

Gebelikte adneksiyel kitle: Olgu sunumu ve literatür verilerinin değerlendirilmesi

Adnexal mass in pregnancy: a case report and review of the literature

M.Erdal SAK¹,
Mustafa KOPLAY¹,
Özgür ÖZKUL²,
M.Siddik EVSEN³,
Sibel SAK⁴

¹Ergani Devlet Hastanesi,
Kadın-Doğum Kliniği
²Kurtalan Devlet Hastanesi,
Kadın-Doğum Kliniği³
Diyarbakır
Kadın-Doğum Hastanesi
⁴Dicle Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kadın Hast. ve
Doğum Anabilim Dalı

E-posta: : drmesak@yahoo.com

ÖZET

Ultrasonografinin (USG) yaygın olarak kullanımını takiben, adneksiyel kitleler gebelerde daha sık saptanır hale gelmiştir. Bu çalışmada, antenatal takip sırasında saptanan adneksiyel kitlelerin takip ve tedavi protokolü literatür bulgularıyla birlikte değerlendirildi.

Gebelikte tespit edilen adneksiyel kitlelerin yönetimi; gebelik haftası, semptomatolojisi, ultrasonografi ve muayene bulguları doğrultusunda düşünülen ön tanıya göre, ailenin de görüşü alınarak şekillendirilir. Gebelik esnasında cerrahi girişimin komplikasyonları da göz önüne alınarak, gebelerde adneksiyel kitleye yaklaşım için uygun tedavi protokoller oluşturulması gerekliliği açıktır. Sonuç olarak, obstetrik USG'de adneksler mutlaka değerlendirilmeli, gebelerde abdominal cerrahi endikasyonu konurken çok dikkatli olunmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, adneksiyel kitle, takip ve tedavi

ABSTRACT

Adnexal masses have been more frequently detected after common use of ultrasonography (USG). In this study follow-up and management protocol of an adnexal mass during pregnancy was reviewed in the light literature findings.

Adnexial masses during pregnancy are managed according to preliminary diagnosis, pregnancy weeks, symptomatology, USG and examination findings and family's preference. Due to complication risk of surgical operation in pregnancy, appropriate treatment protocols should be prepared in order to find best approaches. In conclusion, adnexes should be carefully examined with obstetrical USG and indication for surgical operation should be made more carefully.

Key words: Adnexal mass, pregnancy, follow-up and management

GİRİŞ

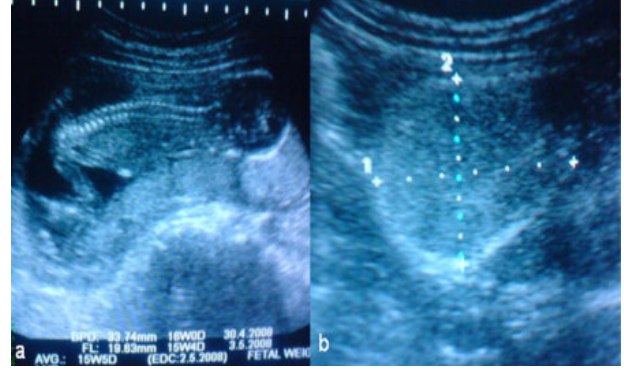
Teknolojik gelişmelere bağlı olarak obstetrik ultrasonografi (USG)'nin rutin gebelik takibinin bir parçası haline gelmesiyle birlikte, tespit edilen adneksiyel kitle oranında artış olmuştur. USG ile önceden palpe edilemeyen adneksiyel kitleler saptanıp ölçülebilmektedir. Günümüzde bu oran ortalama yüz gebelikte bire kadar yükselmiştir. Gebelikte adneksiyel kitle insidansı değişik raporlarda 1/81 ile 1/8000 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir^{1,2}. Bunların çoğunluğu korpus luteum kistleri, teka lutein kistleri gibi fonksiyonel kistlerdir ve %95'i 16. gebelik haftasından sonra geriler^{1,2}. Asıl problem gerilemeyip devamlılık gösteren kitleye yaklaşımdır. Devamlılık gösteren 5 cm'den büyük çapta kistik veya kompleks yapıdaki adneksiyel kitlelere yaklaşım şekli tartışmalıdır. İdeal yaklaşım cerrahi girişim yapılması ve elektif cerrahi için ideal dönemin 16-18. gebelik haftaları arası olduğu kabul edilmektedir². Gebelikte saptanan bu adneksiyel kitlelerin %10-30'unda torsiyon, rüptür ve doğum eylemi distosisi gibi acil

