

# GEBELİKTE TANI KONULAN RETROPERİTONEAL KİTLEYE YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Dr. Aybike Tazegül Pekin<sup>1</sup>, Dr. Çetin Çelik<sup>1</sup>, Dr. Suna Özdemir<sup>2</sup>, Dr. Sait İçen<sup>3</sup>,  
Dr. Özlem Seçilmiş Kerimoğlu<sup>1</sup>, Dr. Nasuh Utku Doğan<sup>1</sup>

## ÖZET

13 haftalık gebeliği bulunan olgunun rutin kontrollerinde tesbit edilen 11 cm 'lik adneksial kitlesine yaklaşım değerlendirilmiştir. Çekilen abdominal MR'da; pelvik bölgede uterusu ve sigmoid kolonu belirgin derecede sağa deplase eden 112x87x104 mm boyutlarında keskin sınırlı, belirgin derecede vaskülaritesi mevcut olan solid özellikte lezyon ve sol böbrekte pelvikalisijel yapılar ve sol üreter belirgin derecede genişlemiş görünümde izlendi. Hasta 13 haftalık gebeliği mevcut iken üroloji kliniği ile birlikte operasyona alınıp, retroperitoneal alandan kaynaklanan 12x12 cm lik kitle ekstirpasyonu yapıldı. Perioperatif gelişen mesane injurisi primer onarılarak, sol hipogastrik arter ligasyonu, sol a.uterina ligasyonu yapıldı. Gebelik sırasında adneksiyal kitlelere yaklaşım hastanın semptomlarına, gebelik haftasına ve kitlenin büyüklük ve özelliklerine göre belirlenir. Olgumuzda kitlenin 12 cm den büyük olması, MR'da solid görünümlü olması, ve malign bir kitleyi düşündürmesi, bazı semptomlarının olması nedeniyle laparotomi gerçekleştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik; Retroperitoneal Kitle; Üreteroneostomi.

## ABSTRACT

The approach towards an 11cm adnexal mass found during routine checks of a patient in her 13th week of gestation has been evaluated. The abdominal MRI scan shows a sharp edged solid lesion with significant vascularity and dimensions of 112x87x104mm. The lesion visibly displaces the uterus and the sigmoid colon to the right in the pelvic region. The MRI scan also shows pelvicalyceal structures in the left kidney and that the left ureter is significantly enlarged. The 13 weeks pregnant patient was operated together with the urology clinic and an excision was performed on a 12x12cm mass in the retroperitoneal space. Primary repair of bladder injury performed perioperatively. Left hypogastric artery ligation, and left a.uterina ligation were also performed. The approach to adnexal masses during pregnancy depends on the patient's symptoms, the pregnancy week, the size and the characteristics of the mass. Since the mass was larger than 12cm, looked solid in the MRI scan, was indicative of a malignant mass, and had certain symptoms, laparotomy was performed on the patient.

**Key Words:** Pregnancy; Retroperitoneal Mass; ureteroneocystostomy.

Geliş tarihi: 19/12/2012

Kabul tarihi: 03/01/2013

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı KONYA

<sup>2</sup>Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi KONYA

<sup>3</sup>Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastanesi ve Doğum Anabilim Dalı KONYA

İletişim: Dr. Aybike Tazegül

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı KONYA

E-mail: aybiketzgl@hotmail.com

Tel: 0332 241 50 00/41297

## GİRİŞ

Primer retroperitoneal tümörler retroperitoneal dokudan kaynaklanan nadir tümörler olup, tüm malignitelerin %0.15-0.2 kadarını oluşturur (1). Retroperitoneal yerleşimli organların tümörleri, primer retroperitoneal tümörlerin dışında tutulmaktadır. Bu tümörlerin geleneksel görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar teknikleri ile preoperatif tanısı zordur. Retroperitoneal tümörler konjenital, nörojenik, osseöz ve yumuşak dokunun çeşitli tümörleri olarak sınıflandırılmıştır (2). Retroperitoneal neoplazilerin birçok tipi mevcuttur ancak primer retroperitoneal tümörler çoğunlukla benign patolojiye sahiptirler (3). Ancak hastaların yarısından fazlasının semptomatik olması ve zaman içinde malign transformasyon gösterebilen özellikleri nedeniyle bu lezyonların komplet rezeksiyonu önerilmektedir (4). Malign retroperitoneal kitleler germ hücreleri, sempatik sinir sistemi, lenf veya yumuşak dokudan köken alabilirler. Yumuşak doku kökenli tümörlerin çoğunluğunu sarkomlar oluşturur; leiomyosarkom, liposarkom, nörojenik sarkomlar görülebilir. Retroperitoneal benign yumuşak doku tümörleri ise histolojik olarak en sık mezenkimal dokulardan kaynaklanırlar (5). Bunun yanı sıra solid görünümü bu kitleler kordoma ve nöroendokrin kökenli tümörler olabilir.

