

Yenidoğanda Over Kisti

Burcu ÖZDİLEK *, Burçin NALBANTOĞLU *, Mustafa Metin DONMA *, Cem ÇELİK **,
Cem PAKETÇİ *, Erkut KARASU *, Nuriye Ece MİNTAŞ *

Yenidoğanda Over Kisti

Yenidoğanda over kisti ender görülen bir durumdur. Ultrasonografinin yaygın olarak kullanıma girmesinin ardından tespit edilme oranı artmıştır. Ancak halen bu hastaların tanı, takip, prognozu ve tedavisi tartışmalıdır. On bir aylık kız hasta polikliniğimize, doğumdan beri devam eden ve küçülme over kistleri nedeniyle başvurdu. Hastanın muayenesi ve gelişimi normaldi. Yapılan ultrasonografide, en büyüğü 12x11 mm boyutlarında basit kistler tespit edildi. Hastanın takiplerinde kistlerin boyutunda küçülme saptanması ve komplikasyon gelişmemesi üzerine hasta takibe alındı. Yenidoğan döneminde gözlenen over kistlerinin bir çoğu selimdir. Konjenital pilor stenozu, hidrosefali, korpus kallozum agenezisi ve fetal hipotirodizm gibi anomaliler eşlik edebilmektedir. Prognozu belirlemede en önemli faktörler kist çapı ve ekojenitesidir. Potansiyel komplikasyonları arasında over torsiyonu, over rüptürü, kanama ve diğer organlara bası bulunmaktadır. Torsiyon en önemli ve ciddi komplikasyondur ve 5 cm'den küçük kistlerde bile gözlenebilmekte ve over kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Yenidoğan döneminde görülen over kistleri, genellikle kendiliğinden küçülerek kaybolmaktadır. Bu yüzden ultrason ile takip, bu hastaların izleminde en sık tercih edilen yoldur. Ciddi komplikasyonları olmasına rağmen, bunların görülme sıklığı çok enderdir.

Anahtar kelimeler: Over, kist, yenidoğan

Çocuk Dergisi 2013; 13(1):36-39

Ovarian Cyst in a Newborn

Ovarian cysts are rarely seen in newborns. Routine antenatal ultrasonography has increased the rate of detection of neonatal ovarian cysts. However, the diagnosis, follow up, prognosis and treatment of these patients are still controversial. 11 months old girl admitted to our clinic with ovarian cysts continuing from birth. Physical examination and development of the patient was normal. Simple cysts with largest diameter of 12x11 mm were detected at ultrasonography. Cyst diameter was decreased and no complication was observed at follow-up. The majority of neonatal ovarian cysts are benign. Associated anomalies are congenital pyloric stenosis, hydrocephalus, agenesis of the corpus callosum, and fetal hypothyroidism. Cyst diameter and echogenicity are the main criteria for establishing prognosis. Potential complications of ovarian cysts include torsion with loss of ovary, rupture, hemorrhage, and compression of other viscera. Of these complications, ovarian torsion is one of the most serious and has been also reported in cysts smaller than 5 cm. Most of the neonatal ovarian cysts spontaneously resolves. Ultrasonography, is the most preferred way of follow-up. Although, potential complications of neonatal ovarian cysts are serious, they rarely happen.

Key words: Ovary, cyst, newborn

J Child 2013; 13(1):36-39

GİRİŞ

Antenatal ultrasonografinin rutin olarak uygulanmaya başlanmasının ardından neonatal over kistlerinin saptanma oranı artmıştır. Antenatal dönemde over kistlerini ilk olarak Valenti 1975 yılında tanımlamıştır (1). Over kistleri, yenidoğan döneminde intra-abdominal kistik oluşumlar içerisinde en sık görülen-

dir (2). Fonksiyonel over kistleri neonatal dönemden sonra çok ender olarak persiste ederken foliküler kistler doğumdan puberteye kadar görülebilir ve çoğunlukla da kendiliğinden kaybolur. Fetal dönemde gözlenen over kistlerinin etiyojisi tam olarak belli değildir. Over kistleri bu dönemde, olgun foliküllerden oluşuyor gibi gözükmemektedir (3,4). Over kistleri, ultrasonografik bulgularına göre basit ya da kompleks veya boyutlarına göre küçük ya da büyük olarak sınıflandırılmaktadır (5,6). Basit kistlerin birincil yapıları fonksiyoneldir ve aynı zamanda folikül kistleri olarak adlandırılırlar (7-9). Kompleks kist terimi, kalın duvarlı, septalı, kan pıhtısı ya da debris içeren kistler için kullanılmaktadır (10). Yirmi mm ve daha büyük kistler patolojik olarak kabul edilmektedir (11-13). Fetal dönemde genellikle 28. gestasyon haftasından

