

PRIMÊRE OVARIËLE SWANGERSKAP

VERSLAG VAN 'N GEVAL EN 'N KORT BESPREKING

J. P. DU TOIT, M.B., CH.B. (KAAPSTAD)

Kliniese Assistent, Departement Verloskunde en Ginekologie, Universiteit van Stellenbosch en Karl Bremer-hospitaal, Bellville, Kp.

Primêre ovariële swangerskap is so 'n uiters seldsame toestand dat dit van belang is om elke geval te rapporteer.

Ovariële swangerskap vorm van 0.7 tot 1.07% van alle ektopiese swangerskappe. Die voorkoms van ektopiese swangerskappe is 1 in elke 250 swangerskappe. Die teoretiese voorkoms van primêre ovariële swangerskap is dus 1:25,000 swangerskappe.⁴

Om 'n swangerskap as primêr ovarieel te beskou, moet die

vereistes wat in 1878 deur Spiegelberg⁶ beskrywe is, nagekom word. Hierdie vereistes is as volg:

1. Die Buis van Fallopius met sy fimbria moet onaangetas wees en moet heeltemal los van die ovarium wees.
2. Die swangerskap-sak moet die normale posisie van die ovarium inneem.
3. Die swangerskap-sak moet aan die uterus verbind wees deur die utero-ovariële ligament.

4. Ovariële weefsel moet in die wand van die swangerskap-sak teenwoordig wees.

Hierdie vereistes is van meer belang in gevalle van ver gevorderde ovariële swangerskappe aangesien dit in die vroeë tipe makliker is om vas te stel of die swangerskap net die ovarium aantast.¹

Die pre-operatiewe diagnose word in 60% van gevalle gestel as 'n gebarste buis-swangerskap. Die ander 40% kan enige moontlike diagnose omvat. Die regte diagnose word gewoonlik eers by laparotomie gemaak. Somtyds word die diagnose by operasie as bloeding van 'n gebarste corpus luteum gemaak en die diagnose van ovariële swangerskap word eers by histologiese ontleding ontdek.² Aan hierdie vereistes is voldoen in die geval wat hier gerapporteer word.

BESKRYWING VAN GEVAL

J.M., 'n 23-jarige blanke vrou, is tot die ginekologiese saal te Karl Bremer-hospitaal toegelaat as 'n noodgeval op 21 Augustus 1960. Sy was slegs 4 maande lank getroud. Die pasiënt het gekla dat sy die oggend—agt uur voor toelating—'n skielike baie erge lae buikpyn gekry het net toe sy opstaan. Sy kon nie verder loop nie en het flou gevoel. Haar private geneesheer is ontbied. As gevolg van sy bevindings van buikteerheid en hipotensie (bloeddruk 80/40 mm. Hg.) het hy omponon gr. $\frac{1}{2}$ toegedien en haar na die hospitaal verwys.

Ginekologiese Geskiedenis

Sy was nog nooit swanger nie. Menstruasie was nog altyd gereeld en normaal. Haar laaste stonde was op 1 Augustus 1960. Hierdie stonde was 4 dae laat en het net 4 in plaas van die gewone 5 dae geduur. Die bloedverlies was ook minder as normaal.

Geen verder punte van belang in die ginekologiese geskiedenis is gevind nie.

Sy het 'n appendisektomie gehad 'n paar jaar gelede.

By Ondersoek

Goed ontwikkelde jong vrou. Sy het pyn gehad en het bleek voorgekom. Het gesweet. Koors was 97.0°F. Haar pols was 72 per minuut en gereeld. Bloeddruk was 110/60 mm. Hg.

Buik. Matige opsetting van die hele buik en sy het dit nie beweeg met asemhaling nie. Die laer buik was baie teer met spierspanning. Geen vry vog kon in die buikholte gedemonstreer word nie.

Genitale ondersoek. Die serviks was effens sagter as normaal. Die uterus was van normale grootte, in anteversion, en na voor verplaas. Daar was uitbulting van die Sak van Douglas. Sy was baie teer met vaginale ondersoek.

Spekulum-ondersoek. Die serviks het effens blou voorgekom met 'n klein erosie rondom die eksterne os.

Bloed. Die hemoglobien was 12.2 g. per 100 ml.

Behandeling. Die pre-operatiewe diagnose van gebarste tubale swangerskap is gestel. Vier pinte verenigbare bloed is verkry en 'n infusie van bloed is begin.

Kolpopunksie is gedoen en ou, donker bloed is verkry. Daar is oorgegaan tot laparotomie en ou bloed en stolsels is in die buik gevind. Daar is gevind dat die uterus en albei buise heeltemal normaal voorkom. Die linkerkantse ovarium het 'n klein follikel-sis bevat omtrent 1.5 cm. in deursnee. Die regter ovarium het 'n rou area, 0.75 cm. in deursnit, getoon op die vry oppervlakte reg teenoor die ovariële ligament. Daar was nekrotiese rooigris weefsel in die area. Op daardie oomblik was daar geen bloeding nie. Dit is verwyder en gestuur vir histologiese ondersoek. Hierna was daar weer bloeding van die rou area. Die gaatjie in die ovarium se kapsel is glad gesny en met atroumatiese chroomdermsnaar No. 00 toegewerk.

