



Nadir bir neonatal adneksiyal kitle nedeni: Intrauterin over torsiyonu

A rare neonatal adnexial mass cause: Intrauterine over torsion

Fatma Hilal Yılmaz, Nazlı Dilay Gültekin, Mehmet Yücel, Nuriye Emiroğlu, Hüseyin Altunhan

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Yenidoğan Bilim Dalı, Konya, Turkey

Özet

Intrauterin ve yenidoğan döneminde ovaryen patolojilerle nadir karşılaşılmaktadır. En çok over kistleri olmak üzere, teratomlar, otoampüte overler veya fallop tüpü, mezenterik kistler, barsak duplikasyonları ve over torsiyonları karşılaşılan benign natürde kitlelerdir. Buna rağmen intrauterin over torsiyonu ise oldukça nadir karşılaşılan bir klinik durumdur. Bu vakada intrauterin dönemde teratom ön tanısı ile takip edilen, intrauterin over torsiyonu tanısı alan yenidoğan hasta sunulacaktır.

Anahtar Sözcükler: Adneksiyal kitle; intrauterin over torsiyonu; newborn

Ovaryen patolojilerle yenidoğanlarda nadiren karşılaşırlar. Buna rağmen son 10 yıl içerisinde gebelik izlemi boyunca ultrasonografi takipleri ve lüzum halinde başvuru halindeki manyetik rezonans gibi gelişmiş görüntüleme teknikleriyle adneksiyal kitlelerle karşılaşılma sıklığı artmıştır.^[1,2] Over kistleri, teratomlar, otoampüte overler veya fallop tüpü, mezenterik kistler, barsak duplikasyonları ve over torsiyonları karşılaşılan benign natürde adneksiyal kitlelerdir. Buna rağmen intrauterin over torsiyonu ise literatürde oldukça sınırlı sayıda vaka takdimi olarak yer almaktadır. Burada intrauterin dönemde teratom ön tanısı ile takip edilip postnatal görüntülemelerinde intrauterin over torsiyonu tanısı alan yenidoğan hasta sunulacaktır.

Olgu Sunumu

Otuz yaşındaki annenin 3. gebeliğinden 3. canlı doğan olarak, spontan vajinal yolla, 40 hafta, 3800 gr dünyaya gelen hasta sol adneksiyal kitle ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenesi ve vital bulguları normal olan hastanın prenatal 32. haftadan itibaren sol overyen bölgede yerleşimli teratom ön tanılarıyla adneksiyal kitlesinin olduğu söylenmiş.

Abstract

Ovarian pathologies are rare in intrauterine and neonatal period. Teratomas, auto-ovaries or fallopian tubes, mesenteric cysts, bowel duplications and ovarian torsions are the most common benign masses. However, intrauterine ovarian torsion is a rare clinical condition. In this case, will be presented a newborn patient diagnosed with intrauterine ovarian torsion, intrauterine period was followed with the diagnosis of teratoma.

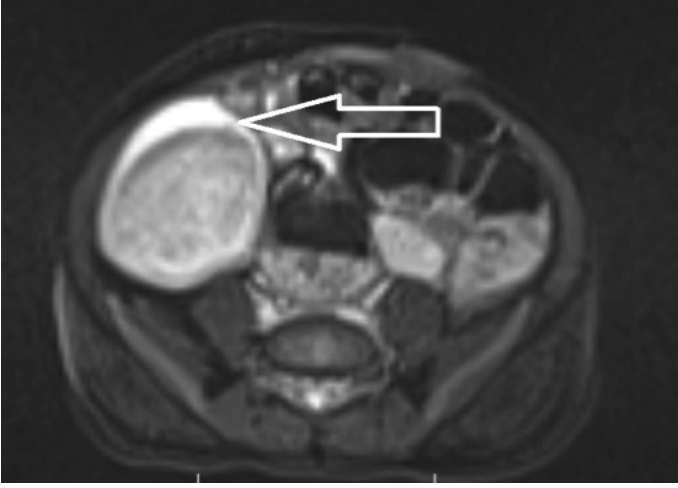
Keywords: Adnexial mass; intrauterine torsion; newborn

