

Prenatal Tanılı Over Kistlerinin Prenatal ve Postnatal Tedavisi

PRENATAL AND POSTNATAL TREATMENT OF PRENATALLY DIAGNOSED OVARIAN CYSTS

Güneş KARAKURT, Erdal KARAKAYA, Oğuz ATEŞ, Gülce HAKGÜDER, Mustafa OLGUNER, Feza M. AKGÜR

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Amaç: Prenatal ultrasonografi izlemlerinin yaygınlaşması ile intrauterin dönemde saptanan over kisti sayısı giderek artmaktadır. Prenatal saptanan over kistlerinin prenatal ve postnatal tedavisi ile ilgili deneyimlerimizi sunmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem: 2002-2009 yılları arasında prenatal US'de over kisti saptanan 12 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Kistlerin komplike olup olmadığı, prenatal ve postnatal boyutları, postnatal semptomları ve US izlemleri değerlendirildi.

Bulgular: Serimizde 2 hastada basit over kisti, 9 hastada komplike over kisti ve 1 hastada bir tarafta basit over kisti, kontralateral tarafta komplike over kisti saptandı. Basit over kistlerin ortalama boyutu $3,3 \pm 2,5$ cm (1,0 - 6,0 cm) ve komplike over kistlerinin ortalama boyutu $4,5 \pm 0,8$ cm (3,2 - 5,5 cm) olarak ölçüldü. Basit over kistlerinden prenatal dönemde çapı 1 ve 3 cm ölçülen iki hastanın kisti doğum sonrası sırası ile 4 ve 6 hafta takip sonrası regrese oldular. Prenatal basit over kist çapı 6 cm olarak saptanan hastanın kisti postnatal US'de 8 cm olarak ölçülmesi üzerine laparoskopik kistotomi yapıldı. Prenatal 10 komplike over kistlerinin 6 tanesi postnatal izlem sırasında regrese oldu, 3 tanesi postnatal dönemde küçülmediği için laparoskopik kistotomi yapıldı, 1 tanesinde postnatal 8. haftada intestinal obstrüksiyon geliştiği için laparotomi ile adezyolizis ve kistotomi yapıldı. Regrese olan komplike over kistli bir olgu postnatal 9. ayda intestinal obstrüksiyon ile başvurdu.

Sonuç: Prenatal tanılı komplike over kistlerinde malignite kuşkusunu yoksa ve asemptomatik seyrediyorsa yakından izlenmelidir. Komplike over kistlerinin regrese olmadığı ve intestinal obstrüksiyona neden olduğu durumlarda cerrahi girişim yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Prenatal tanı, over kisti, basit kist, komplike kist

SUMMARY

Objective: Widespread use of prenatal ultrasonography leads to an increase prenatally detected ovarian cysts. We herein present our experience with prenatal and postnatal treatment of prenatally diagnosed ovarian cysts.

Material and Method: Between 2002 - 2009 years, the records of 12 patients with

Oğuz ATEŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Çocuk Cerrahisi AD

35340 Inciraltı, İZMİR

e-posta: oguz.ates@deu.edu.tr

ÖZET

natal and postnatal dimensions, postnatal symptoms and US follow up were recorded.

Results: While two patients had simple cyst, 9 patients had complicated cyst and one patient had a simple cyst with a contralateral complicated cyst. Two patients with simple cysts, whom prenatal US measurements were 1 cm and 3 cm respectively, regressed during postnatal 4th and 6th weeks, follow up. One of the simple cysts that was prenatally measured as 6 cm was found to be 8 cm postnatally and it required laparoscopic cystotomy. All of 10 complicated cysts were followed up nonoperatively. Among them, seven cysts regressed during postnatal follow up however 3 cysts persisted that required laparoscopic cystotomy and 1 cyst led to intestinal obstruction at 8th postnatal week that required adheziolysis and cystotomy. One patient with a regressed complicated ovarian cyst presented with an intestinal obstruction at 9 months of age.

Conclusion: Fetal complicated ovarian cysts which have no postnatal symptoms should be initially treated nonoperatively. Complicated ovarian cyst not regressing after postnatal 3 months and those causing intestinal obstruction should be treated operatively.

Key words: Prenatal diagnose, ovarian cyst, simple cyst, complicated cyst

prenatally diagnosed to have ovarian cysts were reviewed retrospectively. US appearance of cyst (simple versus complicated cyst), pre-

Doğum öncesi ultrasonografi (US) izlemlerinin yaygınlaşması ile intrauterin tanı konan over kistlerinin sayısı gittikçe artmaktadır (1). US'de kist içeriği homojen izlenen kistler "basit over kist"; kist içeriği heterojen, içerisinde septa ve debris içeren kistler "komplike over kisti" olarak adlandırılmaktadır (2). Basit over kistleri intrauterin torsiyon sonucu komplike over kisti haline dönüşmektedir (2).

