

GEBELİKTE ADNEKSİYEL KİTLE YÖNETİMİ: 50 OLGU DENEYİMİ

Dr. Salih Burçin Kavak, Dr. Hüsnü Çelik, Dr. Bilgin Gürateş, Dr. Ebru Çelik, Dr. Yakup Baykuş

ÖZET

Amaç: Gebelikte adneksiyel kitle olgularımızın geriye dönük incelenmesi

Materyal ve Metod: Son 5 yılda gebelikte adneksiyel kitle nedeniyle kliniğimizde tedavi edilen 50 olgunun geriye dönük kayıtları incelendi. Arşiv kayıtlarından olguların demografik özellikleri, gebelik haftaları, histopatolojik bulguları ve perinatal sonuçları kaydedildi. Acil durumların dışında çıkarılan materyal frozen incelemeye gönderildi. Postoperatif dönemde hastalar tokoliz için yakın değerlendirilmeye alındı ve gerektiğinde tokoliz tedavisi uygulandı.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik kullanıldı ve değişkenler % ve ortalama±standart sapma olarak kullanıldı.

Bulgular: 16 olgu torsiyon yada abdominal kanama nedeniyle acil şartlarda operasyona alındı. 11 olgu elektif olarak opere edildi ve 23 olguya değişik nedenlerle yapılan sezaryenler esnasında tanı konuldu. Opere edilen olguların %8'inin birinci trimesterde, %46'sının ikinci trimesterde ve yine %46'sının 3. trimestrede olduğu belirlendi. Histopatolojik incelemede en fazla Matür kistik teratom tespit edildi. Adneksiyel kitlelerden 3 olguya unilateral salpingooferektomi yapıldı, diğer olgularda kistektomi uygulandı. 2 olgumuz jinekolojik nedenler dışında saptanan pelvik kitleler olup biri lipom diğeri mezenter kisti lehine değerlendirildi. Sezaryen sırasında insidental olarak tespit edilen ve kistektomi yapılan olgulardan iki tanesinde Borderline tümör tespit edildi. Olgularımızın hiçbirinde iki borderline tümör hariç, malign adneksiyel kitleye rastlanmadı.

Sonuç: İlk trimesterde spontan regresyon olabileceği dikkate alınarak olgulara konservatif yaklaşılmalı, kuvvetli malignite potansiyeli olan yada rüptür, torsiyon gibi durumlarda acil cerrahi yapılmalıdır. Persisten eden kitleler ikinci trimester yani 14-22. gebelik haftaları arasında çıkarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; Over Kisti; Matur Kistik Teratom.

ABSTRACT

Purpose: Retrospective analysis of adnexal masses in pregnancy.

Material and Method: We analysed the pregnancies who underwent treatment due to adnexal mass for the last five years in our clinic. From the archive data, demographic properties of cases, pregnancy weeks, histopathologic and perinatal results are obtained. Frozen section examination of materials sent from except the emergency situations. Postoperatively patients were evaluated close to tocolysis, and tocolysis were treated when necessary. Descriptive statistics were used to assess the data and variables used in % and the mean ± standard deviation.

Findings: 16 cases underwent emergent operation due to torsion or abdominal bleeding. 11 cases were operated as elective, in 25 cases adnexal masses were diagnosed in cesarean section. 8% of the cases who were operated on first-trimester, 46% of the cases on second trimester, and again 46% of the cases on 3 trimester were. Mature cystic teratoma is the most common histopathologic type of the adnexal masses diagnosed in pregnancy. Salpingoophorectomy unilateral adnexal masses in 3 cases underwent cystectomy was performed in all cases. Causes of gynecologic pelvic masses were detected except for two one case of mesenteric cyst, lipoma and the other were in favor.

In two adnexal masses diagnosed incidentally in cesarean section, borderline ovarian tumor is diagnosed. None of the patients except two borderline tumors, malignant adnexal mass was detected.