cerrahi girişim gerektiren komplikasyonların gelişebileceği ve yine bu kitlelerin %2-6'sının malign yapıda olabileceği bilgisi verilerek, 16-18. haftalar geçirilmeden cerrahi girişimin yapılması uygun görülmektedir²⁻⁴. Ultrasonografik muayenenin adneksiyel kitlelerin benign-malign ayırımı yanında, histopatolojik tanıda duyarlılığının da yüksek olduğu bilinmektedir⁴. Dermoid kistlerin %95-97'sinin, endometriomaların %80'inin ve basit kistlerin de %71'nin preoperatif doğrulukla tanınabildiği bildirilmiştir⁴. Gerek USG ile daha fazla adneksiyel kitle saptanması ve gerekse benign-malign kitle ayırımı konusunda deneyimin artması, bazı merkezlerin gebelikte devamlılık gösteren her adneksiyel kitlenin opere edilmesi gerektiğini öngören yaklaşımını sorgulamaya yol açmıştır⁵. Persiste eden ikinci trimester benign adneksial kitleleri, hatta kompleks yapıdaki asemptomatik kitleleri opere etmeden gebelik sonuna kadar takibi öneren ve bu yaklaşımın maternal-fetal etkilerini karşılaştıran, prospektif araştırmalar vardır⁵.

OLGU

Gebelik nedeniyle rutin muayeneye gelen 23 yaşındaki Gravida:2, Parite:1, Abort:0, Yaşayan:1 olan hasta USG inceleme ile birlikte değerlendirildi. Kombine transabdominal ve transvaginal USG'de, biparietal çap 33.7 mm ile 16 haftalık, femur boyu 19,6 mm ile 15 hafta 4 günlük intauterin gebelik olduğu görüldü. Ayrıca sol adneksiyel alanda 54x45 mm ebatlı, düzgün sınırlı, distal gölgesi olan milimetrik kalsifikasyona ait ekojenite içeren, teratodermoid tümör ile uyumlu hiperekojen kitle lezyonu izlendi (Şekil 1). Hasta ve eşi gebelik sırasında cerrahi müdahale istemediklerini, ancak acil operasyon gerekirse sol overin alınmamasını istediler. Gebelik sırasında kitleye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar hakkında aileye bilgi verilip, onayları alındıktan sonra doğuma dek izlem planlandı.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; tüm tümör belirteç değerlerinin (CA-125, AFP, CEA) normal değerler aralığında olduğu görüldü. Hastanın yapılan gebelik takipleri boyunca USG muayenelerinde adneksiyel kitle boyutlarında belirgin bir değişiklik



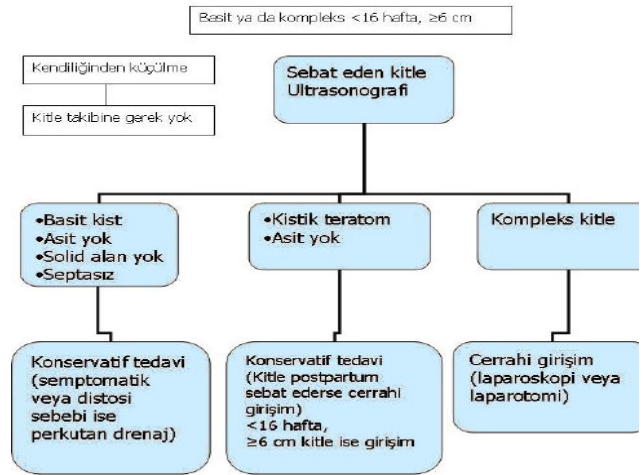
Şekil 1. İntrauterin gebelik ve sol adneksiyel kitle

saptanmadı. Hasta 37 haftalık gebeyken fetal distres endikasyonu ile acil sezeryan ile doğumu yaptırıldı. Batın içi eksplorasyonda sol over kaynaklı, uterusla hafif adezyon gösteren, düzgün sınırlı, fluktuasyon veren 5 cm çaplı solid kistik kitle izlendi. Pelvi-abdominal periton, omentum ve diğer intraabdominal organlarda patolojik bulgu saptanmadı. Kist kapsülüyle overden diseke edilerek alındı. Postoperatif patoloji sonucu "dermoid kist" olarak geldi.

