

Gebelikte Adneksiyal Kitle: Bir Olgu Nedeniyle İzlem ve Tedavi Protokolünün İrdelenmesi

Gazi YILDIRIM, Semih TUĞRUL, Murat BAKACAK, Pınar ÇİLESİZ, Suna CESUR, Sadiye EREN

Zeynep Kamil Women and Children's Health Education and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Abstract

Adnexal Masses in Pregnancy: A Case Report and Management Protocol

The management of adnexal masses in pregnancy presents a difficult clinical decision. Abdominal surgery during pregnancy is risky to both the mother and fetus. On the other hand, conservative management may result in advancing of the stage or more serious complications such as torsion or rupture of ovarian cysts. The purpose of this case report is to assess the management of adnexal masses in pregnancy and to give practical points in cases that are determined incidentally during cesarean section.

Keywords: adnexal mass, pregnancy, dermoid cyst

Özet

Gebelikte adneksiyal kitlelere yaklaşım oldukça güç bir klinik durumdur. Gebelik sırasında herhangi bir cerrahi girişim fetal ve maternal riskler doğurabilir. Bunun yanında erken müdahale edilmezse malignitenin evresinin ilerleme ihtimali ve torsiyon veya kist rüptürü gibi daha ciddi komplikasyonların oluşma riski de artmaktadır. Amacımız, sezaryen operasyonu sırasında tesadüfen tespit ettiğimiz over tümörü nedeniyle gebelikteki adneksiyal kitlelere yaklaşımı gözden geçirmek ve pratik olabilecek noktaları hatırlatmaktır.

Anahtar sözcükler: adneksiyal kitle, gebelik, dermoid kist

Giriş

Gebe kadınların neredeyse %1'inde adneksiyal kitle saptanır. Literatürde gebelikte adneksiyal kitle görülme oranı 1/81 ile 1/1800 arasında bildirilmiştir (1). Gebelik sırasında over tümörleri sık görülmemekle birlikte, klinik yaklaşım sorun yaratır. Over tümörleri, travay uzaması, distosi, ovaryen torsiyon, tümör içine hemoraji, kist rüptürü veya infeksiyonu ve hatta malign değişim gibi birçok komplikasyona neden olabilir. Gebelik sırasında karşımıza çıkan adneksiyal kitlelerin çoğu ya matür teratomlar ya da kistadenomlardır.

Bu olgu sunumunun amacı, sezaryen operasyonu sırasında tesadüfen tespit ettiğimiz over tümörü nedeniyle gebelikteki adneksiyal kitlelere yaklaşımı gözden geçirmek ve pratik olabilecek noktaları hatırlatmaktır.

Olgu

Otuz sekiz yaşında, 13 yıllık evli, gravida 1, paritesi 1 olan hasta (A.G.Y, Prot:1253/173), sularının geldiğini ve sancılarının başladığını ifade ederek doğum acil polikliniğine başvurdu. Son âdet tarihine göre 30 hafta 6 günlük ikiz gebelik, erken membran rüptürü ön tanısıyla hastaneye yatırıldı. Pelvik muayenesinde *pooling*'i (göllenme) pozitif ve berrak suları gelen hastanın kollumu kısalmaya başlamış ve bir cm dilateydi.

Kardiyotokogramda kontraksiyonları irregüler izlenmekteydi. Gebelikte 2 kez doktora gittiğini öğrendiğimiz hastanın yapılan kabul ultrasonografisinde birinci bebek canlı, baş gelişi, BPD:75 mm, FL:60 mm, amniyotik sıvı azalmış iken; ikinci fetus canlı, makat gelişi, BPD:77 mm, FL:61 mm, amniyotik volüm normal olarak tespit edildi. Özgeçmişinde 12-13 yıl oral kontraseptif kullanımı ve penisilin alerjisi dışında bir özellik saptanmadı. 20 yıldır 1 paket/gün sigara kullanan gebenin sistemik muayenesinde patolojik bulguya rastlanılmadı. IV tokoliz başlanan hastanın kortikosteroid dozları tamamlanana kadar eritromisin ile profilaksisi yapıldı ve izlendi. Kan grubu A Rh (+) olan hastanın ateşi 37.4°C, lökosit 13.100 /mm³, CRP 47 mg/dl (Normal:<0.8