Prenatal saptanan over kistlerinin prenatal ve postnatal tedavisi ile ilgili deneyimlerimizi sunmak istiyoruz.

GEREÇ VE YÖNTEM

2002-2009 yılları arasında prenatal US'de over kisti saptanan 12 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Postnatal izlem sırasında takipten çıkan 2 hasta bu seriye dahil edilmedi. Kistlerin komplike olup olmadığı, prenatal ve postnatal boyutları, postnatal semptomları ve US izlemleri değerlendirildi.

Prenatal basit kist saptanan hastalarda 2 haftada bir, komplike over kisti saptanan hastalarda ayda bir prenatal US yapıldı.

Prenatal basit over kisti saptanan hastalara intrauterin bir girişim uygulanmadı. Bu hastalardan postnatal US'de 4 cm'den küçük kist saptanan olgular 2 haftada bir US ile takip edildi. Postnatal US'de 4 cm'den büyük kist saptanan olgularda cerrahi girişim yapıldı. Cerrahi girişimlerde laparoskopik kistotomi yöntemi kullanıldı. Laparoskopi sırasında göbekten yerleştirilen bir 5 mm port yardımı ile 5 mm 30° optik girilerek karın ve pelvis görüntülendi. Sağ ve sol alt kadrantlardan yerleştirilen iki adet 3 veya 5 mm çalışma portu ile kist duvarından pencere şeklinde (fenest-

rasyon) bir parça çıkarılarak kistotomi gerçekleştirildi.

Prenatal komplike over kistli hastalar doğum sonrası intestinal obstrüksiyon, üriner obstrüksiyon yönünden takip edilmek üzere yatırılarak izlendi. Asemptomatik olgular taburcu edildi. Taburcu olan hastalar postnatal 1. ayda ve takip eden 3 aylık periyodlarla US ile takip edildiler. Ebeveynlerine gelişebilecek intestinal obstrüksiyon bulguları anlatıldı. Bu bulguların ortaya çıkması durumunda acilen hastaneye başvurmaları istendi. Postnatal takiplerinde regrese olmayan veya boyutunda artış olan komplike over kisti olgularında cerrahi girişim uygulandı.

BULGULAR

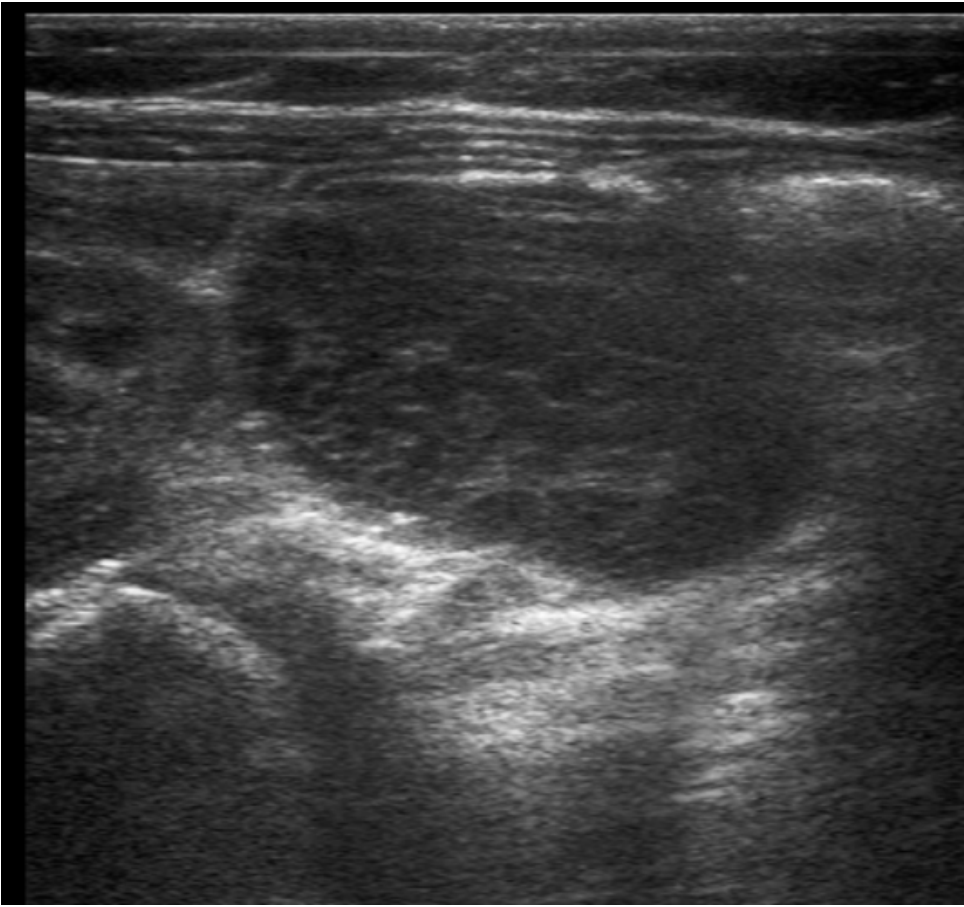
Serimizdeki hastaların hiçbirinde şimdiye kadar tarif edilen fetal ya da maternal bir risk faktörüne rastlanmamıştır. Serimizde 2 hastada basit over kisti, 9 hastada komplike over kisti ve 1 hastada bir tarafta basit over kisti, kontralateral tarafta komplike over kisti saptandı. Sınıflandırmaya bakılmaksızın 12 hastadaki toplam 13 over kistlerinin ortalama boyutu $4,5 \pm 1,0$ cm (1,0-6,0 cm) idi. Basit over kistlerin ortalama boyutu $3,3 \pm 2,5$ cm (1,0-6,0 cm) ve komplike over kistlerinin ortalama boyutu $4,5 \pm 0,8$ cm (3,2-5,5 cm) olarak ölçüldü.

