

UMBİLİKAL KORD KİSTİ: OLGU SUNUMU

Umbilical Cord Cyst: Case Report

Ahter Tanay TAYYAR¹, Mehmet TAYYAR²

ÖZET

Umbilikal kord kistinin birinci trimesterde prevalansı %0.4-%3.4 olarak bildirilmiştir. 2.ve 3. trimesterde nadir sonografik bulgu olduğundan prevalansı bilinmemektedir. Kord kistleri ve fetal anomaliler arasında ilişki bulunabilmektedir. 33 yaşında G2 P1 A0 Y1 olan , 20 hafta 3 günlük umbilikal kordun fetusa yakın kısmında 3x2 cm çapında kistik lezyon bulunan gebeyi prenatal tanı amacıyla inceledik. Başka patolojik bulgu saptanmayan gebeye istişare sonucunda amniyosentez yapıldı. Karyotip analizi 46 XY, normal karyotip olarak geldi. İlave malformasyon bulunmadan da kromozom alanomali olabileceğinden fetal karyotip bu olgularda incelenmelidir. İlave anomalileri bulunmayan ve karyotipi normal olan olgularda fetal prognozun iyi olacağı tahmin edilebilir.

Anahtar kelimeler: *Umbilikal kord; Kist; Prenatal yönetim*

ABSTRACT

First trimester umbilical cord cysts prevalence is between 0.4 % and 3.4 %. But, in second and third trimesters, real prevalence of umbilical cord cysts is unknown as they are not common. There might be associations between fetal anomalies and cord cysts. We observed a thirty-three-year-old (gravida 2, parity 1) pregnant woman who referred at 20 weeks gestation due to 3x2 cm umbilical cord cyst formation for prenatal diagnosis purposes. In second trimester sonography, there was no other pathological finding and amniocentesis was performed in consequence of consultation. Karyotype analysis revealed normal 46 XY. The fetal karyotype should be investigated in these cases as there may be a chromosome anomaly without additional malformation. Good fetal prognosis can be predicted in cases with no additional anomalies and with normal karyotype.

Key words: *Umbilical cord; Cyst; Prenatal management*

¹Özel Erciyes Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri

Ahter Tanay TAYYAR, Uzm. Dr.
Mehmet TAYYAR, Prof. Dr.

İletişim:

Dr. Ahter Tanay TAYYAR
Cumhuriyet Mah. Millet Cad.
41/510, Kayseri
Tel: +90 352- 222 18 88

e-mail:

drahtertayyar@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 04.10.2015

Kabul tarihi/Accepted: 30.04.2016

Bozok Tıp Derg 2016;6(2):73-5
Bozok Med J 2016;6(2):73-5

GİRİŞ

Umbilikal kord kistlerinin etyolojisi bilinmemektedir. Gerçek ve psödokist olma küzere iki tipi bulunmaktadır ancak bunun ayırımı prenatal olarak mümkün değildir[1]. Umbilikal kord kistinin birinci trimesterde prevalansı %0.4-%3.4 olarak bildirilmekle birlikte 2. ve 3. trimesterde nadir sonografik bulgu olduğundan prevalansı bilinmemektedir (2). Umbilikal kord kistleri ve fetal anomaliler arasında ilişki bulunabilmektedir (3). Bu olgu sunumuyla umbilikal kord kistlerinin prenatal olarak tanısı ve takibinde nasıl bir yol izlenmesi gerektiğini irdelemeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

33 yaşında G2 P1 A0 Y1 olan, özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik olmayan, üçlü testi normal sınırlarda bulunan 20 hafta 3 günlük gebeyi prenatal tanı amacıyla inceledik. Yaptığımız anomali taramasında fetal ipe-rekojen kardiyakodak ile umbilikal kordun fetusa yakın kısmında 3x2 cm çapında bir adet dopler ile kanakımı olmayan, kistik yapı izlendi (Resim 1). Kordda 2 arter 1 ven yapısı mevcuttu. Başka patolojik bulgu saptanmayan gebeye istişare sonucunda amniyo sentez yapıldı. Karyotip analizi 46 XY, normal karyotip olarak geldi. Doğum sonrası aileden alınan bilgide 3640 gr ağırlığında spontan vajinal yolla canlı bir erkek bebeğin dünyaya geldiğini, yenidoğan dönemini tamamladığını, herhangi bir probleminin olmadığını ve umbilikal korddaki kistin doğum anında mevcut bulunduğunu öğrendik.



