

Gebelikte Adneksiyal Kitleler: 12 Vakalık Seri

Miğraci Tosun¹, Mehmet Sakıncı¹, Handan Çelik¹, Yıldırım Durak¹, Devran Bildircin¹, Hasan Çakıroğlu¹, Erdal Malatyahoğlu¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı gebelik ile ilişkili adneksiyal kitlelerin klinikopatolojik özelliklerini, komplikasyon oranlarını, gebelik sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Kasım 2006-Ağustos 2009 tarihleri arasında bir tersiyer merkez olan kliniğimize başvuran, gebelikte adneksiyal kitle olgularının medikal kayıtları incelenerek retrospektif bir çalışma tasarlanmıştır.

Bulgular: Bu dönemde toplam 12 hasta gebelik ve adneksiyal kitle tanısı ile merkezimize kabul edilmiştir. 12 hastanın 11'i opere edilmiştir. 11 hastanın 4'ü (%33.3) akut karın belirti ve klinik bulguları ile acil cerrahi girişime ihtiyaç duymuştur. Bu vakaların 3'ü (%25) adneks torsiyonu tanısı almıştır. Hastaların 7'si (%58.3) elektif koşullarda opere edilmişlerdir. En sık karşılaştığımız histopatolojik tanı dermoid kist (%27.3) ve müsinöz kistadenomdur (%27.3). Olguların hiçbirinde maligniteye rastlanmamıştır. Hastaların hiçbirinde acil laparotomiye bağlı olumsuz gebelik sonucu görülmemiştir.

Sonuç: Akut karın gelişmeyen, klinik ve görüntüleme yöntemleri malignite lehine olmayan gebelikte ilişkili adneksiyal kitle olgularında gözlemsel yaklaşım tercih edilebilir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, adneksiyal kitle, yönetim.

Adnexal masses in pregnancy: a series of 12 patients

Objective: The aim of this study was to evaluate the clinico-pathological features, rate of complications and pregnancy outcomes of pregnancy-associated adnexal masses.

Methods: A total of twelve patients were admitted to our clinic with diagnosis of adnexal mass in pregnancy during this period. Eleven of the twelve patients have been operated. Four of eleven patients (33.3%) needed an emergency surgical intervention due to clinical signs and symptoms of acute abdomen. Three of these cases (25%) were diagnosed as adnexal torsion. Seven of the patients (58.3%) were operated under elective conditions. The most common histopathological diagnosis was dermoid cyst (27.3%) and mucinous cystadenoma in 27.3% of cases. None of the cases were malignant. None of the patients had an adverse pregnancy outcome due to emergency laparotomy.

Results: A retrospective study was designed to review the medical records of cases of adnexal masses in pregnancy that admitted to our tertiary center clinic between November 2006 and August 2009.

Conclusion: Conservative management can be preferred in pregnancy associated adnexal masses which don't cause acute abdomen and do not have the signs of malignity with clinical evaluation and imaging methods.

Keywords: Pregnancy, adnexal masses, management.

Giriş

Gebelikte adneksiyal kitle nadir görülen bir bulgu değildir. Gebe kadınların rutin değerlendirilmeleri sırasında obstetrik ultrason muayenesinin kullanılması daha sık saptanmalarına yol

açmıştır. Gebelik ve adneksiyal kitle birlikteliğinin insidansı %1 ile %2 arasında rapor edilmektedir.¹ Bu kitlelerin çoğu gebeliğin fizyolojik bir bulgusu olan korpus luteumdur ve ikinci trimesterin başlarında kendiliğinden gerileme eği-