Results: It must be remembered in mind that adnexal masses can undergo regression in the first trimester and conservative management must be planned. In cases with high malignancy potential and in the case of rupture and torsion operation must be planned. Persistent adnexal masses must be extirpated in the second trimester between 14 and 22 week of pregnancy.

Key Words: Pregnancy; Mature Cystic Teratoma, Ovarian Cysts.

Geliş tarihi: 12/07/2012

Kabul tarihi: 26/07/2012

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

İletişim: Dr. Hüsnü Çelik

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

E-Posta: husnucelek@gmail.com

GİRİŞ

Gebelikte görülen adneksiyel kitlelerin sıklığı, yaklaşık olarak %0.1- 0.19 arasında olup, ultrasonun yaygın kullanıma girmesi ve yardımla üreme tekniklerinin sıkça kullanımı nedeniyle insidansında bir artış görülmektedir (1). Yaklaşımlar arasında gözleme dayalı izlem yada cerrahi olmak üzere iki ana seçenek bulunmaktadır. Bu kitlelerin özellikle birinci trimesterde büyük oranda spontan rezolusyona uğramaları, konservatif tedavi ile torsiyon, rüptür ve %2-6 oranındaki malignite riski ve doğum eylemi distosisine yol açabilmesi, buna karşılık yapılacak girişimlerin muhtemel maternal fetal risklerinden dolayı gebelikte adneksiyel kitle varlığı klinisyen ve hasta için zaman zaman oldukça komplike durumlar oluşturabilmektedir(2-4). Öte yandan değişik tanı ve tedavi opsiyonlarını değerlendirecek herhangi bir prospektif randomize çalışma da yoktur ve literatür bilgileri merkezlerin deneyimlerine dayanmaktadır.

Bu çalışmamızda gebelik esnasında tanı konulan kistlerle rastlantısal olarak sezaryen esnasında tespit edilen kistlerin özellikleri arasında farklılık olup olmadığı ve adneksiyel kitlelerin yönetimi konusunda deneyimlerimizin paylaşılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2006-2010 yılları arasında kliniğimize refere edilen yada doğrudan tanısı konan ve cerrahi uygulanan 50 gebelik ve adneksiyel kitle olgusunun geriye dönük kayıtları araştırılmıştır. Olguların demografik özellikleri, gebelik haftaları, histopatolojik bulguları ve perinatal sonuçları kaydedildi. Rutin yaklaşımımız gereği, gebelikte adneksiyel kitle varlığında transvaginal ve/veya transabdominal ultrasonografi (USG) incelemesi yapılmakta, malignite hakkında öngörülebilir bulunabilmek için tümör markerleri değerlendirilmekte ve maligniteyi düşündüren bir durum yada acil girişim gerektirecek bir durum yoksa cerrahilerin tamamı yakın takip ile ikinci trimesterin ortalarına kadar ertelenmekte, mümkün olan her olguda önce laparoskopik yaklaşım, bu mümkün olmadığında laparotomi yapılmaktadır. Acil durumların dışında çıkarılan materyal frozen incelemeye gönderilmektedir. Postoperatif dönemde hastalar tokoliz için yakın değerlendirilmeye alınmakta ve gereğinde tokoliz tedavisi uygulanmaktadır.

Bütün değerler, yüzde ve ortalama±standart sapma (AO±SS) olarak belirlendi. İstatistiksel değerlendirme Fisher kesin ki kare testi kullanılarak yapıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Olguların yaş, gebelik, doğum ve abortus sayısı 28.3 ± 5.3 , 2.2 ± 1.1 , 1.9 ± 1.0 ve 0.3 ± 0.1 olarak bulundu. Adneksiyel kitlelerin %16'sının 6 cm den küçük, %30'unun 7-10 cm, %8'inin 11-15 cm, %46'sının ise 15 cm'den büyük olduğu edildi. Olguların %32'sinin adneksiyel kitleye bağlı komplikasyonlar nedeniyle acil opere edildiği, %46'sının sezaryen sırasında insidental bulunduğu ve %22 olgunun elektif şartlarda opere edildiği tespit edildi. Opere edilen olguların %8'inin birinci trimesterde, %46'sının ikinci trimesterde ve yine %46'sının 3. trimestrede olduğu belirlendi. Opere edilen olgularda çıkarılan adneksiyel kitlelerin en sık matür kistik teratom, ikinci sıklıkta ise korpus luteum kisti olduğu tespit edildi (Tablo 1).