Hasta postnatal 15. gününde yapılan batin ultrasonografisinde sol adnekte 3,5x1,5 cm boyutlarında multiple septasyon içeren kistik yapı görüldü, over seçilemedi, sağ overde ise 2 cm çapında folikül kisti vardı. Teratom ekarte etmek amacıyla çekilen kontrastlı pelvik manyetik rezonans (MR) ise sol over seçilemedi ve sol adneksiyel lezyonun torsiyone, kanamış over dokusuna ait olduğu düşünüldü (Şekil 1). Hasta çocuk cerrahisi tarafından opere edildi. Çıkarılan kitlenin patolojisi makroskopik olarak; 4,5x3x3 cm ölçülerinde kahve renkli kistik doku parçası (Şekil 2). Kist iç ve dış yüzeyi düzgün görümlü olup duvar kalınlığı 0,1 cm'di. Mikroskopik olarak; nekrotik, inflame, kalsifik materyal olarak değerlendirildi. Postoperatif 2. günden itibaren oral beslenebilen genel durumu iyi olan hasta postoperatif onuncu gününde taburcu edildi.

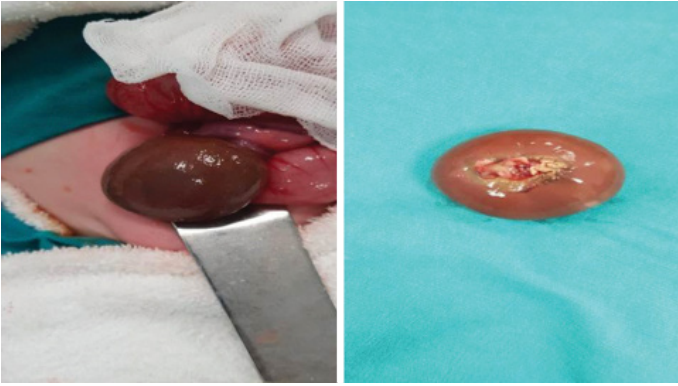
Tartışma

Overlerin kısmi ya da tam torsiyonu nadir görülen bir jinekolojik acildir ve aciliyet arzeden patolojiler içinde 5. sırada yer almaktadır.^[3] Embiyolojik dönemde batında pararenal bölgeden köken alıp pelvise doğru inen overlerin beklenmedik yerler-





Şekil 1. Hastanın MR kesitlerinde kitleye ait görüntü.



Şekil 2. Kitlenin intraoperatif görüntüleri.

de lokalize olabileceği ve torsiyona eğilimli olduğu bilinmektedir. Adneksin vasküler pedikülü etrafında kısmi veya tam rotasyonu sonucu ortaya çıkan bu klinik durum overi, fallop tüpünü veya her ikisini de içerebilir. Hastada ovarien venöz kan akımının bozulmasını takiben arteriyel akım kaybı ortaya çıkar. Bunun sonucunda adneksiyel ödem, iskemi ve nekroz kaçınılmaz hale gelir. Geri dönüşümsüz hasarın ortaya çıkması için yeterli süre net olarak belli değildir.

Paylaşılan olgu sunumları üzerinden tahmini insidansı yılda %0,3 ila 3,5 arasında değişmektedir.^[4] Ergenlik yaş dönemi ve doğurganlık yaşındaki kadınlarda sık görülmekte olup literatürde intrauterin tanımlanmış over torsiyonu sınırlı sayıda vaka bulunmaktadır. Hastamızı bu nedenle paylaşılmaya değer bulmaktayız.

Literatürde fetal-neonatal adneksiyel torsiyonların ele alındığı 20 vakalık bir seride ve erişkin yaş grubu çalışmalarda sağ adneksiyel torsiyonun daha sık görüldüğü vurgulanmıştır.^[5,6] Buna rağmen bizim vakamızda sol adneks tutulmuştu.