limindedir. Gebeliğin 16. haftasının ötesinde devam eden adneksiyal kitleler; torsiyon, rüptür, malignite gibi jinekolojik riskler ve düşük, preterm eylem ve doğum, distosi, erken membran rüptürü gibi obstetrik riskler açısından yeniden değerlendirilmelidir.² Gebelik sırasında tanı alan bütün adneksiyal kitleler içerisinde ovaryan malignite insidansı %2 ile 6 arasında rapor edilmektedir.³ Gebelik sırasında tanı almış bir adneksiyal kitle için optimum tedavi yaklaşımı, 'gözlemsel yönetim mi yoksa cerrahi müdahale mi olmalıdır?' sorusu halen tartışmalıdır. Çünkü bir tarafta cerrahi morbidite ve muhtemel fetal riskler, diğer tarafta gözlemsel yönetim seçilirse acil cerrahi girişim gerekliliği veya malignite tanısının gecikmesi riski söz konusudur.

Bu çalışmamızda, gebeliği sırasında adneksiyal kitle tanısı konulan hastalar, retrospektif olarak gözden geçirildi ve patolojik özellikler, komplikasyon hızı ve gebelik sonuçları değerlendirildi.

Yöntem

Kasım 2006 ve Ağustos 2009 tarihleri arasında kliniğimize başvuran gebelikte adneksiyal kitle olgularının tıbbi kayıtları gözden geçirilerek retrospektif bir çalışma tasarlandı. Bu çalışma periyodunda merkezimizde toplam 3306 doğum gerçekleşti. Hastaların yaş, gravidite ve parite gibi demografik bilgileri not edildi. Tanı anındaki, doğum zamanındaki ve eğer yapıldıysa cerrahi sırasındaki gestasyonel yaş, son adet ilk günü veya bu tarih bilinmiyorsa ilk trimesterdeki ultrasonografik biyometriye göre kaydedildi. Kitlenin üç boyutlu ölçümleri milimetre cinsinden ölçüldü ve ortalama boyut bu ölçümlerin üçe bölünmesiyle elde edildi. Olgular cerrahi endikasyonlarının elektif ya da acil olmasına göre ikiye ayrıldı. Kitlelerin septasyon ve papiller projeksiyon gibi ultrasonografik özellikleri not edildi. Eğer varsa hastaneye başvuruındaki yakınmaları, serum CA-125,- β -hCG, al-

fa-fetoprotein düzeyleri toplandı. Uygulanan cerrahiye dair özellikler, doğum şekli (sezaryen ya da vajinal doğum), erken membran rüptürü ve preterm eylem gibi oluşan postoperatif komplikasyonlar ve bunların tedavisinde kullanılan yaklaşım belirtildi. Bebeklerin doğum ağırlığı ve cinsiyetleri, birinci ve beşinci dakikadaki apgar skorları, perinatal ve neonatal komplikasyonlar tanımlandı. Son olarak, cerrahi spesimenin patolojik tanısı ve intraoperatif olarak gerekli görülen olgulardaki frozen inceleme sonuçları kaydedildi. Bulunan değerler aksi belirtilmedikçe ortalama \pm SD (standart sapma) şeklinde ifade edildi. Çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi etik kurulundan onam alındı.

Bulgular

Kasım 2006 ve Ağustos 2009 arasında kliniğimize gebelikte adneksiyel kitle tanısıyla toplam on iki hasta başvurdu. Ortalama maternal yaş 24.1 ± 3.8 (19-31), ortalama gravidite 1.9 ± 0.99 (1-4) ve ortalama parite 0.67 ± 0.78 (0-2) idi. Adneksiyel kitle tanısı konduğundaki ortalama gebelik haftası 8 hafta 3 gün iken (5 hafta 5 gün-38 hafta 2 gün) cerrahi uygulandığındaki ortalama gebelik haftası 20 hafta idi (7 hafta-38 hafta 6 gün). Ortalama doğum haftası 37 haftaydı (32 hafta-38 hafta 6 gün). Ortalama doğum tartısı 3165 ± 644 gramdı (2260-4110). Ortalama birinci dakika Apgar skoru 7.5 ± 1.4 (5-9), beşinci dakika 8.7 ± 1.0 idi (7-10) (Tablo 1). Ortalama kitle boyutu ise 87.83 ± 48.18 milimetreydi (41-210). Serum CA-125 düzeyi dokuz hastada çalışıldı ve ortalama değer 41.78 ± 37.0 IU/ml bulundu (referans değerler 0-35 IU/ml) (11-130) (Tablo 1).

