

Ondokuz Haftalık Gebelikte Adneksiyal Kitle Torsiyonu

Başak BAKSU, İnci DAVAS, Atıf AKYOL, Ahmet VAROLAN, Ali YAZGAN, Eser AĞAR
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği - İSTANBUL

ÖZET

ONDOKUZ HAFTALIK GEBELİKTE ADNEKSİYAL KİTLE TORSİYONU: BİR OLGU SUNUMU

Ultrasonografinin rutin olarak obstetrik muayenenin bir parçası olmasından sonra gebelikte saptanan adneksiye kitle oranı da artmıştır. Gebelik sırasında abdominal girişimin komplikasyonları da göz önüne alındığında gebelikte adneksiye kitleye yaklaşım için uygun protokoller hazırlanmalıdır. Yirmibeş yaşında, 19 haftalık gebeliği sırasında, düzenli takiplere gitmesine rağmen acil olarak adneksiye kitle torsiyonu nedeniyle opere edilen olgunun patoloji sonucu müsinöz kistadenom bulundu. Obstetrik ultrasonografi muayenesinde adneksler mutlaka değerlendirilmeli, gebelerde abdominal cerrahi endikasyonları çok dikkatle konulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Adneksiye kitle, Torsiyon, Ultrasonografi

SUMMARY

TORSION OF AN ADNEXAL MASS IN A 19-WEEKS PREGNANT WOMAN: A CASE REPORT

Since the ultrasonographic evaluation of the fetus has become a routine component of obstetric care, the incidence of adnexal masses diagnosed during pregnancy has increased. Obstetricians should establish protocols for the appropriate management of adnexal masses during pregnancy.

Observation: Twentyfive-year-old multigravid patient was admitted with complaints of nausea, vomiting and abdominal pain at the 19th week of pregnant. She was operated due to torsion of an adnexal mass. The pathological report was mucinous cystadenoma.

Conclusion: The basic obstetric ultrasonographic examination should include the uterus and adnexa in all trimesters and the indications for an abdominal surgery during pregnancy must be made with meticulous attention.

Key words: Pregnancy, Adnexal mass, Torsion, Ultrasonography

Teknolojik gelişmelere paralel olarak 1990'lardan başlayarak ultrasonografik muayene, obstetrik takibin bir parçası olmuştur. Ultrasonografi (USG) ile önceden palpe edilemeyen adneksiye kitleler saptanıp ölçülebilmektedir. 'The American Institute of Ultrasound in Medicine' ve 'The American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Ultrasonography'nin 1985'te aldıkları ortak karar ile uterus ve adneksleri de kapsayan pelvik görüntüleme, temel obstetrik ultrasonografik incelemeye dahil edilmiştir (1). İkinci ve üçüncü trimesterde tüm zorluklara rağmen overler görüntülenmeye çalışılmalıdır.

Gebelikte adneksiye kitle insidansı 1/81 ile 1/8000 arasında değişir (2). Rakamlar arası bu fark, klinik olarak ciddi olan kitlenin tanımı, tanı yöntemi ve çalışılan popülasyona göre değişir. Obsterik USG'deki gelişmelerle saptanan overyan kitle oranı da artmıştır. Nelson ve arkadaşları ultrason incelemesinde %1 gebelerde adneksiye kitle saptamıştır

(3). Bunların çoğunluğu korpus luteum, teka lutein kistleri gibi fonksiyonel kistlerdir ve %95'i 16. gebelik haftasından sonra geriler (4,5).