Intrauterin adneksiyel torsiyonlar her ne kadar az görülse de doğum sonrası dönemden ziyade antenatal dönemde daha sık meydana geldiği bilinmektedir.^[7] Bu vakaların da çoğunda ağrı, abdominal distansiyon, kusma, lökositoz, ateş, peritonit gibi herhangi bir semptomla rastlanılmamaktadır. Bizim vaka-

mızda da herhangi bir semptom yoktu.

Adneks ve over torsiyon etyolojisinde tanımlanmış risk faktörleri ve predispozan sebepler içerisinde over kistleri, matür kistik teratom gibi benign tümörler, malign natürde tümörler, daha çok erişkin yaş grubunda ise gebelik, polikistik over, ovülasyon indüksiyonu, adneksiyel venöz konjesyona yol açan patolojiler, tubal sterilizasyon ve tubal hastalıklar yer almaktadır.^[8] Vakamızın diğer overinde kist olmasına rağmen torsiyon olan tarafta herhangi bir kist emaresine rastlanmamıştır.

Ayrıca tanıda sıklıkla yer alan over kistleri için intrauterin ortamda plasenta ve maternal hormonların etkisi altında gelişime müsait bir zemin vardır. Fetal over kistleri genellikle küçük ve asemptomatik olup, insidansı yaklaşık olarak 1000 fetüste 1 olarak tahmin edilmektedir. Over kistleri; genellikle tek taraflıdır ve dışı fetüslerde en sık abdominal kitle lezyonlarıdır.^[9] Gebelik sonrası hormonların etkisinin azalması ile birlikte spontan rezolüsyonu siktir.^[10] Ancak 5 cm'den büyük kistlerin spontan kaybolma ihtimali düşüktür. Ayrıca torsiyon, intrakistik hemoraji, kitle etkisi, rüptür ve otoamputasyon gibi komplikasyonlara sebep olabilecekleri için cerrahi gerektirebilirler. Bizim vakamızın da sağ overindeki 2 cm'lik kiste müdahale edilmedi takibe alındı.

Over torsiyonu düşünüldüğü vakit overin ve üreme fonksiyonlarının kaybını önlemek adına acil müdahale gerekmektedir.^[11] Yakın monitörize edilen fetüslerin aneкоїk kist iken doğum sonrası birden hemorajik kiste dönmesi torsiyon için önemli bir parametre iken, müdahale için 1-2 hafta geçtikten sonra overi kurtarmak zordur. Bizim hastamızda olduğu gibi intrauterin başlangıçlı vakalarda maalesef acil yönetim süreci mümkün olmuyor. Bununla beraber torsiyon tanınırsa veya öngörülürse akciğer maturitesi sağlanmış fetüslerin doğurtulup detorsiyone edilmesini öneren yazarlar varsa da bilateral over kisti olmadıkça genel olarak kabul edilmiş bir yaklaşım değildir.^[12] Hastamızda doğuma kadar olan süreçte nekroz gerçekleşmiş idi. Torsiyonun komplikasyonları içinde hemoperitoneum, transüstasyondan kaynaklanan asitler, idrar ve bağırsak tıkanıklığına neden olan komşu organlarla adezyon ve yumurtalıkların oto-amputasyonu olmakla birlikte hastamızda hiçbirisi gelişmedi.

Postnatal yönetimde cerrahi yaklaşımı gerektiren sebepler; torsiyon komplikasyonu, her ne kadar 1 yaşına kadar nerdeyse tümü benign olsa da tümöral kitle olabileme şüphesi, otoamputasyon sonrası nekrotik doku bırakma korkusu ve intestinal obstrüksiyon komplikasyonudur.^[13] İzleme metodu önerenler ise doğum öncesi konan tanıyla doğum sonrası yapılan operasyonun etkin olmayacağı, yaşamın ilk altı ayında alınan anestezinin ciddi toksik etkileri olabileceği endişesi ve ilk bir yıl malignite olma ihtimalinin nerdeyse imkansız olmasına isnat etmektedirler.^[14] Bekle-gör protokolünü izleyen bir çalışmada 41 kompleks over kisti olan infantın adolesan olana kadar olan takiplerinde ultrasonografik incelemede % 40 tek over vizüelize edilmiş, %60'ında her iki over izlenmiştir. Ancak bu hastalarda tüm kistler 4 cm'den daha küçük tespit edilmiştir.^[14] Yirmi beş vakalık seride izleme rejiminde bir adet postnatal