Toplam, on iki hastanın on birine cerrahi uygulandı. On bir hastanın dördüne (%33.3) akut batın klinik bulgu ve belirtileri olması nedeniyle acil cerrahi girişim uygulandı. Yedi hasta ise (%58.3) elektif koşullarda opere edildi (Tablo 2).

Acil olgulardan biri 31. gebelik haftasında karın ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Ultrasonda sol adnekte 132 milimetrelik hipokoik kistik kitle

görüldü. İki kez eski sezaryen öyküsü mevcuttu. Bu hasta 35. gebelik haftasında yeniden acil servise şiddetli karın ağrısı ve uterin kontraksiyon yakınmasıyla başvurdu. Buna müteakip sezaryen, sol oforektomi + appendektomi uygulandı. Normal over dokusu izlenemiyordu. Frozen kesit incelemesi ve nihai patoloji raporu ile müsinöz kistadenom tanısı kondu.

Tablo 1. Maternal ve neonatal bilgiler.

Maternal yaş (yıl)	24.1±3.8 (19-31)
Nullipar n (%)	6(%50)
Parite=1 n (%)	4(%33)
Parite=2 n (%)	2(%17)
Doğumdaki gestasyonel yaş (hafta)*	37(32-39)
Term doğum n (%)†	8(%80)
Preterm doğum n (%)†	2(%20)
Doğum ağırlığı (g)*	3165±644 (2260-4110)
Apgar skoru	
1. dk*	7.5±1.4 (5-9)
5. dk*	8.7±1.0 (7-10)

*Ortalama±standart sapma (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

†2 hasta takipten kayboldu.

Diğer üç acil olgu, adneksiyel torsiyon klinik belirti ve bulguları nedeni ile opere edildi. İkisinde intraoperatif tanı torsiyone ovaryan kitle iken (biri basit kist, diğeri ise hemorajik kist), üçüncüsünde izole tüp torsiyonu idi. Bu hastalardan ikisi ilk trimesterde opere edilirken, biri (izole tüp torsiyonu) üçüncü trimesterde opere edildi. Adneks torsiyonu nedeni ile opere edilen bu 3 olgunun ikisi adneksiyel lezyon tespit edildiğinde torsiyon klinik bulgularına sahip olmaları nedeniyle tanı alır almaz opere edildi. Üçüncü olgu ise adneksiyel kitlenin izlem sırasında torsiyone olması nedeni ile tanıdan yaklaşık bir ay sonra opere edildi. İlk torsiyon olgusu 30 hafta 1 günlük gebelik haftasında, şiddetli karın ağrısı ve akut batın bulguları ile kliniğimize başvurdu. Ultrasonografide sağ adnekte 73 milimetrelik inkomplet septasyonları olan multiloküle hipoekoik kistik kitle gözlemlendi. Laparoto-

mide sağ over normal görünümdeyken, sağ fallopian tüpün kendi etrafında iki kez dönmüş olduğu görüldü. Fallopian tüp nekrotik görünümde olmadığından detorsiyone edildi ve salpingostomi yapıldı. Bundan iki hafta sonra, 32. gebelik haftasında hasta düzenli uterin kontraksiyonlar, 3 cm servikal dilatasyon ve % 50 silinme ile başvurdu. Makat geliş endikasyonu ile sezaryene alındı ve 2700 gramlık bebek doğurtuldu.