Alındığı tarih: 28.06.2012

Kabul tarihi: 07.11.2012

* Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı
** Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Burçin Nalbantoğlu, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Pediatri Anabilim Dalı, Tekirdağ

e-posta: bnalbantoglu@nku.edu.tr

sonra tanı konmaktadır ⁽¹⁴⁾. Perinatal dönemde over kistlerine bağlı olarak, adneksiyal torsiyon, kist içi kanama ve rüptür gibi komplikasyonlar gözlenebilir, bu da over kaybına yol açabilir ^(2,15,16). Tedavide ise daha az invaziv ve daha çok overleri korumaya yönelik yöntemler ön plana çıkmaya başlamıştır. Yenidoğanda saptanan over kistlerinin büyük çoğunluğu küçük ve asemptomatiktir. Hemen tüm basit neonatal kistler anneden geçen hormonların düşmesiyle kendiliğinden geriler ⁽¹⁷⁾. Büyük basit kistler hakkında pek çok çalışma yapılmış olup, henüz net bir karar bulunmamaktadır. Bazı merkezler yakın takip önerirken bazı merkezler ise >5 cm kistlerde cerrahi yaklaşımı önermektedir ⁽¹⁸⁾. Semptomatik ve kompleks kistlerin ise boyutlarına bakılmadan cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir ⁽¹¹⁾.

Bu vaka sunumunda yenidoğan döneminde gözlenen bir over kisti sebebiyle literatürü derlemek istedik.

VAKA SUNUMU

On bir aylık kız hasta polikliniğimize sağlam çocuk takibi ve antenatal dönemde 35 haftalık olduğunda saptanan, ancak boyutları konusunda bilgi edinilemeyen ve doğumdan beri dış merkezde takibi yapılan over kisti nedeniyle başvurdu. Otuz üç yaşındaki annenin sorunsuz geçen ilk gebeliğinden 38. gestasyon haftasında 2930 g (10-25 p) ağırlığında, 49 cm (25-50 p) boyunda, baş çevresi 32 cm (3-10 p) olan ve yüz geliş nedeniyle C/S ile doğan bebek, doğum sonrası hemen anne yanına verilmiş. Yenidoğan dönemi sorunsuz geçen hasta ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmiş. Altıncı aydan sonra ek gıdalara geçilmiş. Hiç mama kullanımı olmamış. Nöromotor gelişimi yaşitlarına uygun devam etmiş. Aşıları sağlık bakanlığı aşı takvimine göre yapılmış, hiç özel aşı yapılmamış. Soygeçmişinde annede memede fibrokistik hastalık var ve anneannesine 45 yaşında over Ca teşhisi konmuş, over Ca nedeniyle ex olmuş. 30.12.2011 tarihinde polikliniğimize başvurduğunda 11 aylık olan hasta doğumdan itibaren dış merkezde overlerde basit kist nedeniyle takip edilmiş. Ultrasonun ilk yapılış nedeni prenatal dönemde saptanan over kistiymiş. Doğum sonrası 34 günlükken yapılan ilk ultrasonunda sağ overde 14 mm ve 11 mm olarak iki adet foliküller kist ve sol overde 6-8 mm büyüklükte 3 adet folikül saptanmış. Üç aylıkken yapılan suprapubik pelvik ultrasonunda sol