Basit over kistlerinden prenatal dönemde çapı 1 ve 3 cm ölçülen iki hastanın kisti doğum sonrası US'de sırası ile 1, 2 cm olarak ölçüldüler, sırası ile 4, 6 hafta takip sonrası regrese oldular. Prenatal basit over kist çapı 6 cm olarak saptanan hastanın kisti postnatal US'de 8 cm olarak ölçülmesi üzerine laparoskopik kistotomi yapıldı.

Prenatal dönemde ortalama boyutu $4,5 \pm 0,8$ cm olarak

saptanan 10 komplike over kistinın ortalama çapları postnatal US'de $3,1\pm 1,2$ cm olarak olüldü (Resim). Bu 10 kistin 6 tanesinde kistler postnatal izlem sırasında regrese oldu. Komplike over kistlerinin 2 tanesi 6 haftada, 3 tanesi 8 haftada, 1 tanesi 10 haftada regrese oldu. Komplike over kistlerinden 3 tanesi postnatal dönemde küçülmediği saptanarak postnatal 12. haftada laparoskopik kistotomi yapıldı. Komplike over kistlerinden 1 tanesinde postnatal 8

haftada intestinal obstrüksiyon geliştiği için laparotomi ile adezyolizis ve kistotomi yapıldı, regrese olan bir diğer komplike over kistli olgu postnatal 9. ayda intestinal obstrüksiyon nedeniyle adezyolizis yapılarak nekrotik overin barsaklara yapıştığı saptandı. Bir tarafında basit over kisti, diğer tarafında komplike over kisti bulunan hastanın her iki kisti de nonoperatif tedavi ile regrese oldu.



Resim. Postnatal komplike over kisti US görüntüsü. Kist duvarı düzgün görülmekle birlikte kist içinde ince septalar izlenmektedir

TARTIřMA

Fetal over kistlerinin etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Prematüre fetüslerde hipotalamik-pituiter-ovaryan döngünün gelişimindeki yetersizlik gonadal hipersti-

mulasyondan sorumlu tutulmaktadır (3). Term fetüslerde ise plasental yetmezlik sorumlu tutulmuştur (4). Anneye ait risk faktörleri arasında diabetes mellitus, Rh izoimmunizasyonu ve toksemi rapor edilmiştir (5,6). Fetal hipotirodi

diğer bir risk faktörüdür (7).

Prenatal basit over kistlerinin 4 cm'den küçük olması durumunda torsiyon olasılığının düşük olduğu gösterilmiştir (8). Bu nedenle 4 cm'den küçük basit over kistleri prenatal ve postnatal dönemde nonoperatif izlenebilmektedir (6). Prenatal 4 cm'den büyük basit over kistlerinde ise torsiyon olasılığının %80 olduğu gösterilmiştir (8). Prenatal dönemde bu kistlerin aspirasyonu bir tedavi seçeneğidir (9). Haftada 1 cm'den daha fazla olarak kabul edilen kistin hızlı büyümesi durumunda prenatal dekompresyon önerilmektedir (10). Bizim serimizde 1 hastanın basit over kisti intrauterin 4 cm'den büyük idi, intrauterin girişim yapmadık, prenatal torsiyon gelişmedi. Bizim serimizdeki tek olgu ile bu konuda fikir beyan etmek mümkün değildir. Prenatal komplike over kistlerine ise prenatal cerrahi girişim gerekmektedir.