torsiyon izlenmiş, o hastada da ooforektomi yapılmış. Ancak patolojide sağlam over dokusu izlenmiştir. Bu sebeple cerrahide önce detorsiyon sonra kistektomi önerisi mevcuttur.^[15]

Genelde laparotomi tercih edilse de laparoskopinin de 2 port ile etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Vakamızda açık yöntem tercih edildi. Bunun sebebi ise öncelikle cerrahın tercihi olmakla birlikte olası teratom ön tanılı hastada malignite ihtimali idi.

Sonuç olarak perinatoloji takiplerinin ve görüntüleme tekniklerinin gelişmesine rağmen intrauterin over torsiyonlarını belirlemede ultrasonografi yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle manyetik rezonans görüntüleme yapılmayacaksa ailelere ihtimal dahilindeki tanıların tamamına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır çünkü özellikle de intrauterin başlangıçlı vakalarda gonadal kayıp kaçınılmaz olmaktadır.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. Brandt ML, Helmrath MA. Ovarian cysts in infants and children. *Semin Pediatr Surg* 2005;14:78–85
2. Catania VD, Briganti V, Di Giacomo V et al. Fetal intra-abdominal cysts: accuracy and predictive value of prenatal ultrasound. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29:1691–1699.
3. Childress KJ, Dietrich JE: Pediatric ovarian torsion. *Surg Clin North Am* 2017; 97:209
4. Oelsner G, Shashar D: Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49:459
5. Günay T, Yardımcı DO, Hocaoğlu M, Demirçivi Bör E, Erdem G. Ovarian Torsion and Surgical Treatment: Five-year's Experience of a Tertiary Center. *KSU Medical Journal* 2018;13(2): 38-42
6. Akın MA, Akın L, Özbek S et al. Fetal-neonatal ovarian cysts-- their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2010; 2: 28-33.
7. Vogtlander MF, Rijntjes-Jacobs EGJ, van den Hoonaard ThL, Versteegh FGA. Neonatal ovarian cysts. *Acta Padiatr* 2003; 92: 498-501.
8. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;150: 8-12.
9. Pilar S, Gamez F, Juan D, Carrillo JA, Martinez R. Quiste de ovario fetal: diagnostico prenatal, evolucion perinatal y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80:84–90.
10. Perrotin F, Potin J, Haddad G, Sembely-Taveau C, Lansac J, Body G. Fetal ovarian cysts: a report of three cases managed by intrauterine aspiration. *Ultrasound Obstet Gynecol.*2000Dec;16(7):655-9.
11. Ngo AV, Otjen JP, Parisi MT, Ferguson MR, Otto RK, Stanescu AL. Pediatric ovarian torsion: a pictorial review. *Pediatr Radiol* 2015; 45:1845
12. Yılanlıoğlu NC, Semiz A, Akpak YK et al. Fetal Over Kist Torsiyonu: Antenatal Takip ve Yönetimi. *Bezmialem Science* 2016; 2: 80-2
13. Ozcan HN, Balci S, Ekinci S et al. Imaging findings of fetal-neonatal ovarian cysts complicated with ovarian torsion and autoamputation. *AJR Am J Roentgenol* 2015; 205: 185-9
14. Cesca E, Midrio P, Boscolo-Berto R et al. Conservative treatment for complex neonatal ovarian cysts: a long-term follow-up analysis. *J Pediatr Surg* 2013;48: 510-5.
15. Papic JC, Billmire DF, Rescorla FJ et al. Management of neonatal ovarian cysts and its effect on ovarian preservation. *J Pediatr Surg* 2014; 49: 990-3; discussion 993-4.