Corresponding Author: Dr. Gazi Yıldırım
Ahçıbaşı Mah. Nasreddin Hoca Sok. Eser Apt.
20/5 Üsküdar, İstanbul, Türkiye
Phone : +90 (216) 495 39 61
+90 (532) 430 15 13
E-mail: gaziylidirim@hotmail.com

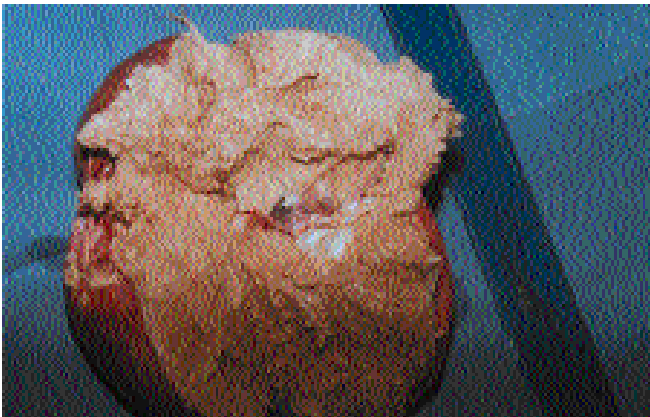
mg/dl), Sedimentasyon 1 saatte 63 mm/s, 2 saatte 90 mm/s olarak tespit edildi. Kontrol lökosit 16.400 /mm³ gelen ve uterin hassasiyeti tarif eden hastaya koryoamniyonit şüphesi ile sezaryen operasyonu yapıldı. Pfannenstiel insizyonla batına, Kerr insizyonla uterusu girilerek 1450 ve 1280 gram kilolarında kız/erkek bebekler 5/7 ve 5/7 Apgarlı olarak doğurtuldu. Operasyon sırasında sol over kaynaklı 25x10x10 cm kistik-solid karakterde, sarı renkli kitle tespit edildi (Resim 1). Sol kitle ekstirpasyonu yapıldı.



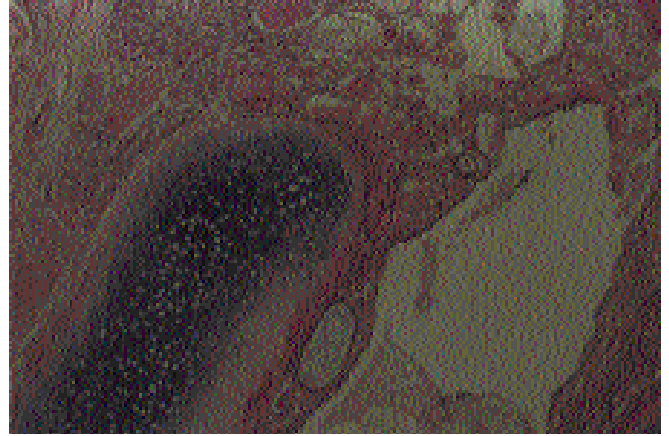
Resim 1. Operasyonda çıkarılan kitlenin makroskopik görünümü.

Sağ over ve adneks normal görünümde ve cesametteydi. Omentum, intraabdominal yapılar ve pelvik bölge dikkatle incelendi ve ek patolojiye rastlanmadı. Kanama kontrolleri yapıldıktan sonra operasyona son verildi.

