



Sezaryen doğumda persistan adneksiyal kitlelerin yönetimi

Aşkın Evren Güler¹ , Zeliha Çiğdem Demirel Güler¹ , Özge Şehirli Kinci² 

¹Koru Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Özet

Amaç: Amacımız, antenatal dönemde veya sezaryen doğum esnasında adneksiyal kitleleri olduğu tespit edilen gebelerin antenatal dönemdeki veya sezaryen doğum esnasındaki yönetimini ortaya koymak ve literatür bulguları ışığında bunların sonuçlarını tartışmaktır.

Yöntem: Haziran 2013 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Koru Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen doğumu planlanmış veya acil sezaryen doğum gerçekleştirilmiş 2364 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Patoloji sonuçlarında ölçülen en büyük çap, kitlelerin çapı kabul edilmiştir.

Bulgular: Yirmi altı (%1.09) hastada adneksiyal kitle bulundu. Hastaların hiçbirinde gebelik öncesinde bilinen adneksiyal kitle yoktu. Tüm fibroid olguları çalışma dışı bırakıldı. On sekiz hasta antenatal dönemde ortalama 10.5±1.2 gebelik haftasında (%69) tanı alırken, gebelik esnasında kitlelerde hiçbir değişiklik gözlemlenmedi. Ancak 8 (%31) olguda adneksiyal kitleler sezaryen doğum esnasında tesadüfen tespit edildi. Yirmi altı hastanın 5'inde (%19.2) bulunan kitleler paraovaryen veya paratubal iken, kalan 21 hastada ovarien kitleler bulundu. Bu ovarien kitlelerin histolojik tipleri, prevalansları temel alınarak aşağıdaki gibi listelenebildi: matür kistik teratom (%34.6), seröz kistadenom (%15.4) ve endometriyom (%15.4), müsinöz kist (%11.5) ve fibrom (%3.9). Büyük boyutlu olma eğilimindeki kitleler, ortalama 62.64±22.18 mm boyut ile ciddi kistadenomlar olarak saptandı.

Sonuç: Gebelikte adneksiyal kitleler, hastanın klinik bulguları ve malignite şüphesinin varlığı dikkate alınarak takip edilebilir ve uygun trimesterde opere edilebilir. Sezaryen doğum esnasında gözlemlenen kitleler alınarak, cerrahın kararına bağlı olarak patolojik incelemeye gönderilebilir.

Anahtar sözcükler: Adneksiyal kitle, gebelik, kistektomi.

Abstract: The management of persistent adnexal masses in cesarean section

Objective: Our aim is to reveal the management of pregnant women in the antenatal period or during cesarean section (CS) who are found to have adnexal masses during antenatal period or CS and discuss the consequences thereof based on the literature findings.

Methods: The data of 2364 patients with scheduled or emergency CS performed at Koru Ankara Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic between June 2013 and December 2018 were retrospectively reviewed. The largest diameter measured in the pathology results was taken as the diameter of the masses.

Results: Twenty-six (1.09%) patients were found to have adnexal masses. None of the patients had an adnexal mass known before pregnancy. All cases of fibroids are excluded. Eighteen patients were diagnosed in the antenatal period, in the pregnancy week 10.5±1.2 on average (69%), and no changes were observed in the masses during pregnancy. In 8 cases, however, adnexal masses were detected incidentally during CS (31%). Masses found in 5 out of 26 patients were paraovarian or paratubal (19.2%) whereas the remaining 21 patients were identified to have ovarian masses. The histological types of these ovarian masses can be listed based on their prevalence as follows: mature cystic teratoma (34.6%), serous cystadenoma (15.4%) and endometrioma (15.4%), mucinous cyst (11.5%), and fibroma (3.9%). The masses, which tend to be the largest in size, are serous cystadenomas having an average size of 62.64±22.18 mm.

Conclusion: Adnexal masses in pregnancy can be monitored considering the patient's clinical findings and the presence of a malignancy suspicion or can be operated in the appropriate trimester. Masses observed during cesarean section may be removed and sent for a pathological examination, depending on the surgeon's decision.