Diğer olgu ise dokuz hafta iki günlük gebelik haftasında karın ağrısı yakınması ile başvurduğunda akut batın bulgularının olması nedeni ile opere edildi. Ultrasonografide 58 milimetrelik bi-lobüle hipoekoik kistik kitle görüldü. Acil koşullarda opere edilmesi nedeniyle CA-125 çalışılmadı. İntraoperatif tanı over torsiyonuydu. Over konjesyone, hemorajik ve boyutları artmış görünümdeydi. Over detorsiyone edildikten sonra kistektomi yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu hemorajik korpus luteum olarak geldi. Hastanın postoperatif izlemi sorunsuz geçti. Taburculuk sonrasında hasta takibimizden kayboldu.

Üçüncü torsiyon olgusu, 6 hafta 5 günlük gebelik haftasında sağ adnekte 70 mm multiseptalı anekoik kistik lezyon tanısı aldı. İzlem kararı verilen olgu, tanıdan yaklaşık bir ay sonra 10 hafta 4 günlük gebeyken akut batın belirti ve bulguları ile acil servise başvurdu. Adneksiyel torsiyon ön tanısıyla operasyona alındı. İntraoperatif olarak sağ overin infundibulopelvik ligament etrafında dönmüş olduğu görüldü. Over ödemli ve hemorajik gözükmekteyse de nekrotik görünümde değildi. Bu nedenle over detorsiyonu ve kistektomi yapıldı. Hastaya 38 hafta 6 günlükken elektif sezaryen yapıldı ve 2630 gram bebek doğurtuldu.

Yedi olgu elektif koşullarda opere edildi. Yedi olgudan altısında tanı ilk trimesterdeki rutin obstetrik ultrason muayenesi ile kondu. Biri ise üçüncü trimesterde tanı aldı. İlk trimesterde tanı alan iki hastada cerrahi elektif koşullar sağlandıktan sonra bir hafta içinde yapıldı. Bunlar-

Tablo 2. Olguların klinik özellikleri.