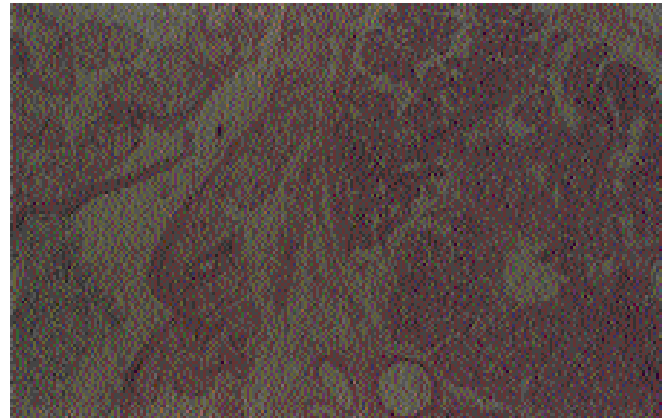
Kitlenin makroskopisinde yoğun sarı-krem renkli yarı katı kıvamlı materyal içinde kıl, kemik ve kıkırdak benzeri oluşumlar tespit edildi (Resim 2). Histopatolojik incelemede; kitle içinde kıl, kemik, kıkırdak dokuları ve squamöz epitel kırıntılı izlendi (Resim 3, 4). Mevcut bulgularla *matür kistik teratom (dermoid kist)* tanısı konuldu. Postoperatif problem yaşamayan hasta, sütürleri alınarak taburcu edildi.



Resim 2. Aynı kitlenin kesiti. Çamur kıvamındaki kist içeriğini ayrıca kemik, kıl, diş benzeri yapılar oluşturmaktadır.



Resim 3. Mikroskopik incelemede kıkırdak benzeri yapılar (HEEx100).



Resim 4. Osteoid hücreler ve sağ yanda çok katlı squamöz epitel (HEEx40).

Tartışma

Gebelik sırasında teşhis edilen adneksiyal neoplazilerin yaklaşık %5'i malign iken gebe olmayan kadınlarda bu oran %15-20 arasındadır (1,2). Bunun nedeni tahminen gebe kadınların daha genç olması ve korpus luteum kistlerinin daha fazla oranda görülmesidir. Gebelik sırasında cerrahi olarak çıkarılan adneksiyal kitlelerin çoğu ya matür teratom ya da kistadenomlardır. Gebelikteki çoğu kist, folikül kisti veya korpus luteum kistidir ve genellikle 3-5 cm'den daha küçüktür. Fonksiyonel kistler nadiren 11 cm çapa kadar büyüyebilir. Fonksiyonel kistler genellikle spontan geriler ve gebeliğin 14. haftasından sonra kaybolur. Kistin tespit edilmiş anındaki çapı ile regrese olması arasında ters bir ilişki vardır. 6 cm ve daha küçük kistlerin sadece %6'sı persiste ederken, 6 cm'den büyük kistlerde bu oran %39'dur. Kistlerin çapı ile komplikasyon görülme oranları arasında doğrusal bir ilişki vardır. Adneksiyal kitlelerden iki tanesi gebeliğe spesifiktir ve dikkatle değerlendirilmelidir. Operatör bu kitleleri tanımalı ve yersiz oofektomi yapmamalıdır. *Gebeliğin luteomasi ve Teka-lutein kistleri*. Bunlar doğum sonrası geriler ve akut bir komplikasyon çikmadıkça müdahale edilmemelidir.

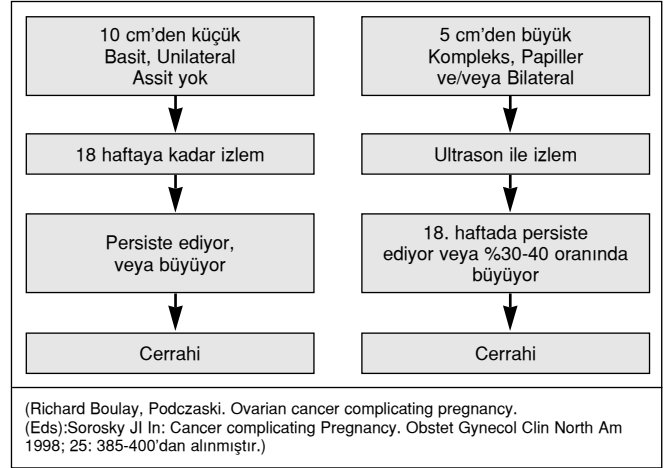
Over kanseri nadir olmakla birlikte, gebelikte en sık teşhis