Sommige van die ou bloed en bloedklonte is verwyder en die buiksnit geheg.

Die pasiënt se toestand was goed toe sy die teater verlaat het. Sy het altesame 2 pinte bloed ontvang. Na die operasie het sy nooit koors gehad nie en sy is op die 9e post-operatiewe dag ontslaan.

Histologie. (Rapport No. P/1638/60). „Die monster bestaan uit 'n paar stukkie rooigris weefsel. Histologie is die van produkte van swangerskap met hidropiese degenerasie van die plasentale weefsel.”

BESPREKING

Patogenese

Die patogenese van ovariële swangerskap is nog nie duidelik nie. Die direkte bevrugting van die ovum in die follikel deur 'n spermatozoë is voor die hand liggend. Nietemin reken sommige outoriteite dat die ovum bevrug word in die buis en dan om die een of ander onverklaarbare rede terugwaarts beweeg sodat implantasie in die ovarium geskied.

Novak⁷ steun hierdie teorie omdat hy glo dat die ovum in die follikel te onvolwasse is om bevrug te word en dat volwassenheid normaalweg eers in die buis bereik word. Hertig en Rock meen dat die ovum in sommige gevalle wel volwassenheid in die follikel kan bereik.

Nog 'n punt waaroor daar geen duidelikheid bestaan nie is die presiese plek in die ovarium waar implantasie plaasvind. Is dit in die oorspronklike follikel of is dit in die korteks van die ovarium? Aangesien die corpus luteum essensieel is vir implantasie, voel sommige outoriteite dat implantasie ekstra-follikulêr moet wees. Hierdie argument word versterk deur die feit dat endometriële weefsel dikwels op die ovarium gevind word (bv. in endometriose) en dat implantasie dus wel daar kan plaasvind.

'n Baie interessante nuwe verwickeling is die teorie van partenogenese. Shettler⁸ het verdeling in die ovum, wat nog in die follikel was, waargeneem. Hierdie waarneming is gemaak in 3 uit 400 ovaria wat ondersoek is. In hierdie gevalle kon bevrugting nie plaasgevind het nie, want die wand van die follikel was nog heel. Shettler het dus tot die gevolgtrekking gekom dat dit 'n voorbeeld van partenogenese was, en dat ovariële swangerskap dus partenogeneties kan ontwikkel. Om dit te probeer bevestig, is die kern-seks van fetale dele in 'n reeks bevestigde ovariële swangerskappe vasgestel. In 12 gevalle wat bestudeer is, was die kern-seks manlik in 7 gevalle en vroulik in 5. Van dié bevinding kon dus afgelei word dat daardie ovariële swangerskappe nie partenogeneties was nie en dat bevrugting ovariële implantasie van die sigoot moes voorafgegaan het.

Kliniese Diagnose

Die kliniese diagnose van vroeë ovariële swangerskap verskil in geen opsig van die van buis-swangerskap nie. Sowel in simptome, bevindings by ondersoek, en spesiale ondersoeke is die bevindings dieselfde. Die regte diagnose word alleenlik gemaak by laparotomie en dan moet noukeurig opgelet word waar die letsel is, en die swangerskap-sak moet vir histologiese ontleding gestuur word. Heel dikwels word dit verwar met bloeding van 'n corpus luteum wat gebarst het.

Prognose

Vyf-en-sewentig persent van ovariële swangerskappe bars spontaan voor die end van die eerste trimester, en 87% voor die einde van die tweede trimester. Voltydse ovariële swangerskap is dus baie seldsaam, maar kom tog wel voor. In sulke gevalle is die fetus dood by geboorte in 67% van gevalle. Van die lewende fetusse is 18% misvormd.

SUMMARY

A case of primary ovarian pregnancy is described, which conformed to the criteria of Spiegelberg.

The incidence, aetiology, diagnosis and prognosis are discussed briefly.

My dank aan dr. R. L. M. Kotzé vir verlof tot publikasie en ook aan prof. J. N. de Villiers, hoof van die Departement van Verloskunde en Ginekologie, Universiteit van Stellenbosch, vir nodige hulp en kritiek.

VERWYSINGS

1. Brener, R. I. (1960): Amer. J. Obstet. Gynec., 79, 255.
2. Dowling, E. A., Collier, F. C. en Bretschneider, A. (1960): Obstet. and Gynec., 15, 58.
3. Scofield, G. F. (1960): *Ibid.*, 15, 217.
4. Gentile, L. A. en Perrine, J. P. (1959): N.Y. Med. J., 59, 4437.
5. Ashley, D. J. B. (1959): Amer. J. Hum. Genet., 11, 305.
6. Spiegelberg, O. (1878): Arch. Gynäk., 13, 73.
7. Novak, E. and Novak, E. R. (1958): *Gynaecologic and Obstetric Pathology*, p.483. London: Saunders.