TARTIŞMA

Gebe kadınların neredeyse %1'inde adneksiyal kitle saptanır. Literatürde gebelikte adneksiyal kitle görülme oranı 1/81 ile 1/1800 arasında bildirilmiştir¹. Bu kitleler çoğunlukla over kaynaklıdır. Bunlar içinde en başta fonksiyonel over kistleri (foliküler, korpus luteum, teka lutein kistler) gelirken, bunu benign kistik teratomlar, seröz kistadenomlar, paraovaryen kistler, musinöz kistadenomlar, endometriyomalar ve malign tümörler takip eder. Fonksiyonel over kistleri genellikle, gebeliğin ilk trimesterinde saptanır ve hemen her zaman spontan olarak gerilerler^{1,2}. Onaltıncı gebelik haftasından sonra persistan adneksiyel kitleler, neoplastik olabilecekleri için bu olgularda cerrahi eksplorasyon yapılması gerekebilir. Adneksiyal kitlelerden iki tanesi gebeliğe spesifik olup dikkatli değerlendirilmelidir. Bunlar gebeliğin luteoması ve teka-lutein kistleridir. Bu kitleleri tanımak gereksiz ooferektomi yapılmasını önler. Bunlar doğum sonrası geriler ve akut bir komplikasyon çıkmadıkça müdahale edilmemelidir². Tanıda USG pelvik kitlelerin morfolojisini değerlendirme açısından ilk yöntemdir. Kitle lezyonun büyüklüğü, kistik veya solid görünümü, ince veya kalın septasyonlar içerip-içermemesi açıkça belirtilmelidir. Diğer bir görüntüleme yöntemi olan manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) gebelikte kullanımı güvenli olarak değerlendirilmektedir³. MRG ve USG karşılaştırıldığında, MRG minimum ilave bir yarar sağlamaktadır. USG, tanının kesin olmadığı gebelerde ve saplı subseröz miyom olduğu düşünülen olgularda tanıya yardımcıdır³.

Adneksiyel kitlelere, gebelik sırasında cerrahi müdahale; malignite, persistan asemptomatik over kistleri (>8-10 cm), semptomatik kitleler (torsiyon, rüptür, doğum yolunun obstrükte olması) için planlanmalıdır^{2,4}. Over kanseri olan gebe kadınların çoğu asemptomatiktir. Gebelik sırasında adneksiyal kitlelere yaklaşım hastanın semptomlarına, gebelik haftasına ve kitlenin büyüklük ve özelliklerine göre belirlenir. Küçük over kistleri (<6 cm) genellikle fonksiyoneldir ve konservatif olarak yönetilir. Eğer kitle unilateral, uniloküler, mobil ve 6 cm'den küçükse izlem önerilir^{1,5}. Eğer kitle 6 cm'den büyükse, solid ise ve bilateral ise veya ikinci trimesterde devamlılık gösteriyorsa geleneksel yaklaşım laparotomi yapılmasıdır^{1,4}. Bununla beraber, ilk trimesterde



Şekil 2. Gebelikte saptanan adneksiyel kitlelere yaklaşım önerileri

cerrahi gerektiren adneksiyal kitle, genelde acil cerrahi girişime neden olan korpus luteum torsiyonudur. Elektif cerrahi, spontan abortus riskini azaltmak için ikinci trimestere kadar ertelenir. Genellikle 18. hafta civarında opere edilen gebeliklerde fetal bir problem oldukça nadir görülür. Bu nedenle 18. hafta cerrahi için en uygun hafta olarak kabul edilir^{4,5}. Gebelikte adneksiyel kitleye yaklaşım önerileri Şekil 2'de gösterilmiştir. Sonuç olarak, görüntüleme yöntemleri ve klinik muayene ile benign bir kitleden şüpheleniliyorsa, hasta asemptomatik ise ve bu oluşum distosi riski oluşturmuyorsa doğuma kadar izlenebilir. Bizim olgumuzda hastanın asemptomatik olması, kitlenin 6 cm den küçük olması ve benign bir kitleyi düşündürmesi nedeniyle müdahale edilmeden takip edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Whitecar P, Turner S, Higby K. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol 1999;181:19-24.
2. Condous G, Okaro E, Bourne T. The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. Ultrasound Obstet Gynecol 2003;22:420-30.
3. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: Accuracy of sonographic diagnosis and outcome. J Ultrasound Med 1997;16:447-52.
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;105:1098-103.
5. Platek DN, Handerson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1995;173:1236-40.