

GEBELİKTE OVER TÜMÖRÜ VAK'ALARINDA CERRAHİ TEDAVİ

Dr. Erkin KANDEMİR(*)

Dr. Mine ÜNER()**

Dr. Sevgi TEZCAN(*)**

GİRİŞ

Gebelikte abdominal cerrahi endikasyonu konulması, obstetrisyen için bazı güçlükler taşımaktadır. Klinisyen ve cerrah tanıları için emin olmayabilirler ve cerrahi semptom ve belirtiler tam olarak mevcut olmadıkça operasyon için karar vermekte güçlük çekerler. Fazla bilgi için harcanacak zaman anne ve çocuk için zararlı olabilir (6, 9, 11).

Ayrıca ovarial malignite, üreme çağında ve özellikle, gebelikte beraber olduğu zaman büyük problem teşkil etmektedir (6, 8).

Her türlü over tümörü gebelikte birlikte bulunabilirse de, gebelikte dermoid kistlere en sık rastlanır (1, 7, 9, 12). Hormonal düzensizliklere sebep olan fonksiyonel tümörlerle, over parankimasını süratle tahrip eden tümörler infertilite veya steriliteye sebep olacaklarından, çoğu kez sekonder bir etki yaparak, gebeliği de önlerler (5).

Gözden kaçmış vak'alarda neoplazik oluşum travay esnasında hem anne hemde çocuk için kötü sonuçlara giden ağır komplikasyonlara yol açabilirler. Over tümörlerinin gebelik esnasında % 50 oranında distcsilere yol açtığı kabul edilmektedir (5, 11).

* A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Kürsüsü Başkanı

** A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Kürsüsü Uzman Asistanı

*** A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Kürsüsü Uzman Asistanı

Literatür gözden geçirildiğinde, gebelikte over tümörüne rastlama oranının çok değişik olduğu görülmektedir (2, 3, 5, 8, 14). Gebelikte overde rastgelinmesi muhtemel her türlü retansiyon kistlerini over tümörleri arasında saymakla oran yükselmektedir (5, 11). Çoğu kez fonksiyonel nitelikte olan bu büyümelerin retansiyon kisti halinde irreversible bir hal alsalar bile, neoplazik nitelikteki gerçek over tümörleri ile aynı bölümde incelenmeleri istatistik sonuçlarını etkileyecektir (5).

Ovarial hastalıklar, tanıda, doğum hekiminin en önemli rolü olduğu abdominal cerrahinin bir tipi olduğundan aşağıdaki araştırmayı yapmayı uygun gördük.

Çalışmamız, 1969 yılından 1976 Eylül ayı sonuna kadar olan 8 yıllık periyotta (gebelik + ovarial tümör) vak'alarında kliniğimiz çalışmasının bir analizidir.

MATERYEL

Araştırmanın yapıldığı 1969 - 1976 yılları arasında A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine 25 vak'a, (gebelik + ovarial tümör) tanısı ile yaptırılmıştır (Tablo: 1). Bu vak'aların 15 ine cerrahi müdahale yapılmıştır. 8 yıllık period içinde aynı klinikte 13675 doğum olmuştur.

TABLO : 1

Vak'a	Protokol	İsim	Yaş	Geb.Haft	T.Çapı(cm)	Tedavi
1—	1747/1969	A.M.	19	10	12	Operasyon
2—	2085/1969	N.Y.	22	8	7	Operasyon
3—	3519/1970	N.K.	35	20	5	Kontrol
4—	3624/1970	S.Ö.	26	14	10	Operasyon
5—	3740/1970	K.T.	31	6	6	Operasyon

6—	9733/1972	H.E.	41	4	10	Operasyon
7—	2699/1972	N.E.	22	10	4	Kontrol
8—	9335/1972	G.U.	24	8	4	Kontrol
9—	9124/1972	R.K.	26	8	4	Kontrol
10—	8551/1972	N.A.	32	14	6	Kontrol
11—	8120/1972	T.A.	24	4	8	Operasyon
12—	9683/1972	K.E.	30	6	10	Operasyon
13—	12189/1973	Y.K.	22	8	6	Kontrol
14—	11581/1973	F.Ç.	21	8	4	Kontrol
15—	14953/1973	F.Ç.	25	6	10	Operasyon
16—	13475/1974	N.S.	28	6	8	" Kabul etmedi.
17—	15419/1974	G.K.	27	4	8	Kontrol
18—	15570/1974	B.E.	24	4	5	Kontrol
19—	15574/1974	K.T.	29	8	6	Operasyon
20—	17121/1975	F.T.	32	4	8	Operasyon
21—	17885/1976	B.E.	20	8	10	Operasyon
22—	20990/1976	R.G.	25	4	6	Operasyon
23—	22170/1976	Ş.Y.	11	14	6	Operasyon
24—	21382/1976	S.T.	16	16	10+7	Operasyon
25—	22464/1976	G.T.	30	40	10	Operasyon

BULGULAR

Bizim serimizde, operasyona tabi tutulan 15 vak'ada, basit seröz kist, corpus luteum kisti, dermoid kist, disgerminom, ve granülosa hücreli tümör saptanmıştır (Tablo : II).