Gebelikte adneksiye kitleye yaklaşımda asıl zorluk, persiste eden kitleye yaklaşımdır. Önceleceği bu hastalara çoğunlukla ikinci trimesterde cerrahi müdahale uygulanmaktaydı. Bunun da mantığı ilk trimesterde abortus, üçüncü trimesterde ise prematür doğum riskleri olması ve malignite şüphesini ekarte etmektir (2). Ancak son yıllarda birinci veya ikinci trimesterde cerrahi yaklaşımın fetal kayıp, erken doğum veya teratojenite riski ile ciddi bir birlikteliği olmadığına dair yayınlar da vardır (6). Yine de abdominal cerrahinin çok ciddi fiziksel ve duygusal strese neden olduğu ve gebeliğe bağlı komplikasyonları arttırdığı kanısı yaygındır (5). Cerrahi teknik ve USG'deki ilerlemeler göz önüne alındığında tüm adneksiye kitleleri olan gebelerde cerrahi müdahaleyi sorgulamak gerekmektedir.

Ondokuzuncu gebelik haftasında acil olarak over torsiyonu nedeniyle opere ettiğimiz bu olgu sunumuyla obstetrik USG'de tüm trimesterlerde adnekslerin değerlendirilmeye çalışılmasının ve ad-

neksiyel kitleye yaklaşımda cerrahi endikasyonların önemini vurgulamak istedik.

OLGU

Yirmibeş yaşında, G3P2 olan hasta acil olarak kliniğimize 2 gün önce başlayan bulantı, 1 gece önce başlayan kusma, karın ağrısı ve sol kasık ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın son adet tarihi ile uyumlu tekiz, canlı, 19 haftalık gebeliği mevcuttu (Bipariyetal Çap: 44mm, Femur Uzunluğu: 31.4mm, Karın Çevresi: 144 mm, plasenta ön duvarda: Grade1, Amniotik Sıvı İndeksi: normal). Kardiyotokografide kontraksiyonları olmayan hastanın muayenesinde fundus yaklaşık 19 haftalık cesamette idi, kollum kapalı, efasmanı yoktu. Yedi ve beş yıl önce iki spontan doğumu mevcuttu. Soygeçmiş ve özgeçmişinde bir özellik yoktu. Düzenli olarak özel doktoruna obstetrik muayeneye gittiğini ifade eden hastanın takiplerinde bir problem olmadığı öğrenildi. Geliş muayenesinde TA: 100/60 mmHg, nabız: 80/dk., ateş: 360C idi. Laboratuvar bulguları: Hg:11.6 g/dl, Hct: %34.2 L, lökosit: 9600/uL. TİT: 5-6 lökosit, 1-2 eritrosit, bol amorf ürat, dansite:1030, ürobilinojen: normal, protein, glikoz, keton, bilirubin negatif idi. Kan biyokimyası normal sınırlarda değerlendirildi. Fizik muayenesinde, uterus fundusu umbilikusa kadar uzanıyordu. Batın sol yan duvarında gebe uterusun net olarak ayırt edilemeyen, sınırları düzenli, yarı sert kitle palpe ediliyordu. Özellikle sol üst kadranda belirgin olmak üzere batın üst kadranda defans mevcuttu; sol lomber bölge palpasyonla ağrılı idi. Batın ultrasonunda gebe uterusu komşu, sol yanda 12.6x9.4 cm. boyutlarında, sol böbrek lojuna dayanacak şekilde posterolaterale yükselmiş, uniloküle, homojen, anekoik kistik kitle mevcuttu, Douglasta serbest mayii yoktu, her iki maternal böbrek normal olarak gözlemlendi. Bu klinik tablo ve muayene bulgularıyla sol adneksiyel kitle torsiyonu ön tanısı ile laparotomiye karar verildi. Gece acil şartlarda operasyona karar verildiği için preoperatif tümör markerleri çalışılmadı, Doppler USG yapılamadı.

