



Olgu Sunumu / Case Report

Gebelikte Adneksiyal Kitleye Yaklaşım: Olgu Sunumu

Management of Adnexal Mass in Pregnancy: Case Report

Ömer Tammo^{a*}^a Uzman Doktor, Sağlık Bakanlığı Mardin İl Sağlık Müdürlüğü, Mardin, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0048-3586>* İletişimden sorumlu yazar, E-mail: omartammo@gmail.com

ARTICLE INFO

Article History:
Received: 18.03.2022
Accepted: 15.04.2022

Keywords:
Adnexal mass
Pregnancy
Laparoscopy

ABSTRACT

The rate of an adnexal mass detected during pregnancy increased after the routine use of ultrasonography. There is no consensus on the approach to adnexal masses in pregnancy, which requires treatment in a wide spectrum from a conservative approach to complicated operations. These masses, which are frequently asymptomatic, are mostly benign and resolve spontaneously during the later weeks of pregnancy, especially in the second trimester, but persistent masses can be difficult to follow up and treat. Therefore, we examined the diagnosis, follow-up and treatment of adnexal masses during pregnancy, based on our patient who had a 15x13.5 cm well-defined cystic mass in the right adnexal area, which was detected incidentally at the first antenatal visit to our clinic, and who presented with acute abdomen during the follow-up and underwent an emergency operation.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

MAKALE BİLGİLERİ

Makale Geçmişi:
Geliş Tarihi: 18.03.2022
Kabul Tarihi: 15.04.2022

Anahtar Kelimeler:
Adneksiyal kitle
Gebelik
Laparoskopi

ÖZET

Gebelikte saptanan adneksiyal kitle oranı ultrasonografinin rutin olarak kullanılmasından sonra artmıştır. Sıklıkla asemptomatik olan bu kitelerin çoğunluğu benign olup, ilerleyen gebelik haftalarında özellikle ikinci trimesterde spontan rezolüsyona uğramaktadır. Bu kitlerden persiste olanların takip ve tedavisi zor olabilmektedir. Tedavi spektrumunu konservatif yaklaşımdan komplike operasyonlara kadar çok geniş bir yelpaze sunmaktadır. Buna karşın günümüzde gebelikteki adneksiyal kitlelere yaklaşımda belirlenmiş altın standart bir tedavi şekli bulunmamaktadır. Olgu sunumumuzda rutin gebelik kontrolü sırasında akut batın tablosu ile başvuran ve laparoskopisi ile tedavi edilen bir hastanın tanı, takip ve tedavisinin literatür verileriyle sunulması amaçlanmıştır.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır

1. Giriş

Over torsiyonu, adneksin vasküler eksenine veya pedikül etrafında tamamen veya kısmi şekilde dönmesidir. Orta uzunluk, serbest motilite ve uzun pedikül predispozan faktörlerdendir. Kesin etioloji belirsizdir. En sık görülen türleri dermoid ve seröz kistadenomlardır. Tam torsiyon; staz, venöz konjesyon, hemoraji ve nekroza yol açan venöz ve lenfatik bloklara neden olur. Kist gerginleşir ve yırtılabilir. Hasta genellikle akut başlangıçlı şiddetli karın ağrısı ile başvurur ve pelvik muayenede uterustan ayrı hassas bir kistik kitle ortaya çıkabilir. Gebelik sırasında over torsiyonu riski 5 kat artar. İnsidans 10.000 gebelikte 5'tir (1). Over tümörlerinin torsiyonu, ağırlıklı olarak reproduktif yaş grubunda meydana gelir. Gebelerde (%22,7), gebe olmayanlara (%6,1) göre daha fazla oranda görülmektedir (2). Olgu sunumumuzda sağ