TABLO : II

Vak'a	Operasyon	Patolojik Anatomi	Progeste-ron Ted	Düşük
1 —	Kistektomi	Dermoid kist	+	—
2 —	"	Corpus luteum kisti	+	—
4 —	"	Dermoid kisti	—	—
5 —	"	Corpus luteum kisti	+	+
6 —	"	" " "	—	—
11 —	"	Basit seröz kist	+	+
12 —	"	" " "		
15 —	"	Corpus luteum kisti	—	—
19 —	"	Corpus luteum kisti	—	—
20 —	"	Basit seröz kist	+	—
21 —	"	Dermoid kist	+	—
22 —	"	Basit seröz kist	—	—
23 —	"	" " "	+	+
24 —	Bilateral salpingo-iki taraflı Dysgermion oferektomi + His-terotomi Ant.		—	Terapötik Abortus.
25 —	Sezaryen + Kist-Gronülosa hücreli tümör tektomi		—	

15 vak'adan 5 i corpus luteum kisti olup, bu kistler gebeliğin erken döneminde palpe edilebilen ve en sık rastlanan kistlerdir. Çapları seyrek olarak 6 cm.yi geçer, saptadığımız vak.'alarda büyüklükleri 6-10 cm. arasında olmak üzere ortalama 7.2cm. idi. Bir vakada kist rüptüre olmuştu ve vakanın pre-operatif tanısı dış gebelik idi.

Folikül kistleri de, corpus luteum kistleri gibi sık rastlanan ve çap bakımından küçük kistlerdir. Serimizde ortalama büyüklükleri 7,6 cm. saptanmıştır. Vak'aların bir tanesinde folikül kisti torsiyone idi.

3 dermoid kist vak'asına rastlandı ve bunların çapları 8, 10, 10 cm. idi.

Sezaryeni takiben çıkarılan 10 cm. çapındaki tümörün histopatolojik tanısı granülosa hücreli tümördü.

Disgerminom saptanan tek vak'ada ise lezyon iki taraflı olup, 4 aylık gebeliği olan hastanın karnında ileri derecede asit ve göğüste hidro toraks mevcuttu. Tümör bir tarafta 7 cm. diğer tarafta ise 10 cm. idi.

Vak'aların preoperatif tanıları, bir vak'a hariç (gebelik + Ovarial) tümör idi. Diğer vak'ada dış gebelik tanısıyla operasyon yapılmış olup rüptüre ovarial tümör saptanmıştır.

Dermoid tümörlerde radyolojik tetkik yapılmadığından preoperatif dermoid kist tanısı kesinlikle konulamamıştır.

Tanıda tereddüt olması nedeniyle bir vak'ada önce laparoskopi yapılmış, ovarial tümör laparoskopide saptandıktan sonra laparotomi yapılmıştır.

Tablo : II de görüldüğü gibi, 15 ovarial tümör vak'asının 13 ünde sadece kistektomi yapılmıştır. Disgerminom vak'asında ise histerotomi yapılarak fetus ve ekleride çıkarılmıştır. Doğumda distosi, (Myom + gebelik + ovarial tümör) nedeniyle sezaryen yapılan bir vak'ada, sezaryeni takiben ovarial kiste çıkarılmıştır.

13 operasyon geçirmiş vak'adan 3 ünde düşük meydana gelmiştir. Diğer 10 vak'ada ise gebelik normal olarak devam etmiştir.

3 düşük vak'asında da preoperatif ve postoperatif gestagen verilmiştir. Düşük yapmayan 10 vak'adan 5 i preoperatif gestagen tedavisine tabi tutulmamışlardır.

Vak'aların hepsinde genel anestezi (ether veya halothan) uygulanmış ve postoperatif iki gün, 12 saatte bir 50 mg. Dolantin i.m. verilmiştir.

Kliniğe yatırılan 25 ovarial tümör + gebelik vak'alarının hepsinde iyi tarif edemedikleri, zaman zaman şiddetlenen kasık ağrısı mevcuttu. İki vak'ada ise bu ağrı çok şiddetli idi (Torsiyon ve rüptür vak'aları).