## OLGU

Gebelik nedeniyle kliniğimize kontrol amaçlı başvuran 29 yaşındaki gravida 2, abort 0, yaşayan 1 olan hasta usg ile değerlendirildi. Hastanın son adet tarihine göre 12w6d gebeliği mevcut idi ve aralıklı olan karın ağrısı, konstipasyon, şişkinlik şikâyetleri bulunmaktaydı. Abdominal usg 'de; 13 hafta 5 gün ile uyumlu FKA (+) bir adet fetus ve uterusu ileri derecede sağa deviye eden sol adneksial alanda 10x10 cm'lik lobule görünümü, solid, hiperekojen kitle izlendi. Sol böbrek ileri derecede ektazik olup parankimi incelmış, sol üreter proksimali dilate görünümde, sağ pelvikalisijel yapılar doğal ve batın içinde minimal serbest sıvı mevcut idi. Hastanın alt abdominal MR da; pelvik bölgede uterusu ve sigmoid kolonu belirgin derecede sağa deplase eden yaklaşık 112x87x104 mm boyutlarında T2 ağırlıklı sekanslarda heterojen hipointens ve hiperintens alanların bulunduğu keskin sınırlı, belirgin derecede vaskülaritesi mevcut olan solid özellikle lezyon izlenmiş ve sol

böbrekte pelvikalisijel yapılar ve sol üreter belirgin derecede ektazik olarak izlenmiştir. Lezyon sol overe ait fibroma veya malign özellikte bir lezyona ait olduğu düşünülmüştür. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde CA 125 normal olarak tesbit edildi.

Hasta ve eşine gebelik sırasında kitleye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar anlatıldı. Operasyon riskleri ve komplikasyonlar hakkında bilgi verildi. Hastanın ve eşinin operasyon için izni ve imzaları alınarak laparotomi planlandı.

Hasta 13 haftalık gebeliği mevcut iken üroloji kliniği ile birlikte operasyona alındı. Median insizyonla batına girildi. Operasyonda batın içi eksplorasyonda bilateral overler doğal olarak izlendi. Sol retroperitoneal alandan kaynaklanan 12x12 cm lik kitle izlendi. Kitlenin klivajına girilerek ekstirpasyonu yapıldı. Operasyonda mesane injurisi meydana geldi, mesane injurisi onarıldı, sol hipogastrik arter ligasyonu, sol a.uterina ligasyonu yapıldı. Retroperitoneal alana penröz dren yerleştirildi. Postoperatif patoloji sonucu benign mezenşimal tümör olarak gelen hasta mesane sondası ile postoperatif takibe alındı. Takipte postoperatif 30. günde hastanın penröz dreninden idrar gelmesi üzerine hasta vezikokutanöz fistül tanısıyla üroloji tarafından operasyona alındı. Hastaya genel anestezi altında sistoüretroskopi, sol üreteroneostomi yapılarak 6FR 28 cm silikon DJ kateter takıldı. Hasta double j kateter ve idrar sondası ile birlikte fetal kardiyak aktivitenin pozitif olduğu izlenerek taburcu edildi.

19. gebelik haftasında rutin takibe gelen hastaya endikasyon dâhilinde amniosentez yapıldı ve sol Double J katater çıkarıldı. Amniosentez sonucu normal idi. Hastaya 39. haftada eski sectio olması nedeniyle sezeryan ile doğum yaptırıldı.

## TARTIŞMA

Tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %1'ine pelvik kitle eşlik eder. Literatürde gebelikte pelvik kitle görülme oranı 1/81 ile 1/8000 arasında bildirilmektedir (6). Bu kitleler çoğunlukla over kaynaklı olup, en sık fonksiyonel over kistleri görülürken, bunu benign kistik teratomlar, seröz kistadenomlar, paraovaryen kistler, musinöz kistadenomlar, endometriyomalar ve malign tümörler takip eder.

Pelvik kitlenin ayırıcı tanısı yapılırken nadir görülmesine rağmen retroperitoneal tümörler göz önünde bulundurulmalıdır. Jinekolojide en fazla ayı-

ricı tanı yapılması gereken durumlar gastrointestinal sistem hastalıkları olmasının yanı sıra; özellikle bası semptomlarının varlığında, rektum veya damar basısı klinik bulgularında, üreter obstrüksiyonu şüphesinde retroperitoneal tümör olasılığı düşünülmelidir (7). Retroperitoneal tümörlerin tanısı çoğunlukla operasyon esnasında konulmaktadır.

Kemik yapısı dolayısıyla pelvik tümörler komşu organlara bası bulguları ile üst abdomen yerleşimli retroperitoneal tümörlerden daha erken klinik bulgu verirler (8). Retroperitoneal tümörlerde majör semptomlar abdominal ağrı, abdominal kitle, kilo kaybı, iştahsızlık ve konstipasyon, yan ağrısı gibi komşu organ basısı semptomları olarak tanımlanabilir (9). Olgumuzda karın ağrısı, şişkinlik, konstipasyon şikayetleri mevcut idi.

Tanıda, USG pelvik kitlelerin morfolojisini değerlendirme açısından kullanılacak ilk görüntüleme yöntemidir. Kitle lezyonunun büyüklüğü, kistik ve solid görünümü, septasyonlar içerip içermediği değerlendirilmelidir. Diğer bir tanı yöntemi olan manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) gebelikte kullanımını güvenli olarak değerlendirilmektedir. MRG ve USG karşılaştırıldığında, MRG minimum ilave bir yarar sağlamaktadır (10).