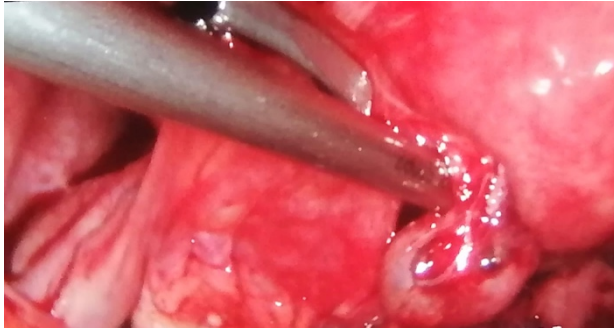
adneksiyal alanda 15x13.5 cm kistik kitlesi olan ve akut batın tablosu ile başvuran 15 haftalık bir gebenin laparoskopik tedavisinin literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

2. Olgu Sunumu

Acil servise şiddetli karın ağrısı ve bulantı şikâyeti ile başvuran yirmi yaşındaki gebenin anamnezinde Gravida:2, Parite:1, Abortus:0, Yaşayan:1 olduğu belirlendi. Hastanın ilk değerlendirmesi ultrasonografi (USG) ile yapıldı. Transvajinal USG'de, yaklaşık 15 hafta intrauterin gebelik olduğu görüldü. Ayrıca, sağ adneksiyal alanda yaklaşık 150 x135 mm boyutunda, düzgün sınırlı, solid alan ve papiller çıkıntılar içermeyen kistik kitle saptandı. Doppler USG'de periferik kanlanma izlenmedi. Muayenesinde batın sağ alt kadranda hassasiyet ve taşıkardi (92

atım/dakika) dışında ek patoloji saptanmadı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökositöz (14250/ μ L) ve sedimentasyon yüksekliği (45 mm/saat) dışında anormal bir sonuç tespit edilmedi. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınarak over torsiyonu ön tanısı ile laparoskopi yapılmasına karar verildi.

Laparoskopi sırasında uterus 15 gebelik haftası ile uyumlu büyüklükte, sağ overde yaklaşık 150x135 mm çapında, yüzeysel düzgün, kendi etrafında sağ tuba ile birlikte bir kere torsiyone olmuş, kalın cidarlı kistik kitle izlendi (Şekil 1). Kitle retorsiyone edildikten sonra kist over dokusundan diseksiyon edildi. Kitle ardından endobag içine alındı ve kist içeriği aspire edildi. Postoperatif takipleri normal olan hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi. Çıkarılan materyalin patolojik inceleme sonucu fonksiyonel kist olarak rapor edildi. Hastanın sonraki antenatal takiplerinde bir sorun yaşanmadı. 38. gebelik haftasında verteks prezentasyonu ile normal vajinal yolla 3400 gram canlı bir kız bebek doğurdu.



Şekil 1. 15 Haftalık Gebelik Semitorsiyoine Sağ Adneksiye Kist: Laparoskopik Kist Eksizyonu Sonrası Adneksiye Retorsiyonu

3. Tartışma

Gebelikteki adneksiye kitleler çoğunlukla ilk vizitte yapılan USG'de tesadüfen saptanır. Genellikle asemptomatik olup bazen rüptür, kist içine kanama, enfeksiyon, venöz konjesyon, torsiyon gibi akut batin tablosu ile de klinik bulgu verebilir (3).

Gebelikte en sık karşılaşılan over kitleleri tipi kistik teratom, paraovarian kist, seröz kistadenom, korpus luteal kist, gebelik luteomasi'dir (2). Seröz kistadenomlar; ince duvarlı, genellikle ünilocüler, 20-30 cm arasında değişen yarı saydam kistlerdir. Genellikle tek taraflıdır ancak çift taraflı da olabilirler. %10-15'i borderline, %20-40'ı malignindir.

Gebelikte over torsiyonun ayırıcı tanısı şunları içerir: uterus leiomyomları, gebelik ürünü içermeyen bikornuat uterus kısmı, apendiks apsesi, divertiküler apse, pelvik böbrek, retroperitoneal tümörler, ektopik gebelik ve retrovert uterüs (2).