overde büyüklükleri 8-9 mm çapında birkaç adet kist izlenmiş. Sağ over görüntülenememiş. Beş aylıkken yapılan suprapubik pelvik ultrasonunda sağ overde 9x9 mm ve 9,5x7 mm boyutlarında 2 adet, sol overde 5 mm çapında 1 adet basit folikül kisti saptanmış. On buçuk aylıkken yapılan suprapubik pelvik ultrasonunda sağ overde 15,5x12 mm, 12x8 mm ve 5x4,5 mm boyutlarında 3 adet, sol overde 12x10 mm ve 3,5 mm boyutlarında 2 adet basit kist saptanması sonucu boyut ve sayı artışı üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Ağırlığı 10 kg (75-90 p), boyu 76 cm (75-90 p), baş çevresi ise 46 cm (50-75 p) olarak saptandı. Batında ele gelen kitlesi yoktu. Vücutta kıllanma görülmedi. Dış genitaleri haricen kız çocuk görünümündeydi, labial füzyon ya da klitoris hipertrofisi gibi herhangi bir anomali yoktu. Desteksiz oturabiliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı 8200/mm³, hemogloblin 10.9 gr/dL, platelet değeri ise 325.000/mm³ olarak saptandı. Biyokimyasal değerleri (glukoz, üre, kreatinin, AST, ALT, sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, fosfor) yaşa göre normal sınırlardaydı, tiroid fonksiyon testlerinde anormallik yoktu, idrar tetkikinde patolojik bulgu yoktu, hormon seviyeleri (LH:<0,1 mIU/mL; FSH:2,48 mIU/mL; hCG:<1 mIU/mL; estradiol:<20 pg/mL; progesteron:<0,2 ng/mL; prolaktin:6,7 ng/mL; total testosteron:<20 ng/dL; kortizol:6,96 mcg/dL; alfa-fetoprotein: 9,4 IU/mL; DHEA-S:<15 mcg/dL) normal sınırlarda gelen hastanın yapılan pelvik ultrasonografisinde sağ adneksiyal lojda 12x11 mm boyutlu anekoik basit kist izlenmiş olup, sol adneksiyal lojda solid ya da kistik lezyon saptanmadı. Daha önceki ultrason bulgularında büyüme saptanması farklı merkezlerde ultrason yapılması ile ilgili olabileceği düşünüldü. Ünitimizde sol over tamamen normal bulundu ve sağ overde önceki ultrasonografilerine göre kist boyutunda artış gözlenmeyen ve hatta gerileme saptanan hastanın takibe alınması planlandı. On dört aylıkken yapılan suprapubik pelvik ultrasonunda sol adneksiyel lojda solid ya da kistik lezyon saptanmadı, sağda 7x11 mm boyutlu anekoik kist görülmüş olup, önceki ultrason sonuçları ile karşılaştırıldığında kist boyutlarında gerileme saptanmıştır. Halen polikliniğimizde takibi devam eden hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tablo 1. Vakanın ultrason bulguları.

Vakanın yaşı	Sağ over ultrason bulguları	Sol over ultrason bulguları
34 günlük	11-14 mm iki adet foliküler kist	6-8 mm üç adet folikül
3 aylık	Görüntülenememiş	8-9 mm birkaç adet kist
5 aylık	9x9 mm ve 9x7,5 mm boyutlarında iki adet folikül kisti	5 mm çapında bir adet folikül kisti
10,5 aylık	15,5x12 mm, 12x8 mm ve 5x4,5 mm boyutlarında 3 adet basit kist	12x10 mm ve 3,5 mm boyutlarında 2 adet basit kist
11 aylık	12x11 mm anekoik basit kist	Normal
14 aylık	7 x 11 mm anekoik basit kist	Normal

TARTIŞMA

Yenidoğan döneminde gözlenen over kistlerinin bir çoğu selimdir. Hipotalamus-pitüiter-over aksının geri bildiriminde immatürite sonucu oluşan gonadal hiperstimülasyonun etiolojide önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Bununla beraber, maternal östrojen ve plasental koryonik gonadotropinlerin fazla salınmasına neden olan diyabet, pre-eklampsi ve Rh izoimmunizasyonu gibi durumlarda etiolojide yer almaktadır ^(11,18).

Konjenital pilor stenozu, hidrosefali, korpus kollozum agenezisi ve fetal hipotirodizm gibi anomaliler eşlik edebilmektedir ⁽¹⁹⁾. Over kistleri, daha çok pelvis yerine abdominal yerleşimlidir. Bunun da nedeni pelvisin küçük olması ve fetal overlerin pelvik yerine abdominal bir organ olmasıdır. Fetal abdomende, kistik kitlelerin ayırıcı tanısı overler dışında, renal kistler, hidronefroz, anorektal atrezi, mekonyum psödokistleri, hidrometrokolpos, mezenterik kistler, karaciğer kistleri, dalak kistleri ve hemanjiomlar bulunmaktadır ^(8,9).