No	Acil / elektif- ameliyat zamanı	Tanı haftası, yakınma, klinik bulgu	Ultrason bulguları	Ameliyat haftası	Ameliyat endikasyonu	Uygulanan cerrahi, bulgular	Frozen	Nihai patoloji	Doğum haftası, tipi, endikasyon
1	Acil- Doğumda (Üçüncü trimester)	31 hafta, kasık ağrısı, akut batin, 23y, G3P2Y2	Sol adnekte 132 mm hipoekoik kistik kitle	35 hafta	Şiddetli kasık ve karın ağrısı, preterm eylem, mükerrer C/S	C/S + Sol ooforektomi + Appendektomi	Müsinöz tm	Müsinöz kist adenom	35 hafta, C/S, ağrılı mükerrer
2	Acil-Tanı anında (Üçüncü trimester)	30 hafta 1 gün, şiddetli karın ağrısı, akut karın bulguları, 20y, G1P0	Sağ adnekte 73 mm multilokule hipoekoik inkomplet septasyonlar içeren kistik kitle	30 hafta 1 gün	Adneks torsiyonu	Detorsiyon + salpingostomi, İzole sağ tüp torsiyonu,	—	—	32 hafta, C/S preterm eylem, makat geliş,
3	Acil-Tanı anında (Birinci trimester)	9 hafta 2 gün, karın ağrısı, akut karın, 30y, G4P2A1Y2	Sağ overde 58 mm bilobüle hipoekoik kistik kitle	9 hafta 2 gün	Over torsiyonu	Sağ over detorsiyonu, sağ over kist eksizyonu, over torsiyone, 6 cm'lik hemorajik kistik kitle	—	Hemorajik korpus luteum	Takipten kayıp, mükerrer C/S
4	Acil-Tanıdan bir ay sonra (Birinci trimester)	6 hafta 5 gün, akut karın, 22y, G1P0	70 mm multiseptali, kistik kitle	10 hafta 4 gün	Over torsiyonu	Detorsiyon, kistektomi, over ödemi ve hemorajik, nekrotik değil	Benign fibröz çeper	Benign kist çeperi	38 hafta 6 gün, elektif C/S
5	Elektif-Birinci trimester (Tanıdan bir hafta sonra)	8 hafta 3 gün, karın ağrısı, 22y, G2P1Y1	210 mm, hipoekoik kistik kitle, müsinöz kist adenom?	9 hafta 5 gün	Karın ağrısı, malignite şüphesi, büyük kitle, Ca125: 130	Sağ ooforektomi, appendektomi, sağda ksifoide uzanan 25x15 cm kitle (Normal over dokusu izlenmedi)	Müsinöz tümör, benign-malign ayırımı parafin blokta	Müsinöz kist adenom	37 hafta 3 gün, ağrılı mükerrer C/S
6	Elektif- Birinci trimester (Tanı anında)	7 hafta, şiddetli karın ağrısı, 26y, G1P0,	62 mm, miksekoik	7 hafta	Şiddetli karın ağrısı, torsiyon riski, torsiyon ekarte edilemedi	myomektomi	—	Leiomyoma uteri	Takipten kayıp, Doğum dış merkezde
7	Elektif- İkinci trimester (Tanıdan 6 hafta sonra)	7 hafta 2 gün, yakınma yok, kontrolde, 26y, G2P1Y1,	76 mm, hipoekoik, miksekoik, dermoid?	13 hafta 1 gün	Kitlenin 76 mm'den 85 mm'ye büyümesi, kasık ağrısı ilemesi torsiyon riski	kistektomi	Matür kistik teratom	Matür kistik teratom	Term, normal doğum
8	Elektif-ikinci trimester (Tanıdan 15 hafta sonra)	5 hafta 5 gün, yakınma yok, kontrolde, 29y, G2P1Y1	64 mm, miksekoik, dermoid?	20 hafta	Kitlenin 64 mm'den 88 mm'ye büyümesi, torsiyon riski, büyük kitle	Sol USO* (Normal over dokusu izlenmedi)	Matür kistik teratom	Matür kistik teratom	Term normal doğum
9	Elektif- Doğumda	7 hafta 5 gün, yakınma yok, kontrolde, 24y, G2A1Y0,	41 mm hipoekoik, yoğun yağ içeriği ile uyumlu papiller yapı, dermoid?	38 hafta 1 gün	Sezaryen sırasında kistektomi	Sezaryen + Kistektomi	—	Dermoid kist	38 hafta 1 gün, elektif C/S
10	Elektif- Doğumda	38 hft 2 gün, dış merkezden sevkli, ağrı, 19y, G1P0	138 mm, anekoik kist	38 hafta 3 gün	Sezaryen sırasında kistektomi	Sezaryen + kistektomi, sol adnekte 20x15 mm paraovaryan kistik lezyon izlenmedi)	—	Benign kistik oluşum (paraovaryan kist)	38 hafta 3 gün, elektif C/S, ağrılı büyük adneksiyal kitle
11	Elektif- Doğumda	İlk trimester (36 hafta 1 gün iken sevkli), yakınma yok, kontrolde, 31y, G3P1A1Y1	58 mm, septali, multiloküle	38 hafta 6 gün	Sezaryen sırasında ooforektomi	Sezaryen + ooforektomi + appendektomi (Normal over dokusu izlenmedi)	Benign müsinöz kist	Müsinöz kistadenom	38 hafta 6 gün, mükerrer C/S

C/S: Sezaryen, USO: Ünilateral salpingooforektomi

dan biri malignite şüphesi taşıyan komplike büyük kitle, diğeri ise şiddetli ağrı ileten ve adneks torsiyonu bulguları olan, intraoperatif tanısı dejenere subseröz myom çıkan hasta idi. İki elektif olgu izleme bırakıldı. Ancak izlem sırasında her iki olgu da kitle boyutlarında artış görülmesi, ağrı semptomlarının artması, torsiyon ve malignite riski nedeni ile biri altı haftalık izlem sonrası ilk trimesterin sonunda, diğeri ise 15 haftalık izlem sonrası 20. haftada opere edildi. Üçüncü trimesterde tanı konan olgu da dahil olmak üzere üç hastada adneksiyal kitleye yönelik cerrahi, sezaryen sırasında yapıldı. Bu olgulardan biri mükerrer sezaryen, diğer ikisi ise elektif sezaryendi.