Resim 1: Umbilikal kordun fetusa yakın kısmında kistik oluşum

TARTIŞMA

Umbilikal kord kistleri ultrasonografi ile rahatlıkla tanınabilmektedir (4). Umbilikal kord kistleri gerçek ve psödokistler olarak ikiye ayrılır. Psödokistler daha fazla görülmektedir ve epitelyum ile çevrili değildir. Wharton jelinin lifefaksiyonu ve lokalize ödemden meydana gelir (5). Gerçek kistler ise allantois ve omfalomezenterik kanal alıntılarında oluşmuşlardır. Gerçek veya psödokistlerin ultrasonografi ile tanınması genellikle mümkün değildir (6). Allantoik kistleri üriner sistem anomalileri, patent urakus, hidronefroz ve mekel divertikülü ile sıklıkla birlikte görülürler (7). Gerçek kistler gebelik sürecinde genellikle geriler. Ancak bu urakusun tamamen kapandığını göstermez. Doğum sonrası patent urakus yönünden inceleme yapılmalıdır (8). Bazı çalışmalar kord kistlerinin morfolojik yapıları kromozomal anomali arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Küçük ve çok sayıda kord kistlerinin tek büyük kistlere göre kromozomal anomali ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (9). Ayrıca fetal veya plasental insersiyon yerlerine yakın olanların fetal anöploidi ile korelasyon gösterdiği savunulmuştur (7). Umbilikal kordda 2 arter 1 ven olması kromozom alanomalilerden uzaklaştırmaktadır.

Bizim olgumuzda prenatal ultrasonografide gerçek veya psödokist ayırımı yapılamadı. İlk trimesterde saptanan ve sonra kaybolan kistlerin kromozomal anomalilerle ilişkili olmadığı ancak daha çok abdominal duvar ve üriner traktusa ait konjenital malformasyonlarla ilişkili olabileceği ve rutin karyotip analizinin gerekli olmadığı bildirilmiştir. İkinci ve üçüncü trimester umbilikal kord kistleri ise fetal kromozomal anomali (sıklıkla trizomi 18,13), omfolosel, trakeaözefagial fistül, imperfore anüs gibi patolojik durumlarla birlikte % 20' lere varan oranlarda bulunabilmektedir. Ayrıca büyük umbilikal kistlerin hızlı büyümesi durumunda kord damarlarına baskı yaparak fetal distrese yol açabileceği unutulmamalıdır. Olgumuzun doğumdan sonra sağlıklı olduğunu ve ek bir anomalinin saptanmadığını öğrendik. İlave malformasyon bulunmadan da kromozomal anomali olabileceğinden fetal karyotip bu olgularda incelenmelidir. İlave anomalileri bulunmayan ve karyotipi normal olan olgularda fetal prognozun iyi olacağı tahmin edilebilir. Umbilikal kordun ultrasonografik incelenmesinin muayenenin önemli kısımlarından biri olarak kabul edilmesinin uygun olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Emura T, Kanamori Y, Ito M, Tanaka Y, Hashizume K, Moromo G et al. Omphalocele associated with a large multilobularumbilical cord pseudocyst. *Pediatr Surg Int.* 2004;20(8):636-639.
2. Zangen R, Yaffe H. Umbilical cord cyst- should it concern us. *Harefuah.* 2009;148(7):436-440.
3. Smith GN, Walker M, Johnston S, Ash K. The sonographic finding of persistent umbilical cord cystic masses is associated with lethal aneuploidy and/or congenital anomalies. *Prenat Diagn.* 1996;16:1141-1147.
4. Sepulveda W, Sebire NJ, Harris R, Nyberg DA. The placenta, umbilical cord and membranes. In: Nyberg DA, Mc Gahan JP, Pretorius DH, Pulu G. editors. *Diagnostic imaging of fetal anomalies.* Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia,2003:85-132.
5. Iaccarino M, Baldi F, Persico O, Palagiano A. Ultrasonographic and pathologic study of mucoid degeneration of umbilical cord. *J Clin Ultrasound.* 1986;14(2):127-129.
6. Zangen R, Boldes R, Yaffe H, Schwed P, Weiner Z. Umbilical cord cysts in the second&third trimester the significance and prenatal approach. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;36(3):296-301.
7. Ross JA, Jurkovic D, Zosmer N, Jauniaux E, Hackett E, Nicolaides KH. Umbilical cord cysts in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1997;89(3):442-445.
8. Persutte WH, Lenke RR. Disappearing fetal umbilical cord masses. Are these findings suggestive of urachalanomalies ? *J Ultrasound Med.* 1990;9:547-551.
9. Sepulveda W, Pryde PG, Greb AE, Romero R, Evans MI. Prenatal diagnosis of umbilicalordpseudocyst. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1994;4:147-150.