara ve alkol kullanmıyordu. Altı ay öncesine ait bir intrauterin inseminasyon hikayesi mevcut olup, bu uygulama sonrasında hafif evrede OHSS geçmişti vardı. Hastanın 6 ay önce OHSS'na bağlı olarak bir hafta hastanemizde yatış öyküsü mevcuttu. Ayrıca hastaya 7 gün önce ovaryan indüksiyonu amacıyla klomifen sitrata cevap alınamamasına binaen Follitropin alfa. 75 IU/subkutan (Gonal-F ® Follitropin alfa) muskuler olarak enjekte edilmiş, Follitropin alfa enjeksiyonundan 36 saat sonra 250 mcg Koriogonadotropin alfa 250 mcg/subkutan (Ovitrelle ® Choriogonadotropin alfa) enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde, tansiyon arteriyel değeri 110/70 mmHg, nabız 85 atım/dak, solunum sayısı 20/dk, ateş 37.2°C olarak saptandı. Sağ hemitoraks alt bölgede solunum sesi alınmadı. Karın muayenesinde batın rahat olup defans veya rebound saptanmadı. Ultrasonografik (USG) görüntülemesinde OHSS ile uyumlu görünüm izlendi; overler normalden büyük görünümde ve multiple anekoik kistlerin mevcudiyeti görüldü. Douglasta minimal serbest mayi izlendi. Perihepatik alanda serbest sıvı izlenmedi. Uterus normal cesamette izlendi. Gestasyonel kese görünümü ve endometrial eko artışı izlenmedi. Bunun üzerine hastanın hafif evre OHSS ön tanısıyla servise yatışı gerçekleştirildi. Yatışının ardından hastada bakılan

laboratuvar bulgularında patolojik olarak lökosit sayısı 14 500/mm³ (4 800-10 800), hematokrit (37-52) D-dimer mg/L (<0.55) ölçüldü. Kardiyak markerlar normal sınırlarda izlendi. Gebelik saptanmadı. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi izlendi. Hastanın servise yatışından sonra nefes almada güçlük şikayetinin artması üzerine Posteroanterior akciğer grafisi (PA-AC grafisi) (Resim 1) ve Göğüs Hastalıkları konsültasyonu istendi. Hastaya profilaktik olarak enoksoparin sodyum 0.4 MI/subkutan başlandı.



Resim 1: PA-Akciğer grafisi

Göğüs Hastalıkları kliniğinde hastadan arter kan gazı alındı ve pulmoner emboli ekartasyonu için bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi çekildi. Pulmoner emboli ile uyumlu bulgular izlenmedi. Takiben yapılan incelemelerde hastaya izole sağ hemitoraks plevral efüzyon tanısı konuldu. Göğüs Hastalıkları uzmanının önerisiyle profilaktik enoksoparin sodyum tedavisine bir hafta boyunca devam edildi. Hastanın tekrar kadın doğum servisine kabulünden sonra günlük olarak aldığı çıkardığı, kilo ve karın çevresi ölçümü takipleri yapıldı. Kadın doğum servisindeki takibi sırasında 48 saat ara ile tam kan sayımı ve Transvajinal USG takibi yapıldı. Hastaya yatışı süresince sıvı replasmanı yapıldı. İzleminde torasentez yapılmasına gerek duyulmadı. Yatışının yedinci gününde vitallerinin stabilleşmesi, solunum şikayetinin olmaması, bulantı-kusmasının geçmesi ve sıvısının tekrarlamaması üzerine poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma

Ovarian Hyperstimulation Syndrome, overlerin hipersitümlasyonunun bir sonucudur ve ovaryan indüksiyonun bir komplikasyonudur. Komplikasyonun ağırlığı OHSS'nun evresine göre şekillenir ve çoklu organ yetmezliğine varacak kadar kötü sonuçlar doğurabilir. Genç yaş, geçirilmiş OHSS öyküsü, polikistik over sendromu, sekizden fazla antral folikül sayısı, yüksek östradiol düzeyi, gebelik oluşması OHSS risk faktörleri arasındadır. Bizim olgumuzda genç yaş ve geçirilmiş OHSS öyküsü risk faktörleri bulunmaktadır.

Intra-abdominal asiti olmayan plevral efüzyon, OHSS'nun oldukça nadir görülen bir şeklidir (10). OHSS ile ilişkili ilk izole plevral efüzyon olgusu 1975'te tanımlanmıştır (11). O zamandan bu yana sadece birkaç vaka raporu yayımlanmıştır ve bu olguların hiçbiri endometriozise sahip değildir (11-14). Daha önce tarif edildiği gibi, plevral efüzyon esas olarak şiddetli OHSS formlarında ve genel olarak diğer OHSS bulgularıyla birlikte ortaya çıkmaktadır (15). Man ve ark. birçok OHSS olgusunda plevral efüzyon olabileceğini fakat akciğer grafisi çekilemediğinden veya vakaların birçoğu kendiliğinden düzeldiğinden dolayı yeterli bildirim olmadığını ileri sürmüşlerdir (16). Yapılan bir olgu sunumunda OHSS'na bağlı plevral efüzyonda görülen sıvının karakterinin eksuda vasfında olduğu ve (LDH) değerlerinin normal olduğundan bahsedilmiştir. İzole plevral efüzyon OHSS'nun oldukça nadir bir sunumudur (17,18). Olgumuzda da LDH değerleri normal sınırlar içerisinde olduğu görülmüştür.