Bulantı ve kusma, torsiyon ve rüptür vak'alarında daha fazla olmak üzere, bütün vak'alarda, gebeliğe bağlı olarak mevcuttu.

Operasyon için şiddetli karın ağrısı ve tümör çapının 6 cm. den büyük olması gibi iki önemli endikasyon mevcuttu. 6 cm. den küçük tümörlere operasyon yapılmayıp, kontrolde kalınmaları istendi.

TARTIŞMA

Literatürün gözden geçirilmesinde gebelik esnasında rapor edilen ovarial tümörlerin insidansının çok değişik olduğu görülür (1, 2, 3, 11).

Tawa (1964), Ramoso, Almirante ve Sotta (1967), ile Buttery ve arkadaşları (1973)'nin raporlarına göre, gebelikte ovarial tümörün insidansı binde birdir (4, 13, 15).

1954 yılında Grimes ve arkadaşları her 81 doğuma bir, gebelikle beraber olan ovarial tümör vak'ası isabet ettiğini bildirmişlerdir (7).

Bizim kliniğimizde her 547 doğuma bir ovarial tümör isabet etmiştir.

İnsidansın saptanmasında, hastanın I. trimestirde kendini prenatal kontrol için doktora göstermesi, önemli bir faktördür. Birçok yazarlar ilk prenatal muayenenin ovarial kitleyi palpe etmek için en iyi zaman olduğu kanısındadırlar (7, 11). Birinci trimestirden sonra overler büyüyen uterusla birlikte pelvisten yukarı çıkarak, palpasyonu zorlaştırırlar (11).

Buttery torsiyo na rastlama oranını, % 29 olarak göstermiş ve gebe olmayan kadınlara nazaran 4 defa fazla olduğunu bildirmiştir (4).

Gebelikte görülen torsiyon, nekroz ve gangrenlerin klinik belirtileri, gebe olmayandan pek farklı değildir. Aşırı derecede torsiyo na uğramış tümörlerin en önemli komplikasyonu pedikül kopması veya tümörün yırtılmasıdır ki, zamanında teşhis edilip ameliyat edilmediği takdirde, anne ve çocuk yönünden ağır komplikasyonlara sebep olabilir (5).

Bizim 15 opere ovarial tümör vak'asından biri torsiyo ne ovarial tümör idi (% 6,6).

Çeşitli yayınlar incelendiği zaman, gebelik + ovarial tümör vak'alarında operasyonun ne zaman yapılması gerektiğinin tartışma konusu olduğu görülür (4, 11, 13).

Almirante ve Sotto (13), ilk trimestride erken operasyonu önermişler ve kendi tecrübelerine göre bazı komplikasyonların ve bilhassa ileusun 2. ve 3. trimestirde yapılan operasyonlarda daha fazla olduğunu söylemişlerdir.

Diğer taraftan Buttery ve arkadaşları ikinci trimestire kadar operasyonun yapılmasını önermişlerdir (4).

Pekçok yazar 5-6 cm. den küçük, asemptomatik ovarial kistli hastaların 16. - 18. gebelik haftasına kadar dikkatle observe etmişlerdir. Bu zaman zarfında korpus luteum kistleri ve fonksiyonel kistler küçülecek ve birçok abortusların olduğu birinci timestir geçmiş olacaktır (11).

Araştırmalarda ilk trimestirde operasyondan sonra abortusa rastlama oranının % 35 olduğu, buna karşılık 2. trimestirde bu oranın % 2 ye düştüğü rapor edilmiştir (6). 3. trimestirdeki cerrahi ise fetal mortalite hızında bir artma ile beraberdir (8).

Bizim kanımıza göre, kist ilk trimestirde saptandığı takdirde kontrol altında bulundurulmalıdır. 2. trimestirde gerilmeye, başlamassa ve kist 5-6. cm. den daha büyük olursa, gebeliğin

16. haftasında laparotomi endikasyonu vardır. Kist 10 cm. veya daha büyük, fikse veya nodülerse laparotomi ilk görülmede endikedir.

Olayın ilk semptomları, torsiyon, rüptür, hemoraji ve enfeksiyon gibi ovarial tümörün kendine ait bir komplikasyonu olabilir. Bu durumda derhal cerrahi girişim endikasyonu vardır (1).