Fetal dönemde saptanan over kistlerinin tedavisi tartışmalıdır. Antenatal olarak saptanan ve hamilelik sürecini etkileyen geniş kistlerde, anne karnında trans abdominal ponksiyon gerçekleştirilebilir. Kırk mm ve üzeri çapa sahip olan kistlerin, komşu fetal organlara bası riski taşıması nedeniyle, ultrason eşliğinde aspirasyonu önerilmektedir. Bununla beraber işlem sonrası yineleme riski yüksektir ve işlem kist rüptürü, peritonit, erken doğum riski, koryoamyonit ve fetal yaralanma riskine neden olabilmektedir ^(9,20,21,22).

Yenidoğan döneminde gözlenen over kistlerinin prognozunu belirlemede en önemli faktörler kist çapı ve ekojenitesidir. Nussbaum ve ark. ⁽²⁾, over kistlerini ultrason bulgularına dayanarak basit ve komplike olarak ikiye ayırmıştır. Komplike kistlerin ultrason

bulguları heterojen, hiperekojenik oluşumlar içeren, kalın duvarlı ve intrakistik septasyonları olan kistlerdir ⁽¹⁰⁾. Bu vaka sunumunun en önemli eksikliği, hastanın ultrasonlarının, son ikisi hariç dış merkezlerde ve tamamının farklı kişiler tarafından yapılmış olmasıdır. Ultrason sonuçlarındaki belirgin farklılığı ancak bu şekilde açıklayabiliyoruz.

Yenidoğanda görülen over kistlerinin potansiyel komplikasyonları arasında over torsiyonu, over rüptürü, kanama ve diğer organlara bası bulunmaktadır. Torsiyon en önemli ve ciddi komplikasyondur, ve daha çok büyük kistlerde gözlenmektedir. Torsiyon riski için önemli olan kistin çapından çok pedikülün uzunluğudur ^(9,12,21,23). Torsiyon, fetal dönemde postnatal döneme göre daha sık olarak gözlenmektedir. Yine fetal dönemde over kistlerinin pulmoner hipoplazi ve fetal kalp anomalilerine (triküspid yetmezliği, perikardiyal efüzyon) neden olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır ⁽²⁴⁾. Hastamızda bu komplikasyonların hiçbiri gözlenmedi.

Yenidoğan döneminde görülen over kistleri, genellikle kendiliğinden küçülerek kaybolmaktadır ⁽²¹⁾. Bu yüzden ultrason ile takip, bu hastaların izleminde en sık tercih edilen yoldur. Semptomatik (fetal taşikardi, abdominal asit, kusma, huzursuzluk, taşikardi, over torsiyonu) ve kompleks kistlerde boyutu ne olursa olsun cerrahi tedavi önerilmektedir. Açık cerrahi veya ultrason eşliğinde aspirasyon tercih edilen yöntemlerdir.

Sonuç olarak, yenidoğan döneminde over kistleri enderdir ve genellikle basit ve boyutları küçük kistler olarak gözlenmektedir. Ciddi komplikasyonları olmasına rağmen, bunların görülme sıklığı çok enderdir.