Göbek altı median insizyon ile cilt, ciltaltı geçilerek batına girildi. Yapılan eksplorasyonda uterus cesameti gebelik haftası ile uyumluydu. Erken doğum riski açısından fazla uterin manipülasyondan kaçınıldı. Sol overde yaklaşık 15x10 cm. çapında, dış yüzeyi düzgün, kalın cidarlı, kendi etrafında 1 kere torsiyone olmuş kistik kitle mevcuttu. Acil şartlarda operasyon sırasında 'frozen section' yaptırma şansı olmadı. Sol tuba normal görünümde olup torsiyone kitlenin üzerine yapışmıştı. Sağ over ve tuba normal görünümdeydi. Sol adneksiyel kitle rüptüre olmadan, insizyon hattına doğru kaldırılıp batın dışına alındı. Torsiyone kısmın altından klemp konularak sol ooforektomi yapıldı. Kanama



Resim 6. Larsen sendromlu fetusun radyolojik görüntüsü.

kontrolünü takiben operasyona son verildi. Postoperatif hemen kardiyotokografi ile takibe alınan hastada kontraksiyonların olması üzerine postoperatif üç gün iv magnezyum sülfat ile tokoliz yapıldı. Postoperatif 1. gün bakılabilen tümör markerleri normal idi. Hasta ağrısı olmaması üzerine postoperatif yedinci günde salah ile taburcu edildi. Patolojik incelemesi sol overde müsünöz kistadenom gelen hastanın sonraki antenatal takiplerinde bir sorun yaşanmadı. Hasta 38. gebelik haftasında spontan doğum ile 3100 gr., 51 cm. ölçümlerinde canlı bir erkek bebek doğurdu.

TARTIŞMA

Gebelik sırasında adneksiyel kitleye yaklaşım klinisyen için zor bir karardır. Abdominal cerrahi gebelikte, hem anne hem de fetus açısından risklidir (2). Cerrahi girişim, gebelik kaybı riski taşıdığından müdahale gerektiren akut durum endikasyonlarından emin olunması gerekir (4). Aslında gebe hastaya yaklaşım, genellikle gebe olmayana yaklaşımın aynısıdır ve düşük, prematürite ve perinatal mortaliteye asıl etken, operasyondan çok cerrahi hastalığın şiddetidir (4). Olgumuzda da torsiyona bağlı doku nekrozu, preterm doğum, potansiyel perinatal veya maternal mortalite söz konusu olacağı için operasyon kararı alınmıştır.

Gebelik boyunca tüm abdominopelvik olaylar gözönüne alındığında apendisitten sonra over kistlerine bağlı komplikasyonlar ikinci sırada yer almaktadır (7). Rüptür veya torsiyon dışında genellikle overyan kitleler sessiz kalır (8). Gebelik sırasında persiste eden adneksiyel kitleler endişe uyandırmaktadır. Bu vakalarda %6 civarında malignite riski yanında rüptür, torsiyon veya kanama gibi komplikasyonlar da gelişebilir (9). Tüm gebelik boyunca rüptür sıklığı %2'dir (7). Ultrasonografi öncesi dönemde torsiyon sıklığı %15'lerde iken

USG'nin yaygın kullanımı ile tanınıp konservatif takip edilen adneksiyel kitleler için oran şimdilerde %2.3 olarak bildirilmiştir (5). Bizim olgumuzda muhtemelen gebelik öncesi varolan adneksiyel kitle, obstetrik USG muayenesinde adneksiyel bölge değerlendirilmediğinden atlanmış ve hasta bize over kist torsiyonu klinik bulgularıyla başvurmuştur.