edilen ikinci jinekolojik kanserdir. Gebelik sırasındaki insidansları ortalama olarak yaklaşık 10.000-25.000 doğumda 1 olarak bildirilmiştir. Tüm over kanserlerinin %2-5 kadarı gebelikte görülür. Genç gebelerde over tümörü olarak sıklıkla disgerminom, embriyonal karsinom, immatür teratom ve endodermal sinüs tümörü gibi germ hücreli tümörlere rastlanır. Ne şanstır ki gebelikteki germ hücreli tümörler çoğunlukla benignidir. Dermoid kist gebelikte en sık görülen neoplastik kisttir (3). Erken gebelikte tespit edildiklerinde gebeliğin ikinci yarısının başlarında cerrahi operasyon tedavi olarak önerilir.

Gebelikte saptanan adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanısında retroverte gebe uterus, saplı uterin leiomyom, rektosigmoid karsinomu, pelvik böbrek, konjenital uterin anomali (Rudimenter uterin horn gibi) düşünülmelidir.

Tanı, esasen klinik-jinekolojik muayene ile konulur. Ultrasonografi adneksiyal kitlelerin tanısında temel görüntüleme yöntemidir. Bizim vakamızda olduğu gibi ileri gebelik haftalarında, adneksiyal tümör genellikle büyümekte olan rahim tarafından kapatıldığından tanı daha güçtür. Birçok merkezde gebelik sırasında ultrasonografi uygulanmakta olmasına bağlı olarak adneksiyal kitlelerin saptanmasında artış görülmüştür. Palpe edilebilir bir adneksiyal kitlesi olan kadınlarda ultrasonografi kesinlikle endikedir ve fonksiyonel kistik kitlelerin katı veya çok-bölmeli kitlelerden ayırt edilmesinde faydalıdır (2). Ayırıcı tanıya gitmek ve sınırları kesinleştirmek için radyasyon içermeyen bir yöntem olan manyetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemi de gerektiğinde tercih edilebilir. Kist aspirasyonu over tümörlerinin histolojik ve sitolojik korelasyon uygunsuzluğu ve potansiyel tümör ekimi gibi nedenlerle tanı ve tedavi amaçlı önerilmemektedir (3). Bunun yanında basit kistlerin ilk trimesterde transvajinal ve ikinci trimesterde perkütan aspirasyonunu, gereksiz laparotomi insidansını azaltması nedeniyle önerenler de vardır (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 (1,3) (Şekil 1). Caspi ve arkadaşları 6 cm'den daha küçük kitlelerde anestezi ve cerrahi girişimin fetus üzerindeki potansiyel olumsuz etkilerinden dolayı beklemeyi ve akut bir komplikasyon çıkmadıkça cerrahi doğum sonrasına ertelemeyi önermişlerdir (5). Torsiyon, rüptür veya hemoraji acil cerrahi girişim gerektirir. Eğer kitle 6 cm'den büyükse, solid, bilateral ise veya ikinci trimesterde persiste ederse geleneksel yaklaşım laparotomi yapılmasıdır (6). Genel olarak, ilk trimesterde cerrahi gerektiren yegane adneksiyal kitle, 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 seyrek görülür. Bu nedenle 18. hafta cerrahi için en uygun hafta olarak görülmektedir. Eğer kist maligniteyi düşündüren ipuçları



Şekil 1. Gebelikte ovaryen kitlelere yaklaşım.

içeriyorsa operasyon erkene alınabilir. Operasyon sırasında uterusun minimum manipülasyonu ile (hands off the uterus) uterin irritabilitenin önüne geçilebilir.