Postnatal ultrasonografi kılavuzluğunda aspirasyon (11) yapılabildiği gibi laparoskopik olarak kist aspirasyonu, kistektomi veya kistotomi de yapılabilmektedir. Biz postnatal regrese olmayan basit over kistli (6cm) olgumuzda laparoskopik kistotomi yapmayı tercih ettik. Literatürde laparoskopik kistotomi yapılan hastalarda kist rekürrensi oranı kist aspirasyonu yapılanlara göre düşük bulunmuştur (12). Laparoskopik kistotomi yapılan hastalarda kist duvarının histolojik olarak değerlendirilebilmesi diğer bir avantajdır (13).

Prenatal over kistlerin çoğunun intrauterin torsiyon sonucu komplike olduğu gösterilmiştir (3). Basit over kistleri prenatal ve postnatal dönemde torsiyon açısından daha sık aralıklarla izlendi. Komplike over kistlerinin % 26 postnatal asemptomatik seyrettiği ve regrese olduğu saptanmıştır (5). Komplike over kistlerinin malign over patolojilerinden ayırt edilmesi teorik olarak sorun teşkil etmektedir. Benign over kistleri US'de düzgün yüzeyle, solid alanlar içermeyen, kist iç yüzeyi homojen görüntülenmeleriyle malign over kistlerinden ayırt edilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda 8 yaşa kadar malign over kisti görülme olasılığının çok düşük olduğu saptanmış ve nonoperatif izlem sırasında regrese olan veya olmayan hiçbir olguda günümüze dek malign patoloji saptanmamıştır (1,8,14).

Ayrıca komplike over kistlerinin barsaklara yapışarak intestinal obstrüksiyon ve perforasyona yol açabileceği

belirlenmektedir (5,8,15,16).

Semptomatik hale geçen, kist boyutu artan ve 3 aylık izlem sonunda kist boyutunda gerileme olmayan komplike over kistlerinde cerrahi girişim yapılması önerilmektedir (5,11). Bizim serimizde 6 hastada kist regrese olmuş, 2 hastada intestinal obstrüksiyon nedeniyle laparotomi yapılmış, regrese olmayan 3 kiste laparoskopik kistotomi yapılmıştır.

Prenatal tanıli komplike over kistleri asemptomatik seyrediyorsa yakından izlenmelidir. Komplike over kistlerinin regrese olmadığı ve intestinal obstrüksiyona neden olduğu durumlarda cerrahi girişim yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Galinier P, Carfagna L, Juricic M et al. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases. *J Pediatr Surg* 2008;43: 2004-2009.
2. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS et al. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 1988;168: 817-821.
3. Bagolan P, Giorlandino M, Nahom A, et al. The management of fetal ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 2002;37: 25-30.
4. Sedin G, Bergquisit C, Lindegren PG. Ovarian hyperstimulation syndrome in preterm infants. *Pediatr Res* 1985;19:548-552.
5. de Sa DJ. Follicular ovarian cysts in stillbirths and neonates. *Arch Dis Child* 1975;50:45-50.
6. Bower R, Dehner LP, Ternberg JL. Bilateral ovarian cysts in the newborn. A triad of neonatal abdominal masses, polyhydramnios, and maternal diabetes mellitus. *Am J Dis Child* 1974;128:731-733.
7. Jafry SZ, Bree RL, Silver JM et al. Fetal ovarian cysts: Sonographic detection and association with hypothyroidism. *Radiology* 1984;150:809-812.
8. Giorlandino C, Bilancioni E, Bagolan P et al. Antenatal ultrasonographic diagnosis and management of fetal ovarian cysts. *Int J Gynecol Obstet* 1993;44:27-31.
9. Bryant AE, Laufer MR. Fetal ovarian cysts. Incidence, diagnosis and management. *J Reprod Med* 2004;49: 329-337.

10. Crombleholme TM, Craigo SD, Garmel S, D'Alton ME. Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. *J Pediatr Surg* 1997;32: 1447–1449.
11. Luzzatto C, Midrio P, Toffolutti T, Suma V. Neonatal ovarian cysts: management and follow-up. *Pediatr Surg Int* 2000;16: 56–59.
12. De Wilde R, Bordt J, Hesseling M et al. Ovarian cystostomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68: 363-364.
13. Helmraath MA, Shin CE, Warner BW. Ovarian cysts in the pediatric population. *Semin Pediatr Surg* 1998;7:19-28.
14. Brown MF, Hebra A, McGeehin K et al. Ovarian masses in children. A review of 91 cases of benign and malignant masses. *J Pediatr Surg* 1993;28:930–932.
15. Brandt ML, Luks FI, Filiatrault D et al. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 1991;26: 276-82.
16. Bagolan P, Rivosecchi M, Giorlandino C et al. Prenatal diagnosis and clinical outcome of ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 1992;27:879-881.