Keywords: Adnexal mass, pregnancy, cystectomy.

Yazışma adresi: Dr. Özge Şehirli Kinci, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla. e-posta: drozgesehirlikinci@gmail.com / **Geliş tarihi:** 25 Mayıs 2019; **Kabul tarihi:** 31 Ağustos 2019

Bu yazının atf künyesi: Güler AE, Demirel Güler ZÇ, Şehirli Kinci Ö. The management of persistent adnexal masses in cesarean section. Perinatal Journal 2019;27(2):56-61.

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü: www.perinataljournal.com/20190272002/ / doi:10.2399/prn.19.0272002

ORCID ID: A. E. Güler 0000-0002-2281-2347; Z. Ç. Demirel Güler 0000-0002-9300-7329; Ö. Şehirli Kinci 0000-0001-6439-0798

Giriş

Gebelikte adneksiyal kitlelerin insidansı 1/41 ile 1/1500 arasında değişmektedir.^[1] Bu kitlelerin yalnızca %3'ü maligndir.^[2] Matür kistik teratom, %50'lik insidansla en yaygın tiptir.^[3] Ultrasonografi ve diğer görüntüleme yöntemlerinin yaygın kullanımının yanı sıra artan sezaryen oranı nedeniyle adneksiyal kitleler artık gebelik esnasında daha sık tespit edilmektedir.^[4,5]

Ancak gebelikte tespit edilen persistan over kistlerinin ve sezaryen doğum esnasında tesadüfen karşılaşılan adneksiyal kitlelerin yönetimi tartışmalıdır. Potansiyel olarak maternal ve fetal komplikasyonlara neden olabilecek torsiyon, rüptür veya malign kitlelerde tümör aşamasının ilerleyişi gibi durumlar gebelik boyunca, özellikle de gebeliğin ilerleyen haftalarında meydana gelebilir.^[6] Öte yandan cerrahlar, cerrahi müdahalelerin özellikle erken doğum gibi birçok komplikasyona yol açabileceği konusunda endişelenmektedir.^[1]

Bu retrospektif çalışmadaki amacımız, antenatal dönemde veya sezaryen doğum esnasında adneksiyal kitleleri olduğu tespit edilen gebelerin antenatal dönemdeki veya sezaryen doğum esnasındaki yönetimini ortaya koymak ve literatür bulguları ışığında bunların sonuçlarını tartışmaktır.

Yöntem

Haziran 2013 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Korumu Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen doğumu planlanmış veya acil sezaryen doğum gerçekleştirmiş 2364 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmanın etik onayı, Korumu Ankara Hastanesi Etik Kurulundan alındı (Etik Kurulu protokol no. 13/03/2019-38). Çalışma, Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirildi. Sezaryen doğumlar, tek bir merkezde birkaç doğum uzmanı tarafından spinal veya genel anestezi altında gerçekleştirildi. Tüm sezaryen doğumlar ve kistektomi/ooforektomi işlemleri doğum uzmanları ve jinekologlar tarafından gerçekleştirildi. Gebelik döneminden önce adneksiyal kitle varlığı çalışma dışı bırakma kriteriydi. Patoloji sonuçlarında ölçülen en büyük çap, kitlelerin çapı kabul edilmiştir.

Sezaryen doğum tamamlandıktan sonra, adneksiyal kitle tespit edilen hastalar için cerrahın deneyimi dikate alınarak kistektomi/ooforektomi kararı verildi.

Kistektomi işlemi, koter ile over dokusunda disseksiyon yapıldıktan sonra sağlıklı over dokudan kist kapsülünün çıkarılmasıyla gerçekleştirildi. Ooforektomi ise, *ligamentum suspensorium ovarii* ve *ligamentum ovarii proprium*'un klemplenmesi, kesilmesi ve 0 Vicryl® ile sütürlenmesi işlemleriyle gerçekleştirildi. Malignite riski nedeniyle kistektomi/ooforektomi prosedürleri kistler rüptüre edilmeden gerçekleştirildi. Hiçbir olguda patolojik inceleme (dondurarak kesip inceleme) gerçekleştirilmedi. Diğer cerrahi işlemlerde nihai patolojik inceleme beklendi.