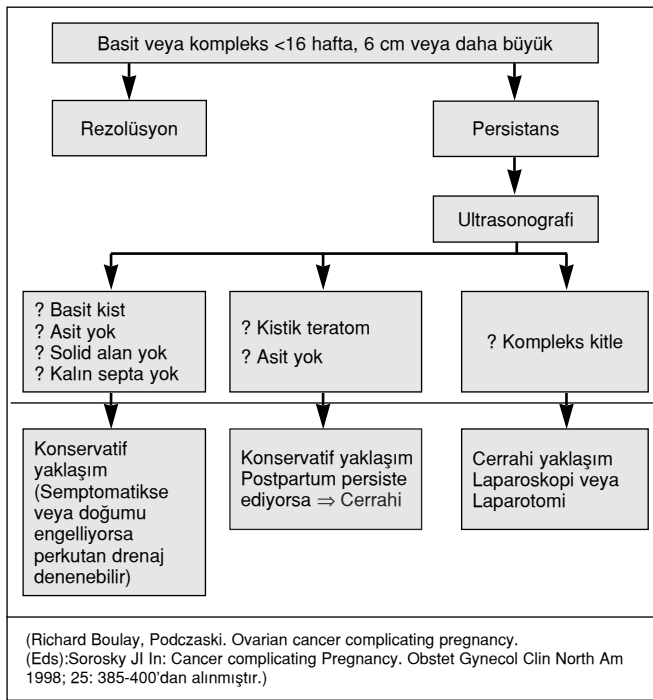
Cerrahi girişim sırasında neoplazi saptanınca, diğer adneks de değerlendirilmelidir. Olguların çoğunda adneksiyal kitle benignidir ve primer tedavi olarak basit kistektomi tercih edilmelidir. Neoplazi çıkarılınca operasyon odasında iken açılmalı ve eğer malignite yönünde kuşku söz konusu ise frozen kesit yapılmalı ve sonuca göre hareket edilmelidir (5,6). Endikasyon olması halinde, plasental progesteron üretimi yeterli düzeye ulaşmış olduğundan gebeliğin yaklaşık 18. haftasından itibaren overlerin güvenli bir şekilde alınması mümkündür. Bu andan önce yapılacak ooforektomi düşüğe neden olabilmekte birlikte bu durumun progesteron uygulamasıyla önlenmesi de sıklıkla mümkün olmaktadır. Annenin sağlığının tehlike altında olması halinde terapötik girişim gebelik yaşına bakılmaksızın uygulanmalıdır.

Tablo 1. Gebelikte görülen over kanserinin tedavisi

1. Gebe olmayan hastadaki gibi tedavi uygulayın
2. Ekploratris laparotomi uygulayın
3. Sitolojik inceleme için pelvis ve abdomenden sıvı alın
4. Tümör düşük gradlı, unilateral ve kapsüllü ise;
 - a. Unilateral salpingo-ooforektomi
 - b. Karşı overden biyopsi örneği alın, eğer negatifse tedavi yeterli
 - c. Gebeliğin terme ulaşmasına izin verilir
5. Tümör over dışına yayılmamışsa;
 - a. Sitoloji için aspirasyon
 - b. Total histerektomi
 - c. Bilateral salpingo-ooforektomi
 - d. Appendektomi
 - e. Omentektomi
 - f. Lenf nodu örnekleme
 - g. Endike ise kemoterapi

(Barber HRK. Ovarian cancer complicating pregnancy. in: Ovarian carcinoma: etiology, diagnosis, and treatment. New York, Mason, 1982:167'den alınmıştır.)

Over kanserinin laparotomi sırasında saptanması halinde tedavi gebe olmayan kadınlardakine benzer şeklindedir ve gebelik haftasının yanı sıra tümörün evresine, histolojik tipine ve derecesine göre değişmektedir (Tablo 1). *Frozen* kesit maligniteyi teyit ettikten sonra komple cerrahi evlendirme ve tüm periton ve viseral yüzeylerin dikkatli bir incelemesi gerçekleştirilmektedir. Çoğu ilerlemiş evrede histerektomi ve bilateral adneksotomi endike olmakla birlikte bazı durumlarda tümörün alınması ve fetusun olgunlaşmasının beklenmesi de tercih edilebilir. Gebelikte adneksiyal kitlelere algoritmik yaklaşım şeması Şekil 2’de görülmektedir.