Acil ve elektif koşullarda opere edilen olguların hepsinde postoperatif dönem sorunsuz seyretti. Herhangi bir postoperatif komplikasyon veya maternal morbidite ile karşılaşmadı. Cerrahiye bağlı herhangi bir obstetrik komplikasyon oluşmadı.

Bir hastada, on birinci gebelik haftasında en büyüğü 72 milimetre olan bilateral multipl basit over kistleri tanısı kondu. Overlerin görünümü ovarian hiperstimülasyon sendromunda olduğu gibiydi, fakat asit yoktu ve gebelik spontandı. Kistler gebeliğin seyrinde kendiliğinden kayboldu ve hastada herhangi bir cerrahi girişim düşünülmedi. Sezaryen sırasında da herhangi bir adneksiyal kitle görülmedi.

İki hasta adneksiyal kitleye uygulanan cerrahi sonrası takibimize gelmedi. On hastadan sekizi (%80) sezaryenle, ikisiyse (%20) vajinal yolla doğum yaptı. İki hasta preterm eylem semptom ve bulguları ile başvurdu. Bu iki hasta da acil koşullarda opere ettiğimiz hasta grubundaydı. Biri izole tubal torsiyon nedeniyle 30 hafta 1 günlük gebeyken opere ettiğimiz olguydu. Bu hasta 32. haftada preterm eylemle başvurdu. Makat geliş nedeniyle sezaryene alındı. Diğeriyse 31. haftada adneksiyal kitle tanısı konan ve 35. haftada ağrılı mükerrer sezaryen endikasyonu ile sezaryen sırasında ooforektomi + appen-

dektomi yapıp patolojisi müsinöz kist adenom çıkan hastaydı.

Üç olguda (tüm olguların %27.3'ü) patolojik tanı müsinöz kistadenom, üç olguda (%27.3) dermoid kist (matür kistik teratom) idi. Olguların üçünde adneksiyel torsiyon hali mevcuttu; birinde sağ fallopian tüp, ikisinde de benign basit kist ve hemorajik korpus luteum torsiyonu tespit edildi. Bir olguda tanı paraovaryan kist, bir olguda ise dejenere myoma uteriydi. (Tablo 3).

Tablo 3. Adneksiyal kitlelerin patolojik özellikleri (n=11).

Patolojik tanı	Olgu sayıları	
	n	%
Matür kistik teratom	3	27.3
Müsinöz kistadenom	3	27.3
Paraovaryan kist	1	9.1
Myoma uteri	1	9.1
Basit kist	1	9.1
Hemorajik korpus luteum	1	9.1
İzole tubal torsiyon	1	9.1

Olgularımızın hiçbirinde patolojik tanı malign değildi. Ancak büyük septasyonlar içeren kitle, takipte büyüyen kitle gibi malignite kuşkusunu taşıdığı için elektif koşullarda opere edilen olgularımız vardı. Ca-125 düzeyi çalışılabilen 9 olgunun dördünde sınır değer üzerinde bir düzey saptanmıştır. Olgularımızdaki maksimum Ca-125 düzeyi olan 130 IU/ml malignite şüphesi nedeniyle elektif şartlarda opere edilen komplike büyük kitlesi olan hastaya aittir. İzlemede kitle büyümesi ve ağrı semptomlarında artma olan hastalarda da artan torsiyon riski nedeniyle elektif cerrahi planlanmıştır. Ultrasonografik değerlendirmede olguların hiçbirinde solid kitle, nodüler görünüm, papiller projeksiyon, kalın septasyonlar gibi kuvvetli malignite kriterlerine rastlamadık. Patolojisi dermoid ve müsinöz kist adenom çıkan olguların hepsinde preoperatif ultrason değerlendirmesinde bu lezyonlar ön tanımlar arasında düşünülmüştü.