Yaş, gravida, parite, doğum haftası, sezaryen endikasyonları, kitlenin tespit edildiği dönem (antenatal, intra-sezaryen) ve kitlenin çıkarılma tekniği (kistektomi/ooforektomi), tüm hastalarda retrospektif olarak değerlendirildi. Kistlerin/overlerin boyutu ve histopatolojik inceleme sonuçları patoloji raporlarından takip edildi. Kistler/overler aynı patolojik tarafından değerlendirildi.

Tüm analizler, SPSS 22.0 paket programı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular

Haziran 2013 ile Aralık 2018 tarihleri arasında, 26'sında (%1.09) adneksiyal kitle tespit edilen 2364 hasta Korumu Ankara Hastanesinde sezaryen doğum yaptı. Hastaların hiçbirinde gebelik öncesinde bilinen adneksiyal kitle yoktu. On sekiz (%69) hasta ortalama 10.5±1.2 gebelik haftasında antenatal dönemde tanı alırken, bu hastaların kitlelerinde gebeliğin kalan süresi boyunca hiçbir değişiklik olmadı. Ancak 8 (%31) olguda adneksiyal kitleler sezaryen doğum esnasında tesadüfen tespit edildi. Adneksiyal kitlesi olduğu tespit edilen gebelerin ortalama yaşı 30.2, ortalama paritesi 2 ve ortalama doğum haftası 38 hafta 3/7 gün idi.

Sezaryen endikasyonları arasında 15 geçmiş sezaryen (%57.7), 2 fetal distres (%7.7), 3 makat geliş (%11.5), 3 baş-pelvis uyumsuzluğu (%11.5), 1 plasenta previa (%3.9) ve 2 çoğul gebelik olgusu bulunuyordu (**Tablo 1**). Yirmi altı hastanın sadece birine (%3.9) ooforektomi uygulanırken, 25 (%96.1) hastaya kistektomi uygulandı (**Tablo 2**).

Yirmi altı hastanın 5'inde (%19.2) bulunan kitleler paraovaryen veya paratubal iken, kalan 21 hastada ovaryen kitleler bulundu. Bu ovaryen kitlelerin histolojik tip-

leri görülme sıklığına göre şöyleydi: matür kistik teratom (%34.6) (Şekil 1 ve 2), seröz kistadenom (Şekil 3) (%15.4) ve endometriyom (%15.4), müsinöz kist (%11.5) ve fibrom (%3.9). Büyük boyutlu olma eğilimindeki kitleler, ortalama 62.64 ± 22.18 mm boyut ile seröz kistadenomlardı. Endometriyom, ooforektomi ile tedavi edilen tek olguydu (Tablo 2).

Tartışma

Gebelikte adneksiyal kitlelerin insidansı 1/41 ile 1/1500 arasında değişmektedir.^[1] En yaygın tipleri ise matür kistik teratom, kistadenom ve fonksiyonel kistlerdir.^[3] Çalışmamızda tespit ettiğimiz insidans ve histolojik tipler, literatürde bildirilenlerle benzerdi. Olgu serimizde insidans, en yaygın histolojik tip (%34.6) olan matür kistik teratomda yaklaşık %1 idi. Gebelikte adneksiyal kitleler genellikle asemptomatik bir seyir sahiptir. Torsiyon ve kist rüptürü gibi komplikasyonlar 5 cm'den daha büyük kistlerde meydana gelebilir.^[7,8] Aslında, gebelikte adneksiyal kistlerin büyük çoğunluğu 16. haftadan önce rezorbe edilmektedir. Görüntüleme yöntemlerindeki teknolojik ilerlemeler adneksiyal kitlelerin tespit edilmesini kolaylaştırmanın yanı sıra bu tür kitlelerin yönetimi ile ilgili çelişkileri de artırmıştır.^[4] Lee ve ark. çalışmalarında gebelikte adneksiyal kitlelerin konservatif yönetimini desteklemiştir.^[9] Değişmeyen veya büyüyen boyutlu kitlelerdeki malignite riski de dikkate alınmalıdır; bu tür kitlelerin %0.6'sının malignite riskine sahip olduğu bilinmektedir.^[10] Hastalarımızda malignite tespit etmedik. Sherard ve ark., gebelikte ilişkili persistan adneksiyal kitlelerin malignite insidansını %13, malignite oranını ise 1/4741 olarak bulmuştur.^[11]