16 olgu torsiyon yada abdominal kanama nedeniyle acil şartlarda operasyona alındı. 23 olguya değişik nedenlerle yapılan sezaryenler esnasında rastlantısal olarak adneksiyel kitle görülmesi üzerine kitle ekizyonu yapıldı. Patolojik olarak tanı konulan korpus luteum kistlerinin tümü torsiyone görünümlü olup 5'i erken ikinci trimesterde, 4'ü 1. trimesterde acil olarak opere edildi. 1. trimesterde opere edilen tüm olgulara progesteron desteği verildi. Histopatolojik incelemede en fazla Matür kistik teratom tespit

Tablo 1—Gebelikte Adneksiyel Kitlelerin Histopatolojik Dağılımı

Histopatoloji	n (%)
Matür Kistik Teratom	11 (%22)
Endometrioma	2 (%4)
Korpus Luteum Kisti	9 (%18)
Foliküler Kist	4 (%8)
Leiomyoma	3 (%6)
Seröz Kistadenom	6 (%12)
Müsinöz Kistadenom	8 (%16)
Borderline Müsinöz tümör	2 (%4)
Mezenter Kisti	1 (%2)
Lipom	1 (%2)
Rudimenter Uterin Horn	2 (%4)
Kist Olmadan Gelişen Adneksiyel Torsiyon	1(%2)

edildi. Bunlardan 6 tanesi 1. ve erken 2. trimesterde torsiyon nedeniyle acil olarak opere edilirken, 5 tanesi sezaryen sırasında rastlantısal olarak görüldü ve kistektomi yapıldı. Sezaryen sırasında insidental olarak tespit edilen ve kistektomi yapılan olgulardan iki tanesi Borderline tümör olarak rapor edildi. Bunlardan birisi paratubal, diğer overe aitti. Her iki olguda acil şartlarda sezaryen yapıldığından frozen çalışılmadı.

Adneksiyel kitlelerden 3 olguya unilateral salpingooferektomi yapıldı, diğer olgularda kistektomi uygulandı. Unilateral salpingooferektomi yapılanlardan ikisi müsinöz kistadenom, biri dermoid kist idi. Rudimenter uterin horn bulunan iki olgu 2. trimesterde akut batın ve intraabdominal kanama nedeniyle opere edildiler ve iki olguda da uterin rüptür vardı.

2 olgumuz jinekolojik nedenler dışında saptanan pelvik kitleler olup biri lipom diğeri mezenter kisti lehine değerlendirildi. Olgularımızın hiçbirinde iki borderline tümör hariç, malign adneksiyel kitleyle rastlanmadı.

TARTIŞMA

Genel bir kural olarak gebelikte görülen adneksiyel kitlelerin yönetiminde iki amaç vardır. Bunlardan birisi kitlenin benign yada malign ayrımının yapılması diğeri ise kitlenin ortadan kaldırılması gereğinin ortaya konulmasıdır. Bu genel kural çerçevesinde tanı tedavi ve takipleri yapılan olgu serimiz bildiğimiz kadarıyla şu ana kadar ülkemizden bildirilen en büyük vaka serilerinden birisi olma özelliğindedir