Kistlerin gebelikte görülen komplikasyonları; kistin torsiyonu, rüptürü, enfeksiyonu, malignitesi, kistin pelviste sıkışmasına neden olarak idrar retansiyonu, doğumun engellenmesi ve fetüsün malprezentasyonlarıdır (2). Bazı çalışmalar tümör torsiyonu, tümör rüptürü veya doğum eyleminin engellenmesi nedeni ile cerrahi önermiştir (4,5). Diğer çalışmalar, çoğu ovaryan kitlelerin gebelik boyunca asemptomatik kalabileceğini veya düzelebileceğini ve yukarıdaki risklerin insidansının aslında düşük olduğunu bularak gözlem önermiştir (4,6). Gebelik kistlerin en sık nedeni, genellikle ikinci trimesterde kendiliğinden gerileyen korpus luteum kistidir (7). Ovaryan torsiyon bu nedenle en sık olarak birinci trimesterde, bazen ikinci trimesterde ve nadiren üçüncü trimesterde ortaya çıkar (8). Çapı 6 cm'den küçük olan ve USG'de iyi huylu görünen kistler, spontan rezolüsyona uğrayabileceklerinden genellikle konservatif olarak tedavi edilir. Korpus luteum kistleri 12 ila 16 hafta arasında geriler. 10 cm'den büyük kistler genellikle malignite, rüptür veya torsiyon riskinin artması nedeniyle rezeksiyon edilmelidir. 5 ila 10 cm arasındaki kistlerin yönetimi tartışmalıdır. Kistler septum, nodül, papiller çıkıntılar veya solid komponentler içeriyorsa rezeksiyon önerilir. Basit kistik görünüme sahip olanlar, seri USG ile takibe alınır. Bununla birlikte %50'ye varan oranlarda rüptür, torsiyon veya enfarktüs için acil diagnostik amaçlı laparotomi gerekebilir (4). Yüksek çözünürlüklü USG, MRI ve transvajinal renkli Doppler gibi görüntüleme tekniklerinin ortaya çıkmasıyla birlikte ekspertan yönetimi çok daha yaygın hale gelmiştir. Akut durumlarda cerrahi müdahalenin zamanlaması gebeliğin haftasından çok tablonun ciddiyetine göre kararlaştırılmalıdır. Anne için ciddi mortalite veya morbidite söz konusu ise fetal akciğer matürasyonu beklenmez ve operasyon gerçekleştirilir. Acil şartlarda yapılan cerrahi müdahalelerde gebeliğin kaybedilmesi ve erken doğum riski yüksektir. Bundan dolayı gebelik takipleri sırasında adneksiye kitle tanısının konularak uygun zamanda ve uygun şartlarda tedavilerinin yapılması önemlidir.

Cerrahi tedavide hem laparotomi hem de laparoskopi uygulanabilir. Laparoskopi, obstetrik komplikasyonların düşük olması, hastanede kalış süresinin az olması ve postoperatif komplikasyonların az olması nedeniyle erken aylarda tercih sebebiyken; ilerleyen gebelik haftalarında laparoskopik girişim esnasında oluşabilecek zorluklar ve kitlenin büyüklüğü nedeniyle laparotomi tercih edilebilmektedir.

Sonuç olarak, gebelikte birinci trimesterden itibaren yapılan obstetrik USG'de adneksler rutin olarak ve detaylı bir şekilde

incelenmeli ve mevcut adneksiyal kitle tanılarının erken dönemde konulup uygun takip ve gereğinde tedavileri yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Aydınlatılmış Onam: Bu vaka raporunun yayınlanması için hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Kaynaklar

1. Ventolini G, Hunter L, Drollinger D, Hurd WW. Ovarian torsion during pregnancy. https://www.heplive.com/view/2005-09_04. Date: 17.04.2022
2. Lee CH, Raman S, Sivanesaratnam V. Torsion of ovarian tumors: a clinicopathological study. *Int J Gynaecol Obstet.* 1989;28:21–25.
3. Yakasai IA, Bappa LA. Diagnosis and management of adnexal masses in pregnancy. *J Surg Tech Case Rep.*2012;4(2):79-85.
4. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK, Arici A. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril.* 2009;91(5):1895–902.
5. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(1):19–24.
6. Schmeler KM, Mayo-smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1098–103
7. Duic Z, Kukura V, Ciglar S. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002;23:133–134.
8. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;152:456–461.