KAYNAKLAR

1. Valenti C, Kassner EG, Yermakov V, Cromb E. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123:216-21.
2. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman JS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cyst: sonographic pathologic correlation. *Radiology* 1988;168:817-21. PMID:3043551
3. Grumbach MM, Kaplan SL. Fetal pituitary hormones and the maturation of central nervous system of anterior pituitary function. In: Gluck L, ed. Modern perinatal medicine. Chicago: Medical Publishers Year Book; 1975. P. 247-56.
4. Richardson GS. Hormonal physiology of the ovary. In: Gold JJ, Josimovich JR, eds. Gynecologic Endocrinology. New York: Harper and Row; 1980. P. 123-46. PMID:1437329
5. Nussbaum AR, Sanders RC, Benator RM, Haller JA Jr, Dudgeon DL. Spontaneous resolution of neonatal ovarian cysts. *AJR Am J Roentgenol* 1987;148:175-6. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.148.1.175> PMID:3538832
6. Kuroiwa M, Hatakeyama S, Suzuki N, Murai H, Toki F, Tsuchida Y. Neonatal ovarian cysts: management with reference to magnetic resonance imaging. *Asian J Surg* 2004;27:43-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1015-9584\(09\)60243-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1015-9584(09)60243-8)
7. Zampieri N, Borrito F, Zamboni C, Camoglio FS. Fetal and neonatal ovarian cysts: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:303-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-007-0483-5> PMID:17952447
8. Gallagher TA, Lim-Dunham JE, Vade A, Smith S, Salhadar A, Ward KA. Sonographic appearance of ruptured ovarian cyst in the neonatal period. *J Clin Ultrasound* 2008;36:53-5. <http://dx.doi.org/10.1002/jcu.20362> PMID:17583560
9. Kessler A, Nagar H, Graif M, et al. Percutaneous drainage as the treatment of choice for neonatal ovarian cysts. *Pediatr Radiol* 2006;36:954-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00247-006-0240-0> PMID:16819601
10. Akın MA, Akın L, Özbek S, et al. Fetal-neonatal ovarian cysts--their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2010;2(1):28-33. <http://dx.doi.org/10.4274/jcrpe.v2i1.28> PMID:21274333 PMID:3005663
11. Chiaramonte C, Piscopo A, Cataliotti F. Ovarian cysts in newborns. *Pediatr Surg Int* 2001;17:171-4. <http://dx.doi.org/10.1007/s003830000471> PMID:11315281
12. Dobremez E, Moro A, Bondonny J-M, Vergnes P. Laparoscopic treatment of ovarian cyst in the newborn. A series of nine cases. *Surg Endosc* 2003;17:328-32. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-001-9099-1> PMID:12375157
13. Arena F, Romeo C, Castagnetti M, et al. Is the stripping technique a tissue-sparing procedure in large simple ovarian cysts in children? *J Pediatr Surg* 2008;43:1353-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2007.11.014> PMID:18639695
14. Gaudin J, Treguilley C, Parent P, et al. Neonatal ovarian cysts with antenatal diagnosis. *Pediatr Surg Int* 1988;3:158-64.
15. Debeugny P, Huillet P, Cussac L, Bourgeot F, Bonnevalle M. Le traitement non opératoire systématique des kystes de l'ovaire de nouveau-né: a propos de 8 observations. *Chir Pediatr* 1989;30:30-6. PMID:2663202
16. Schmachmann S, Haller JO. Neonatal ovarian cysts: pathogenesis, diagnosis and management. *Pediatr Radiol* 1997;27:101-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s002470050077>
17. Brandt ML, Helmuth MA. Ovarian cysts in infants and children. *Semin Pediatr Surg* 2005;14:78-85. <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2005.01.002> PMID:15846563
18. Dolgin SE. Ovarian masses in the newborn. *Semin Pediatr Surg* 2000;9:121-7. <http://dx.doi.org/10.1053/spsu.2000.7567> PMID:10949421
19. Jafri SZH, Bree RL, Silver TM, Ouimette M. Fetal ovarian cysts: sonographic detection and association with hypothyroidism. *Radiology* 1984;150:809-12. PMID:6695083
20. Monnery-Noché ME, Auber F, Jouannic JM, et al. Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated? *Prenat Diagn* 2008;28:15-20. <http://dx.doi.org/10.1002/pd.1915> PMID:18186135
21. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Bacanu AM, Argeitis J, Botsis D, Vitoratos N. Clinical experience of five fetal ovarian cysts: diagnosis and follow-up. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277:575-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-007-0508-0> PMID:18034256
22. Shimada T, Miura K, Gotoh H, Nakayama D, Masuzaki H. Management of prenatal ovarian cysts. *Early Hum Develop* 2008;84:417-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.12.002> PMID:18207672
23. Vogtländer MF, Rijntjes-Jacobs EGJ, van den Hoonaard ThL, Versteegh FGA. Neonatal ovarian cysts. *Acta Paediatr* 2003;92:498-501. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00585.x> PMID:12801120
24. Landrum B, Ogburn PL Jr, Feinberg S, Bendel R, Ferrara B, Johnson DE, Thompson TR. Intrauterine aspiration of a large fetal ovarian cyst. *Obstet Gynecol* 1986;68(suppl 3):11S-14S. PMID:3526220