Tablo 1. Sezaryen doğum endikasyonlarının dağılımı.

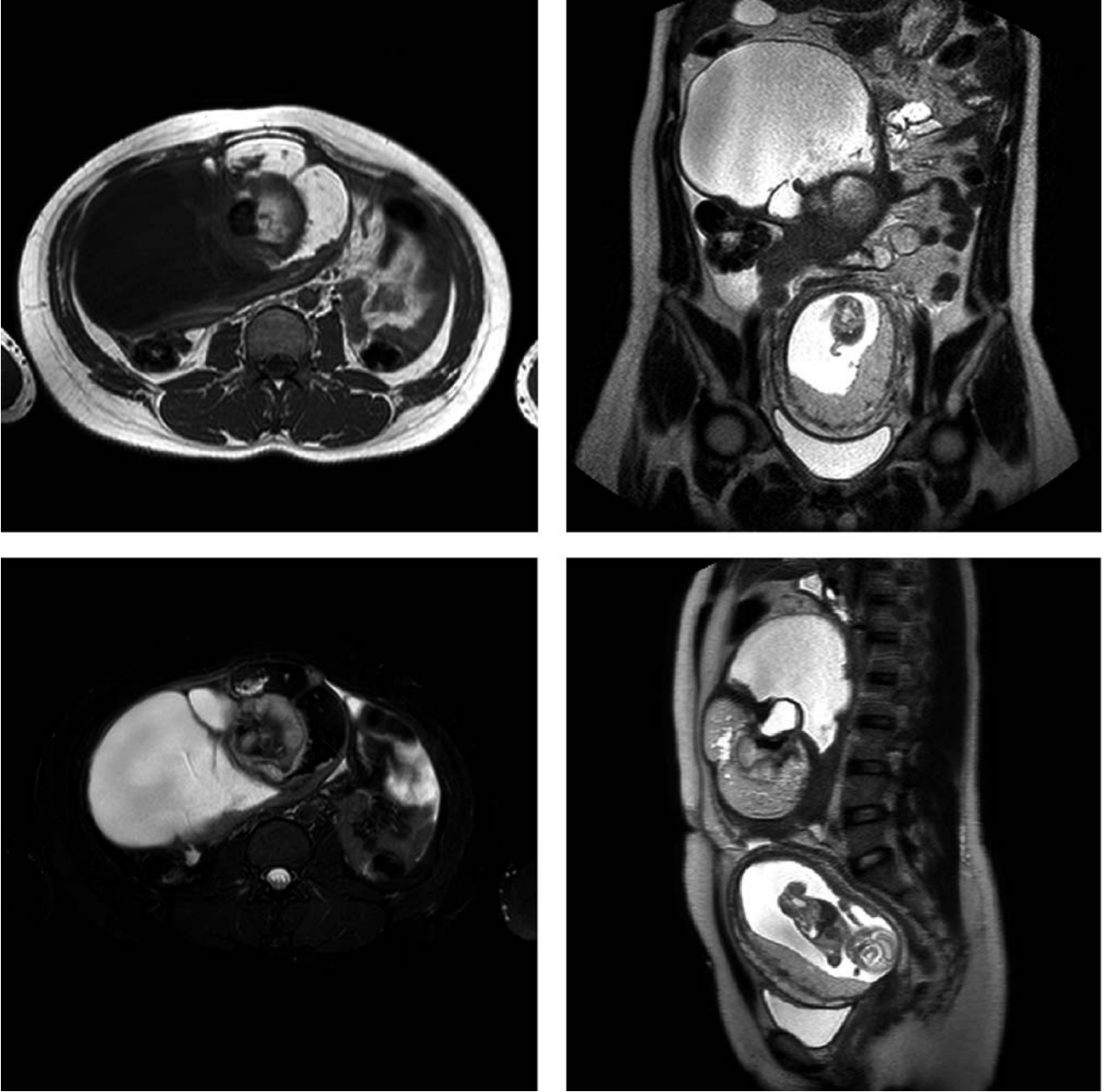
Sezaryen doğum endikasyonu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geçmiş sezaryen doğum	15	57.7
Fetal distres	2	7.7
Makat geliş	3	11.5
Baş-pelvis uyumsuzluğu	3	11.5
Plasenta previa	1	3.9
Çoğul gebelik	2	7.7
Toplam	36	100