Over kanserlerinin gebe olmayan kadınlardaki gibi ele alınması gerekir. Tüm ovaryum kanserlerinin yaklaşık % 90 ının adi epitelyal kanserler olmasına karşılık bunların sadece % 8 ine 35 yaşın altındaki kadınlarda rastlanır. Jubb, 1963 yılında yayınladığı yazısında 1882 yılından itibaren dünya literatüründe sadece 24 primer ovarial kanserli gebe vak'a toplayabildiğini bildirmiştir (10).

Beischer (2), malignite insidansını kendi serisinde % 2.5 olarak bulmuştur.

Adı geçen tümörlere rastlanacak olursa aşağıdaki tedavi şemasının uygulanması önerilmektedir (1).

Tümörün malignitesi düşük derecede ve pelvisdeki sitolaji negatif ise ve olay sadece tek ovaryumu tutmuşsa, tek taraflı ooferektomi ve diğer ovaryumdan biopsi tavsiye edilir. Ovaryum kanseri menşee aldığı ovaryumdan ötekine yayılmışsa, total histerektomi, biletaral salpingooferektomi, omentektomi, apendektomi uygundur. Malignitenin derecesi hakkında herhangi bir kuşku varsa hastayı kapatmak ve son rapora göre kati karar verip, ameliyat yeniden gerekiyorsa hastayı fazla zedelemeyen ameliyat yapılabilir (1, 10).

Sezaryen esnasında tüplerin ve ovaryumun rutin incelenmesi zorunludur. Miadında gebelikte ovaryumlar istirahat halinde olup, nispeten küçüktür. Herhangi bir büyümenin şüphesi ile karşılanması gerekir. Bu durumda biyopsi alınması ve frozen section yapılması uygundur (1, 10).

Bizim bir vak'amızda (Vak,a : 25), sezaryeni takiben overlerin kontrolünde, tek over 10 cm. çapında tümöral bir oluşum

olarak bulunmuş ve ooferektomi yapılmıştır. Tümörün histopatolojik incelenmesinde granüloza hücreli tümör olduğu anlaşılmıştır.

Non epitelial tümörler tüm over tümörlerinin sadece % 10 unu oluşturur. Bunlar genellikle adi epitelyal tümörlere oranla daha genç hastalarda görülür. Germ cell tümörler arasında en fazla malignite gösterenler disgerminomlardır. Bunlar vak'aların % 5 - 10 unda bilateral olurlar (1, 10). Bizim 24 nolu vakamızda olduğu gibi.

14 operasyon vak'asının 9 unda preoperatif ve postoperatif gestagen kullanıldı. Bu vak'aların üçünde spontan düşük husule geldi (% 33).

Bazı yazarlar sentetik gestagenlerin operasyondan önce ve sonra kullanılarak düşük oranını azaltabileceklerini söylemişlersede (5), kullanılan bu maddelerin düşük oranını ne derecede azalttığı bugün için şüphelidir (9, 11).

Lyndon ve arkadaşları (11), 57 operasyon vak'asında, pre ve postoperatif gestagen tedavisi görmüşlerle, ilaç verilmeyenler arasında abortus yönünden bir farklılık saptayamamışlardır.

Erken gebeliklerde yapılacak operatif girişimlerin düşükle sonuçlanması, korkulduğu kadar fazla değildir. Elektif olarak tümörün çıkarılması düşüğe yol açmaz. Buna mukabil herhangi bir komplikasyon gösteren over tümörlerinin çıkarılması, yüksek oranda düşük sebebidir. Tümörün çıkarılması sırasında güçlüklerle karşılaşılması ve uterusun mekanik travmaya maruz kalması, düşük olasılığını artırır (9).

Bu nedenlerle birinci plânda annenin hayatı gözönünde tutularak gebeliğin birinci ayından itibaren rahatlıkla operatif girişimlerde bulunabilir.

SONUÇ

Gebelikte meydana gelen ovarial tümörlerde 8 yıllık bir devrede izlenen tedavi şekli ile operasyon yapılan vak'alarda, fetal mortalite preoperatif, postoperatif tedavi şekilleri incelenerek bazı sonuçlar elde edilmeye çalışıldı.

Literatürün incelenmesiyle gebelikte ovarial tümörlere rastlama yüzdesi hakkında katı bir neticeye varılamayacağı anlaşıldı. Fonksiyonel kistlerin bu istatistiklere dahil edilmesi ve edilmemesinin insidans değişikliğinde önemli rol oynadığı görüldü.

Gebelikte operatif girişimlerin korkulduğu kadar yüksek oranda düşüğe sebep olmadığı, husule gebecek düşüklerin gestagen ile önlenemeyeceği kanısına varıldı.