Bazı vakalarda hastaların solunum şikayetleri o kadar ileri derecede olmuştur ki, bu hastalarda plevral sıvı çok masif görülmüş ve tüp torakostomi uygulanmıştır (19). Loret de Mola ve ark. OHSS'na bağlı plevral efüzyonun sıklıkla sağ tarafta olduğunu ifade etmişlerdir ve bu durumu sağdaki lenfatik drenajın sola nazaran daha kısıtlı olmasıyla açıklamışlardır (20). Alataş ve ark. Karın içerisinde asit olmaksızın OHSS'na bağlı izole plevral efüzyon olabileceğini belirtmişlerdir (21). Bizim olgumuzda da asit izlenmemiş olup izole plevral efüzyon mevcuttur.

Sonuç olarak, OHSS'nda solunum sıkıntısı çeken hastalarda plevral efüzyon görülebileceği, özellikle genç yaş grubunda ve daha önce OHSS öyküsü olanlarda bu açıdan daha dikkatli olunması gerektiği görülmektedir.

Kaynaklar

1. Delvigne A, et al. The ovarian hyperstimulation syndrome in in-vitro fertilization; A Belgian multicentric study; clinical and biological features. HumReprod. 1993; 8:1353-1360.
2. Elchalal U. and Schenker J. The pathophysiology of ovarian hyperstimulation syndrome: Views and ideas. Hum Reprod. 1997; 12: 1129-1137.
3. Alataş E., Alataş Ö. and Kasapoğlu E. Effect of ovulation induction on liver histopathology and functions in an experimental model of ovarian hyperstimulation syndrome. Med Sci Res. 1995; 24: 629-30.
4. Levin MF., Kaplan BR. and Hutton LC. Thoracic manifestations of ovarian hyperstimulation syndrome. Canad Assoc Radiol J. 1995; 46: 23-26.
5. Alataş E. Ovarian hiperstimulasyon sendromu ve sitokinler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1999; 5: 26-33.
6. The management of ovarian hyperstimulation syndrome. London, Green-top Guideline No. 5, 2016 (https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg_5_ohss.pdf). Erişim Tarihi:01.12.2018).
7. McClure N, et al. Vascular endothelial growth factor as capillary permeability agent in ovarian hyperstimulation syndrome. Lancet. 1994; 344: 235-236.
8. Balakumar V., Ramalingam M. and Kay V. Ovarian hyperstimulation syndrome, Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2017; 27: 357-362.
9. Delvigne A. and Rozenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (ohss): A review. Hum Reprod Update. 2002; 8: 559-577.
10. Beji O, Brahmi N, Thabet H, et al. Compressive pleural effusion after ovarian hyperstimulation syndrome-a case report and review. Fertility and Sterility. 2008;6:1826-1826.
11. Jewelewicz R, Vande Wiele RL. Acute hydrothorax as the only symptom of ovarian hyperstimulation syndrome. Am J Obstet Gynecol 1975; 15:1121.

12. Friedler S. et al. Unilateral hydrothorax as a sole and recurrent manifestation of ovarian hyperstimulation syndrome following in-vitro fertilization. *Hum Reprod.* 1998; 13: 859-861.

13. Yildizhan R., et al. Ovarian Hyperstimulation Syndrome with pleural effusion: a case report. *Cases J.* 2008; 18: 1: 323.

14. Mullin CM., et al. Symptomatic Isolated Pleural Effusion as an Atypical Presentation of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2011;2011:1-4.

15. Sopa N., Larsen EC. and Andersen AN. A Case with Severe Endometriosis, Ovarian Hyperstimulation Syndrome, and Isolated Unilateral Pleural Effusion after IVF. *Case Rep Obstet Gynecol* 2017;2017:1-4.

16. Man A., Schwarz Y. and Greif J. Pleural effusion as a presenting symptom of ovarian hyperstimulation syndrome. *Eur Respir J.* 1997; 10: 2425-2426.

17. Samancı NŞ., ve ark. Poliserozit ile Prezente Over Hiperstimülasyon Sendromu: Olgu Sunumu. *Haseki Tip Bulteni.* 2014; 52: 56-59.

18. George K., at al. Symptomatic unilateral pleural effusion: A rare presentation of ovarian hyperstimulation syndrome. *J Hum Reprod Sci.* 2010; 3: 49-51.

19. Rinaldi ML. and Spirtos NJ. Chest tube drainage of pleuraleffusion correcting abdominal ascites in a patient with severe ovarian hyperstimulation syndrome: a case report. *Fertile Steril.* 1995; 63: 114-117.

20. Loret de Mola JR., et al. Markedly elevated cytokines in pleural effusion during the ovarian hyperstimulation syndrome: Transudate or ascites? *Fertil Steril.* 1997; 67: 780-782.

21. Alataş F, Uçgun I, Moral H, ve ark. Over hiperstimülasyon sendromuna bağlı plevra sıvısı. *Tüberküloz ve Toraks* 2003; 51: 48-51.