MRG ve ultrasonografi, gebelikte adneksiyal kitlelerin görüntülenmesinde önemli bir yere sahiptir.^[4] Ultrasonografi, ilk aşama değerlendirmede kitlenin içeriğini ve yapısını anlamada oldukça faydalıdır. Kitlenin sert mi yoksa kistik mi olduğunu, septumu olup olmadığını anlamaya yardımcı olur ve kist duvarının yapısı ve kist içeriği hakkında detaylı bilgi vermektedir. Ultrasonografinin yetersiz olduğu durumlarda MRG kullanılabilir. Tüm hastalarımızda değerlendirmeyi ultrasonografi ile gerçekleştirdik. On sekiz hastada adneksiyal kitleleri antenatal izleme ve takip esnasında tespit ettik. Benzer şekilde, MRG'nin gerekli olmadığı durumlarda ultrasonografiden faydalandık.

Gebelikte tespit edilen adneksiyal kitlelere müdahale, gebelik esnasında sadece şüpheli malignite varlığı, semptomatik kitle ve 8–10 cm'den büyük persistan adneksiyal kitle durumunda düşünülmelidir.^[12] Çalışmamızda, hastaların hiçbiri yukarıda sayılan kriterleri karşılamadığı için gebelik esnasında opere edilmedi. Küçük over kistleri genellikle konservatif şekilde yönetilir. Geleneksel olarak, ikinci trimesterde kitle 6 cm'den

Tablo 2. Histolojik kist tiplerinin dağılımı.

Histolojik tip	n (%)	Kist boyutu (mm)	Tedavi		Tespit zamanı	
			Kistektomi n (%)	Ooforektomi n (%)	Antenatal n (%)	İntra-sezaryen n (%)
Matür kistik teratom	9 (34.6)	41.24±12.1	9 (34.61)	0 (0)	5 (19.23)	4 (15.38)
Seröz kistadenom	4 (15.4)	62.64±22.18	4 (15.38)	0 (0)	4 (15.38)	0 (0)
Müsinöz kistadenom	3 (11.5)	32.56±18.21	3 (11.53)	0 (0)	2 (7.69)	1 (3.84)
Endometriyom	4 (15.4)	51.92±10.62	3 (11.53)	1 (3.84)	3 (11.53)	1 (3.84)
Paratubal-paraovaryen kist	5 (19.2)	44.18±11.26	5 (19.23)	0 (0)	4 (15.38)	1 (3.84)
Fibrom	1 (3.9)	24	1 (3.84)	0 (0)	0 (0)	1 (3.84)