Tartışma

Olgu serimizde, 12 hastanın 3'ünde (%25) adneksiyal torsiyon endikasyonu ile acil laparotomi gereksinimi duyuldu. Birinde izole tubal torsiyon saptanırken, over detorsiyonu ve ardından kistektomi yaptığımız diğer iki olguda patoloji sonucu hemorajik korpus luteum ve benign-fonksiyonel ovaryan kist şeklindeydi. Diğer serilerde torsiyon sıklığı %1 ile %22 arasında büyük değişkenlikler göstermektedir.⁴ Gebelikte adneksiyal torsiyon, uterus gerçek pelvisin dışına doğru büyümekte iken sıklıkla ilk trimesterde görülmektedir. Bununla beraber, ikinci trimesterde ve nadiren de üçüncü trimesterde rastlanan torsiyon vakaları bildirilmiştir.

Literatüre bakıldığında, gebelikte en sık rastlanan adneksiyel kitlelerin dermoid kistler olduğu görülmektedir ve torsiyona neden olma eğilimleri daha sıktır. Gebelikte saptanan adneksiyel kitlelerin %37'sini oluştururlar. Kistadenomlar %24, persistan korpus luteum kistleri %20, paraovaryan kistler %5, endometrioma %5, leiomyomlar %5 sıklığında görülmektedirler. Malign tümörlerse serilerde %5.9'a varan sıklıkta rastlanmaktadır.⁵ Bizim serimizde en sık görülen patolojik tanılar dermoid kist (matür kistik teratom) (%27) ve müsinöz kistadenomdur (%27). Diğer patolojik tanılarsa paraovaryan kist, benign-fonksiyonel ovaryan kist, hemorajik korpus luteum ve leiomyoma uteridir. Olgularımızın hiçbirinde malign kitleye rastlanmamıştır.

Gebelikteki adneksiyal kitlelerin yönetimi halen tartışmalı bir konudur. Cerrahi ve gözlem iki yaklaşım seçeneğidir, ancak ortaya konmuş standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Malignite kuşkusuna varsa, torsiyon riski varsa, kist rüptürü ya da doğum obstrüksiyonu mevcutsa cerrahi tercih edilmektedir. Bazen de, maternal morbidite ve kötü fetal-neonatal sonuçlardan kaçınmak adına lezyonun gözlemlenmesi optimum yaklaşım yolu olarak görülmektedir. Ancak gözlemsel yaklaşım ise malignite ta-

nısının gecikmesi, torsiyone olmuş veya rüptüre olmuş kitlelerde acil cerrahi girişim ihtiyacı doğurması gibi riskleri taşımaktadır.

Gebelikteki adneksiyal kitlelerde, normal gebelikteki yükselmiş ve dalgalanma gösteren düzeylerinden dolayı tümör belirteci olarak CA-125 sınırlı bir değere sahiptir. Bu çalışmada da malignite riskinin değerlendirilmesi açısından tümör belirteçlerinden ziyade ultrasonografik kriterler esas alınmıştır. β -hCG ve alfafetoprotein gibi diğer belirteçler gebelik sırasında tümör belirteci olmaktan çok fetal gözlem için kullanılmaktadır.⁶ Bu nedenle gebelikteki adneksiyal kitlelerde malignite tanısında tümör belirteçlerinin yeri sınırlıdır. Gebelik sırasında da kullanılacak yeni tümör belirteçlerinin saptanacağı ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmanın bir limitasyonu; ameliyathane ve doğumhane kayıtları referans alınarak olguların çıkarılması ve bu nedenle takipte regrese olan, semptom vermeyen, göreceli olarak küçük özellikle 5 cm'nin altındaki fonksiyonel kistlerin çalışma dışında kalmış olmasıdır. Serimizdeki vakaların biri dışında hepsine cerrahi uygulanmasının nedeni ameliyathane ve doğumhane kayıtları baz alındığı için seçim biasına bağlıdır. Elektif vakalarda torsiyon ve malignite riskleri cerrahi endikasyonu oluşturarak, sezaryen sırasında kistektomi yapılan olguların biri mükerrer sezaryen, diğer iki olgu ise hasta istemi ile elektif sezaryen planlanan olgulardır.