Gebeliğin 1. trimesterinde saptanan over kistlerinin çoğunlukla fonksiyonel ve spontan rezolüsyona uğramalarından dolayı, acil durum oluşturmadıkları ve kuvvetle malignite düşünülmeyeceği sürece konservatif yaklaşım tercih edilirken ikinci trimesterin ortalarına kadar persiste eden bir kitlenin iki nedenden dolayı çıkarılması önerilir. Bunlardan birisi persiste eden over kitlelerinin %2-8 oranında malign olabileceği, diğeri ise gebeliğin ilerleyen dönemlerinde yapılacak olan cerrahinin daha komplike olabileceğidir (5,6). Birinci trimesterde opere edilen olgularımızın tümü akut batın tablosuna yol açan torsiyone adneksiyel kitlelerdi ve bir seröz kistadenom olgusu hariç diğer tüm olgularımız matür kistik teratom yada korpus luteum kisti idi.

Persiste over kitlelerinde benign yada malign ayrımında ultrasonografi oldukça değerli olmakla birlikte tanısal değildir. Genel olarak; 7 cm'den büyük, solid yada heterojen komponent varlığı/kompleks kitle, papiller yapıların varlığı, kalın ve vasküler internal septasyonlar, bilateralite, irregüler sınır, artmış vaskülarite, dopplerde düşük resistanslı kan akımı ve asit varlığı maligniteyi düşündüren bulgular olarak kabul edilir. Bu kapsamda, 7cm den küçük, asemptomatik, mobil, unilateral, basit kistlerin varlığında bekleyerek izleme yaklaşım uygun bir yol olarak görülmektedir (7). USG'ye ek olarak yapılan Doppler incelemeleri malign benign ayrımındaki öngörüğü artırabilir ancak doppler değerlendirmesinde %50 oranında bir yalancı pozitiflik olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur(8). Klinik tanı-tedavi protokolümüz gereği bu kitlelerde Doppler değerlendirilmesi yapılmamıştır. Bir başka seçenek olan Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI), USG ile tanıya gidilmesinde zorluk çekilen yada ek bilgi gereken vakalarda yardımcı yöntem olarak kullanılabilir(9). Olgularımızdan hiç birisinde MRI değerlendirilmesine gerek duyulmamıştır.

Malign-benign ayrımında görüntüleme yöntemlerinin dışında tümör markerleri de kullanılmaktadır. Bunlardan epiteliyal over tümörlerinde kullanılan CA 125 ve germ hücreli tümörlerde kullanılan alfa fetoprotein düzeyleri bu amaçla kullanılır. Ancak premenopozal dönemde CA 125 düzeylerinin postmenopozal kadınlarda olduğu gibi bir cut-off değerinin olmaması ve alfa fetoprotein düzeylerinin gebelikte yükselmesi bu markerlerinin gebelikte adneksiyel kitle varlığında kullanımını zorlaştırmaktadır. Öte yandan oldukça yüksek değerlere ulaşmış bir markerin malignite açısından uyarıcı olması bakımından gerektiğinde bu markerlerin kullanımının göz önünde bulundurulması gerekir(10). İki olgumuzdan birinde paratubal, diğeri overe ait olmak üzere borderline tümör tespit edilmiştir. Her iki olgumuz acil sezaryen sırasında rastlantısal olarak tespit edildiği için bu olgularda preoperatif görüntüleme yada tümör markerleri çalışılmamıştır.

Kitlelerin ortadan kaldırılması ekspektan tedavi ile mümkün olmadığında cerrahi düşünülmelidir. Ancak cerrahi yöntem olarak her ne kadar laparaskopi, obstetrik komplikasyonların daha az olması, hastanede kalış süresi ve postoperatif komplikasyonların azlığı nedeniyle tercih edilse de belli bir tecrübe gerektirmesi, ileri gebelik haftalarında uterus boyutları

nın artmış olmasına bağlı olarak tekniğin daha da zorlaşması, laparaskopiye seçilmiş vakalarda kullanılmakla sınırlanmaktadır (11). Laparaskopi yapılabırsa intraabdominal basınç artışının getireceği olumsuz fetal etkileri önlenmek için ikinci trimester (14-22. gebelik haftaları) en uygun zamandır (12-14). Geç ikinci yada erken 3. trimester de yapılan cerrahi girişimler ise preterm eylem ve/veya intrauterin gelişme geriliği açısından en yüksek riske sahiptir. Hastalar bu açıdan yakından izlenmelidir (15).