Munnell 1963'te gebelerde over kistektomi endikasyonlarını 1) Olası distosi nedenini ortadan kaldırmak, 2) Torsiyon, rüptür veya kanama tehlikesi, 3) Malignite şüphesi olarak bildirmiştir (2). Medikal teknolojiye ilerlemelere rağmen bu cümle halen geçerliliğini korumaktadır. Hill ve arkadaşları USG'nin gebelerde adneksiyel kitle tanı ve yaklaşımındaki rolünü inceledikleri çalışmalarında, adneksiyel kitleler için eksploratif laparotomi sıklığının obstetrik USG'nin yaygın kullanımından önceki sıklığından farkı olmadığını bildirmişlerdir (1). Gebelik fizyolojisindeki bazı değişiklikler cerrahi bir olayı taklit edebileceği gibi patolojiyi de maskeleyebilir (4). Bu yüzden hastanın semptomları dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca, cerrahi girişim zamanlamasını, gebelik haftasından çok akut tablonun ciddiyeti belirler. Anne için ciddi mortalite veya morbidite söz konusu ise fetal akciğer matürasyonu veya doğum beklenilmez (4). Buna karşın konservatif yaklaşım kist torsiyonu veya rüptürü gibi ciddi komplikasyonlar ile sonlanabilir (7).

Gebelikte adneksiyel kitlelerle ilgili yapılan en büyük retrospektif ve çok merkezli çalışma Whitecar ve arkadaşlarına aittir. Whitecar ve arkadaşları gebelikte tespit edilen adneksiyel kitleler için mutlaka tanısal değerlendirme ve cerrahi müdahale önermektedirler (2). Çalışmalarında saptadıkları adneksiyel kitle oranı literatürle uyumlu olmasına rağmen, malign veya düşük malignite potansiyelli kitleleri 2 kat fazla bulmuşlar ve preoperatif USG'nin, benign oluşumlar ile düşük malignite potansiyelli kitleleri ayırmada yardımcı olmadığından dolayı, cerrahi yaklaşımın önemini vurgulamışlardır. Yirmüçüncü gebelik haftasından önce yaptıkları cerrahi müdahalelerde ciddi bir perinatal morbidite saptamamışlardır. Olgumuz 19. gebelik haf-

tasında opere edilmiş ve sonraki gebelik takiplerinde sorun yaşanmamıştır. Whitecar ve arkadaşlarının 118 gebelik serisinde en sık saptadıkları overyan kitleler sırasıyla matür kistik teratom, seröz kistadenom ve müsinöz kistadenomdur. Bizim olgumuzda torsiyona neden olan kitle müsinöz kistadenomdu.

Sonuç olarak, gebelerde ilk obstetrik USG muayenesinden itibaren her ik adneks rutin olarak değerlendirilmelidir. Onaltıncı haftadan sonra persiste eden adneksiyel kitlelerde artık ilk aşamada hemen cerrahi müdahale düşünülmesi de, konservatif yaklaşımın da malignitenin atlanması, rüptür veya torsiyon gibi komplikasyonları olacağı akıldan çıkarılmamalıdır. Gebelikte persiste eden adneksiyel kitleler için uygun protokoller oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hill LM, Connors-Beatty DJ, Nowak A, Tush B. The role of ultrasonography in the detection and management of adnexal masses during the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 703-7
2. Whitecar MP, Turner S, Higby K. Adnexial masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 191: 19-24
3. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D, Sanders RC. Cysts in pregnancy discovered by sonography. *J Clin Ultrasound* 1986; 14: 509-12
4. Gary Scott Leisowitz. Surgical Complications During Pregnancy. In: Niswander KR, Evans AT (Eds). *Manual of Obstetrics*, 5th Ed. Boston, Little Brown and Company, 1996: 239-260
5. Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. Management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1236-40
6. Visser BC, Glasgow RE, Mulvihill KK, Mulvihill SJ. Safety and timing of nonobstetric abdominal surgery in pregnancy. *Dig Surg* 2001; 18: 409-17
7. Martin JR, Martin RW, Morrison JC. Surgical Diseases and Disorders in Pregnancy. In: Pernoll ML (Ed). *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 7th Ed. Connecticut, Appleton and Lange, 1991: 480-492
8. Duic Z, Kukura V, Ciglar S, Podobnik M, Podgajski M. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002; 23: 133-4
9. Michel E. Rivlin. Surgery and Trauma in Pregnancy. In: Rivlin ME, Martin RW, Wisner WL (Eds). *Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology*, 5th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 126-130