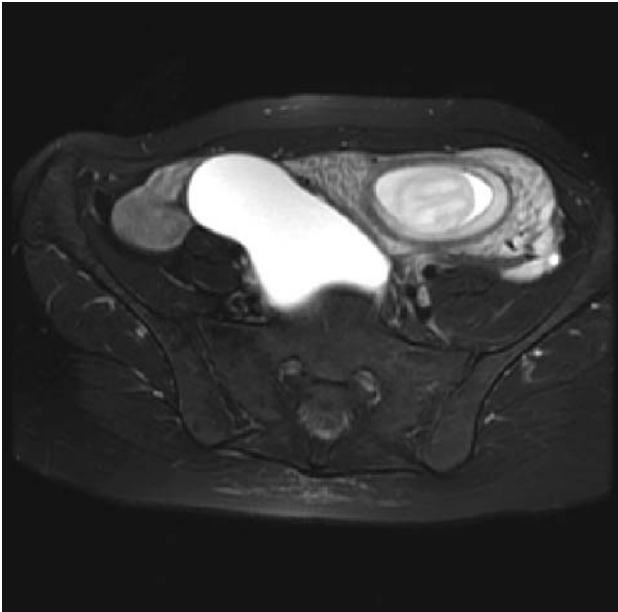
Şekil 1. 16 haftalık gebelik + matür kistik teratom (MR incelemesi).

büyükse, sertse ve bilateral veya persistan ise laparotomi önerilmektedir.^[3,12] Elektif cerrahi genellikle, düşük riskini azaltmak amacıyla ikinci trimesterde, 18. haftadan sonra planlanmaktadır.^[13] Kitlelerin tesadüfen tespit edilmesi durumunda, mortalite veya morbidite ile ilgili istenmeyen etkilerin ortaya çıkmaması için sezar-

yen doğum esnasında laparotomiye de içeren bir prosedür olarak özellikle 5 cm'den büyük kitlelerin alınması önerilmektedir.^[14] Çalışmamızda, kitlelerin boyutlarına bakılmaksızın histopatolojik bir sonuç (malignite riski) almak amacıyla tüm olgularda kistektomi/ooforektomi uyguladık.



Şekil 2. Sezaryen doğumda matür kistik teratom.



Şekil 3. 13 haftalık gebelik + seröz kistadenom (MR incelemesi).

Sonuç

Gebelikte adneksiyal kitleler için yakın takip bir yönetim şeklidir, ancak hastanın klinik bulguları ve semptomları veya malignite şüphesi cerrahi işlem endikasyonlarıdır. Sezaryen doğum esnasında gözlemlenen kitleler alınarak, cerrahın kararına bağlı olarak patolojik incelemeye gönderilebilir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

- Ye P, Zhao N, Shu J, Shen H, Wang Y, Chen L, et al. Laparoscopy versus open surgery for adnexal masses in pregnancy: a meta-analytic review. *Arch Gynecol Obstet* 2019; 299:625–34.
- Hermans RH, Fischer DC, van der Putten HW, Van De Putte G, Einzmann T, Vos MC, et al. Adnexal masses in pregnancy. *Onkologie* 2003;26:167–72.
- Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:19–24.
- Chiang G, Levine D. Imaging of adnexal masses in pregnancy. *J Ultrasound Med* 2004;23:805–19.
- Ulubay M, Öztürk M, Fidan U, Keskin U, Fıratlıgil FB, Kancı MF, et al. Skin incision lengths in caesarean section. *Çukurova Medical Journal* 2016;41:82–6.
- Roberts, JA. Management of gynecologic tumors during pregnancy. *Clin Perinatol* 1983;10:369–82.
- Munnell EW. Primary ovarian cancer associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1963;30:983–93.
- Grimes WH, Jr, Bartholomew RA, Colvin ED, Fish JS, Lester WM. Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:594–605.
- Lee GS, Hur SY, Shin JC, Kim SP, Kim SJ. Elective vs. conservative management of ovarian tumors in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;85:250–4.
- Duic Z, Kukura V, Ciglar S, Podobnik M, Podgajski M. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002;23:133–4.
- 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; discussion 62–3.
- 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.
- Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1236–40.
- Dede M, Yenen MC, Yilmaz A, Goktolga U, Baser I. Treatment of incidental adnexal masses at cesarean section: a retrospective study. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;17:339–41.

Bu makalenin kullanım izni Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır. / This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.