Cerrahide hangi yöntem uygulanırsa uygulansın temel bazı kurallara uyulmalıdır. Bunlardan birincisi, mümkün olan tüm olgularda öncelikli olarak overin korunması, diğeri ise kitlenin rüptüre edilmemesidir. Kitle ile over arasında net bir ayırım yoksa yada normal görünümlü bir over dokusu yoksa oofektomi daha uygun olabilir. İnraoperatif rüptür, sağkalım üzerine etkisi tartışmalı olmakla birlikte malign olguyu daha ileri evre haline getirir.

Gebelikte en sık görülen over kaynaklı neoplaziler, bizim olgularımızda oldu gibi benign kistik teratomlardır (16,17). Bunlarda maalesef regresyon olmamaktadır. Ultrasonografik görünümleri malignite ile karışabilir ve torsiyon, rüptür ve kanama gibi komplikasyonlar sonucu acil cerrahi müdahale gerektirebilirler (18). İlk trimesterde görülen kitlelerde en fazla görüleni korpus luteum kistleridir. Bunlar spontan regrese olabileceği gibi, şayet rüptür yada torsiyon gibi nedenlerle cerrahi yapılırsa abortusların önlenmesi için progesteron desteği göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, gebelikte adneksiyel kitle durumlarında ilk trimesterde spontan regresyon olabileceği dikkate alınarak konservatif yaklaşılmalı, ancak kuvvetli malignite düşünülen yada rüptür, torsiyon gibi durumlarda acil cerrahi yapılmalıdır. Cerrahide mümkün olan her durumda laparaskopi tercih edilmeli, bu yapılamıyorsa laparotomi tercih edilmelidir. Persiste eden kitleler ikinci trimesterde, 14-22. gebelik haftaları arasında çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmbhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol*. 2006;101(2):315-321.
2. 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.
3. Condous G, Okaro E, Bourne T. The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;22(4):420-430.
4. 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(5):1098-1103.
5. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61(7):463-470.
6. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(3):492-505.
7. Platek DN, Handerson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(3):1236-1240.
8. Wheeler TC, Fleischer AC. Complex adnexal mass in pregnancy: predictive value of color Doppler sonography. *J Ultrasound Med* 1997; 16(6): 425-438.
9. Curtis M, Hopkins MP, Zarlingo T, Martino C, Graciansky-Lengyl M, Jenison EL. Magnetic resonance imaging to avoid laparotomy in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993;82(5): 833-836.
10. Schwartz N, Timor-Tritsch IE, Wang E. Adnexal Masses in Pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2009;52(4):570-585.
11. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, Goldenberg M, Mashlach S, Oelsner G. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril*. 1999;71(5):955-960.
12. Yuen PM, Ng PS, Leung PL, Rogers MS. Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy. *Endosc* 2004;18(9):1354-1357.
13. Lavery JP, Koontz WL, Layman L, Shaw L, Gumpel U. Sonographic evaluation of the adnexa during early pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163(4): 319-323.
14. 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.
15. Caspi B, Levi R, Appelman Z, Rabinerson D, Goldman G, Hagay Z. Conservative management of ovarian cystic teratoma during pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(3): 503-505.
16. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobelt N, Mariani S. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG*. 2003;110(6):578-583.
17. Hong JY. Adnexal mass surgery and anesthesia during pregnancy: a 10 year retrospective review. *Int J Gynecol Cancer* 2006;15(3):212-216.
18. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Muthch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1999;93(4):585-589.