16. gebelik haftasından sonra persiste eden pelvik kitleler, malignite riski taşıyabilecekleri için cerrahi yaklaşımı gerektirebilir. Persiste eden kitlelerin %25-50'sini basit kistler, %20-30'unu matür kistik teratomlar oluşturmaktadır. Gebelikte persiste eden adneksiyal kitlelerden over kanseri gelişme oranı %5,9 olarak bildirilmiştir (11,12). Bu nedenle 16. gebelik haftasından sonra solid alanlar içeren pelvik kitlelerin yönetiminde cerrahi eksplorasyon düşünülmelidir. Tedavi ve takip planı yapılırken gebelik haftası, kitlenin boyutu, ultrasonografik görüntü bulguları önem taşımaktadır (13). Pelvik kitlelere, gebelik sırasında cerrahi müdahale; malignite, persistan asemptomatik kistler (>8-10 cm), semptomatik kitleler (torsiyon, rüptür, doğum yolunun obstrükte olması) için planlanmalıdır (14,15). Eğer kitle unilateral, uniloküler, mobil ve 6 cm'den küçük ise izlem önerilir (6). 6 cm'den büyük, solid ve bilateral veya ikinci trimesterde devamlılık gösteren kitlelere geleneksel yaklaşım laparotomi yapılmasıdır (6,15). Gebelikte pelvik kitlelerle ilgili yapılan en büyük retrospektif ve çok merkezli çalışma Whitecar ve arkadaşlarına aittir. Whitecar ve arkadaşları gebelikte tespit edilen pelvik kitle-

ler için mutlaka tanısız değerlendirme ve cerrahi müdahale önermektedirler (6). Bununla beraber, ilk trimesterde cerrahi müdahale gerektiren adneksiyal kitleler, genellikle acil cerrahi girişime neden olan korpus luteum torsiyonudur. Elektif cerrahi, spontan abortus riskini azaltmak için ikinci trimestere ertelenmelidir. Elektif operasyon sonrası spontan abortus oranını %4,6 olarak bildiren yayınlar mevcut iken, torsiyon ve batın içi kanama nedeniyle acil cerrahi uygulanan hastalarda spontan abortus oranı %40 ve preterm doğum oranı %13 olarak bildirilmiştir (13,11). Yayınlanan olgu serilerine rağmen, bu olguların yönetiminde başvurulan bir protokol yoktur. Benzer şekilde bu olgularda, gözlem ve cerrahiye karşılaştıran prospektif çalışmalar da bulunmamaktadır (15). Cerrahi sonrası obstetrik komplikasyon oranlarını, 23. gebelik haftasından önce yapılan operasyonlarda 4 kat fazla olarak bildiren çalışmalar mevcuttur (6). Ancak 18. gebelik haftasının cerrahi için en uygun hafta olarak kabul edilmesi gerektiğini savunan yayınlar da bulunmaktadır (12,15).

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 kitlenin 12 cm den büyük olması, MR'da solid görünüm olması ve malign bir kitleyi düşündürmesi, bası semptomlarının olması nedeniyle laparotomi gerçekleştirilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Mukherji SK, Rojani AM, Younathan CM, Ros P. CT findings of retroperitoneal malignant mesenchymoma. *Abdom Imaging* 1994; 19:82-83.
2. Pai MR, Raghuvver CV. Primary retroperitoneal tumors a 25 year study. *Indian J Med Sci* 1995; 49:139-41.
3. Wolpert A, Beer-Gabel M, Lifschitz O, Zbar A.P. The management of presacral masses in the adult. *Tech coloproctol.* 2002; 6: 43-59.
4. Dozois RR. Rectorectal tumors: spectrum of disease, diagnosis and surgical management. *Perspect Colon Rectal Surg.* 1990;3:241-5
5. Benissa N, Soualy K, Alouta N, Kafih M, Zerouali NO. Primary retroperitoneal tumors in adults: report of 11 cases. *Ann Urol.* 2003 Oct; 37(5): 252-7.
6. 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.

7. Spillane AJ, Thomas JM. Gynecological presentation of retroperitoneal tumors. *BJOG* 2000; 107(2): 170-3.
8. Isaacs JH, Dolan JR. Nongynecologic Conditions Encountered by the Gynecologic Surgeon. In: Rock JA, Thompson JD, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*, ed 50. Lippincott-Raven, 1997:1305-28.
9. Beck HH. Retroperitoneal tumors: diagnosis and treatment. In: Isaacs JH, Byrne MP, eds. *Pelvic surgery: a multidisciplinary approach*. Mt Kisco, NY, Futura Publishing, 1987:91.
10. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: Accuracy of sonographic diagnosis and outcome. *J Ultrasound Med* 1997;16:447-52
11. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF, Winkel CA, Cruikshank DP, Morrison JC. Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy: report of fifty-four patients requiring laparotomy for definitive management. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1029- 34..
12. Platek DN, Handerson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1236-40.
13. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 358- 62.
14. 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.
15. 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.