Şekil 2. Gebelikte tespit edilen adneksiyal kitlelere algoritmik yaklaşım.

Gebelikteki adneksiyal kitlelere laparoskopik yolla yaklaşım da oldukça günceldir. On iki yıllık dönemde adneksiyal kitlesi olan 48 gebenin 17’sine ilk trimesterde, 27’sine ikinci ve 4’üne de üçüncü trimesterde laparoskopi uygulanmıştır. İki olguda yoğun adezyonlar ve durdurulamayan kanama nedeniyle açık tekniğe geçilmesine karşın 46 hastaya optimum laparoskopik müdahale yapılmıştır. Sadece bir gebelikte postoperatif 4. günde fetal kayıp izlenmiş ve hastanede yatış süresi 3.8 gün olarak bildirilmiştir (7).

Malign germ hücreli neoplazmlar çoğunlukla unilateral salpingo-ooferektomi ile tedavi edilirler. Çünkü çoğu Evre

Ia’dır ve bu evrede geniş cerrahinin prognoza olumlu ek katkısı yoktur. Disgerminom ve düşük gradlı immatür teratom dışındaki yüksek maligniteye sahip bu tümör grubunda adjuvan kemoterapi tedaviye önemli katkı sağlar. Kombine kemoterapi hem gebeliğin, hem de gelecekteki doğurganlık şansının devamını sağlar.

Matür kistik teratom %33 sıklıkla gebelikte en sık görülen germ hücreli over tümörüdür (8). Aynı zamanda en sık torsiyone olan kitle de matür kistik teratomdur. Sıklıkla postmenopozal dönemde olmak üzere (nadiren %1 oranında) malign transformasyona da uğrar (8). Tedavi kistektomidir. Rekürrens olmaması için kist kapsülünün tümünün çıkarılmasına özen gösterilmelidir. Bilateralite söz konusu olsa da diğer overin görünümü normale örnekleme yapmaya gerek yoktur. Kimyasal peritonite yol açabileceğinden kist içeriğinin batın içine dağılmasına dikkat edilmelidir.

Sonuç olarak; gebelikteki adneksiyal kitlelere, muhtemel distosi nedenini ortadan kaldırmak, torsiyon, rüptür, kanama tehlikesini önlemek ve malignite riskinden dolayı cerrahi girişim gerekir. Gebeliğin ilk trimesterinde tespit edildiye ve torsiyon, kanama gibi acil bir durum yoksa cerrahi tedavi ikinci trimestere ertelenebilir. Üçüncü trimesterde fetal matürasyon için beklenebilir. Görüntüleme yöntemleri ve klinik muayene ile benign bir kitleden şüpheleniliyorsa ve bu oluşum distosi riski yaratmıyorsa doğuma kadar izlenebilir. Aksi takdirde hangi dönemde olursa olsun cerrahi tedavi seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır.

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. Agarwal N, Kriplani A, Bhatla N, Gupta A. Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet* 2003;267:148-152.
3. Hermans RH, Fischer DC, Van der Putten HW, Van de Putte G, Einmann T, Vos MC, Kieback DG. Adnexal masses during pregnancy. *Onkologie* 2003;26:167-172.
4. Duic Z, Kukura V, Ciglar S, Podobnik M, Podgajski M. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. *Eur J Gynecol Oncol* 2002;23:133-134.
5. Caspi B, Levi R, Appelman Z, Rabinerson D, Goldman G, Hagay Z. Conservative management of ovarian cystic teratoma during pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:503-505.
6. Richard Boulay, Podczaski. Ovarian cancer complicating pregnancy. (Eds):Sorosky JI In: Cancer complicating Prgnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:385-400.
7. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;108:217-222.
8. Wu RT, Torng PL, Chang DY, Chen CK, Chen RJ. Mature cystic teratoma of the ovary: a clinicopathologic study of 283 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1999;58(4):269-274.