Asemptomatik ve çapı 5 cm. den küçük olan ovarial kistlerin büyük bir olasılıkla fonksiyonel tipte olacağı ve bu tip kistlerin operasyona tabi tutulmayıp, kontrol altında bulundurulmaları ve 2. trimestirde büyümeye devam ettikleri takdirde çıkarılmaları tavsiye edilir.

6 cm. den büyük, sert lobüle ovarial tümörler anne hayatı göz önüne alınarak hangi devrede rastlanırsa rastlanılsın, operasyona tabi tutulmaları uygundur.

Literatürün incelenmesiyle gebelikte en fazla rastlanan ovarial tümörün dermoid kist olduğu ve en malign potansiyele sahip olan tümörün ise disgerminomlar olduğu anlaşılmıştır.

ÖZET

1969 - 1976 yılları arasında A.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine yatan 25 ovarial tümörlü gebe kadın takdim edildi. Bu periodda, bu klinikte 13675 doğum oldu. Gebelikte ovarial tümör insidansı her 547 doğuma bir

vak'a idi. Basit ve dermoid kistler en sık rastlanan lezyonlardı. 5 cm. küçük çaplı tümörler operasyona tabi tutulmadılar.

Karın ağrısı ve tümörün 6 cm. den büyük olması operasyon için en önemli endikasyonlardı.

Preoperatif ve postoperatif gestegen verilmesi abortus hızını etkilemedi. Postoperatif spontan abortus oranı % 33 idi.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF CASES WITH OVARIAN TUMORS IN PREGNANCY

25 pregnant women with ovarian tumors, treated in the Obstetrics Department of The Ankara Faculty Of Medicine, between 1969 - 1976 are presented. During this period, there were 13675 deliveries in this clinic. Incidence of ovarian tumors in pregnancy was one in every 547 deliveries. Simple serous ovarian cysts and dermoid cysts were the most common ovarian tumors. If a cyst was less than 5 cm. in diameter no operation was performed. Abdominal pain or a tumor with a size greater than 6 cm. were the primary indications for surgery.

Use of gestagens in preoperative and post operative periods had no affect on the abortion rate. Postoperative abortion rate was 33 per cent.

LİTERATÜR

- 1 — Barber, H. R. K., Graber, E. A.: Surgical disease in pregnancy. P: 428-439 Toronto, 1974.
- 2 — Beischer, N.A.: Ovarian tumors in pregnancy. Obs. Gyn. Survey. 27: 429, 1972.

- 3 — Booth, R. T. : Ovarian tumors in pregnancy. *Obs. Gyn.* 21: 189, 1963.
- 4 — Buttery, D.W., Beischev, N.A., Fortune D.W., Macafee, C.A.J. :
Ovarian tumors in pregnancy. *med. j. Aust.* 1: 343-349, 1973.
- 5 — Çanga, Ş., Esendal, A., Yavuz, H.: Over tümörleri, S: 439, Ankara, 1970.
- 6 — Chung, A., Birnbaum S.J.: Ovarian cancer, associated with pregnancy. *Obs. Gyn.* 41: 2, 211, 1973.
- 7 — Grimes, W.H., Bartholomew, R. A., Coluin, E.D., Fish, J.S., Lester W.M.:
Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am. J. Obs. Gyn.* 68: 594, 1954.
- 8 — Govan, A.D. T.: Tumors in pregnancy. *Clin. Obs. Gyn.* 3: 1, 144, 1976.
- 9 — Gürgüç, A.: Doğum Bilgisi. (3. Baskı) S: 398, Ankara, 1976.
- 10 — Jubb, E.D.: Primary ovarian carcinoma in pregnancy. *Am. J. Obs. Gyn.* 85: 345-354, 1963.
- 11 — Lyndon, M.H., Carl-E. J., Raymond, A. L.: *Am. J. Obs. Gyn.* 122: 5, 565-569, 1975.
- 12 — Novak, E.R., Jones, S.G., Jones, W.H.: *Novak's Textbook of Gynecology.* P. 469-470, Baltimore. U.S.A. 1975.
- 13 — Ramosa, J.J., Almirante, C., Sotto, L.: Ovarian tumors in pregnancy. *J. of the Phil. Med. As.* 43: 242-246, 1967.
- 14 — Talerman, A., Scholte, E., Daamen, C.B.F. and Gratama, S.: Granulosa theca cell tumor associated with pregnancy. *Ind. J. Gyn. Obs.* 13: 3, 113-117, 1975.
- 15 — Tawa, K.: Ovarian tumors in pregnancy. *Am. J. Obs. Gyn.* 90: 511-516, 1964.