Hess ve arkadaşları gebelikte adneksiyal kitle saptanan olguların %28'inde torsiyon veya rüptür nedeni ile acil cerrahi girişimin gerekli olduğunu ve bunların %40'ında da postoperatif dönemde düşük veya preterm eylem gibi kötü gebelik sonucu ile karşılaşılacağını, elektif şartlarda opere edilen olguların ise sadece %1'inde kötü gebelik sonucu ile karşılaşılacağını belirtmişlerdir.⁷

Serimizde 12 hastanın 11'ine cerrahi uyguladık. Dördünde (%33) cerrahi acil koşullarda yapıldı. Üçünde (%25) adneksiyel torsiyon kliniği mevcuttu ve birinde 132 milimetrelik bir kitley-

le birlikte akut batın kliniği vardı. Acil cerrahi grubunda bir hastada postoperatif 2. haftanın sonunda preterm eylem ve doğum izlendi. Cerrahiden 2 hafta sonra görüldüğü için acil girişimin komplikasyonu olarak değerlendirilmedi. Sayı yetersiz olmakla beraber, elektif ve acil cerrahi grupları karşılaştırıldığında maternal ve fetal-neonatal bulgular açısından anlamlı farklılık gözlenmedi. Diğer serilerdeki bulgularla karşılaştırıldığında, elektif ve acil cerrahi gruplarındaki perinatal bulgular, bizim bulgularımızla benzerlik göstermekteydi. Ayrıca, serimizde herhangi bir postoperatif komplikasyon ve maternal morbiditeyle karşılaşılmadı.

Sonuç

İlk trimesterde görülen adneksiyal kitlelerin çoğunluğu korpus luteum kistleridir ve ikinci trimesterin başında kendiliğinden gerileyerek kaybolmaları beklenir. İkinci trimesterin ötesinde sebat eden adneksiyel kitlelerse torsiyon ve rüptüre olma riskleri ve taşıdıkları potansiyel obstetrik riskler nedeniyle dikkat çekici olmaktadır. Ayrıca, altta yatan bir maligniteyi gözden kaçırma riski de mevcuttur. Bu seride cerrahiye bağlı herhangi bir maternal ya da fetal-neonatal riskle karşılaşılmamıştır, ancak cerrahi yaklaşım yukarıda bahsedilen riskleri bulunduran hastalarla sınırlandırılmalıdır. Konservatif yaklaşım ise torsiyon, rüptür gibi nedenlere bağlı akut batına yol açmayan veya akut karın

riski yüksek olmayan adneksiyal kitleleri olanlarda ve klinik ya da radyolojik açıdan malignite bulguları taşımayan olgularda tercih edilmelidir. Gebelikteki adneksiyal kitlelere yaklaşım halen güçlük yaşanan, tartışmalı bir konudur. Yönetimde daha net algoritmalar oluşturulabilmesi için daha geniş kapsamlı serilere ve daha çok sayıda çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol* 2006; 101: 315-21.
2. Turkuoglu I, Meydanli MM, Engin-Ustun Y, Ustun Y, Kafkasli A. Evaluation of histopathological features and pregnancy outcomes of pregnancy associated adnexal masses. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29: 107-9.
3. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 46: 52-4.
4. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 463-70.
5. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A, Gogas L, Aravantinos L, Vitoratos N. Adnexal torsion during pregnancy: report of four cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34: 683-7.
6. Yen CF, Lin SL, Murk W, et al. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 91: 1895-1902.
7. 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.