

Fetal Ovaryan Kistlerde Tanı ve Takip

Tansu KÜÇÜK, Müfit Cemal YENEN, Murat DEDE, İskender BAŞER, Ali ERGÜN
GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Etlik-Ankara

ÖZET

FETAL OVARYAN KİSTLERDE TANI VE TAKİP

Amaç : Bu sununun amacı fetal ovaryan kistlerde kist büyüklüğü ve karakterinin prognozla olan ilişkisini incelemektir.

Yöntem: 9 aylık süre içinde 4 gebelikte fetal ovaryan kist ultrasonografik olarak saptandı. Tanı konduğu zamandaki ortalama gestasyonal yaş 32.5 idi (30-34). Her 4 olguda da diabetes mellitus gibi maternal ya da hipertiroidizm veya plasentomegali gibi fetal bir risk faktörü yoktu. Tüm kistler unilateraldi ve beraberlerinde başka bir fetal anormali saptanmadı. Tanı konduğu andaki ortalama kist çapı 61 mm (54-71) idi. Olguların tümü antenatal haftalık kontrollere çağırılmış ve doğumdan sonra da takip edilmiştir.

Bulgular: Başlangıçtaki kist çapları 54 mm ve 55 mm olan iki olguda haftalık takiplerde kistin büyümediği ve birinin postpartum 6'ncı haftada, diğerinin ise postpartum 8'inci haftada spontan gerilediği izlenmiştir. Her iki olgu merkezemizde normal doğum yapmıştır. Başlangıçtaki kist çapı 71 mm olan bir olguda; 2 haftalık takipte kistin her hafta ortalama 4 mm büyüdüğü izlenmiş ve iç ekojenitesinin değişerek kanama sonucu oluşan fibrini temsil eden hiperekojen bölgelerin ortaya çıktığı görülmüştür. Bu olgu; oksitosin indüksiyonu ile 36'ncı gebelik haftasında vajinal doğum yapmış, doğumdan sonra neonatal cerrahi ile hemorajik over kisti ekstirpe edilmiştir. Başlangıçtaki kist çapı 66 mm olan bir olguda; haftalık takiplerde kistin ortalama 5 mm büyüdüğü ve fetal abdomende gezdiği izlendi. Başka bir merkezde doğum yapan olguya elektif sezaryen uygulandı. Postpartum dönemdeki neonatal cerrahide torsiyone overde kistektomi yapıldığı bildirildi.

Sonuç: Fetal ovaryan kistler genellikle 3'üncü trimesterde ortaya çıkan izole anomalilerdir. Takiplerde kist çapının büyümesi ve iç ekosunun değişmesi komplike olacaklarının kuvvetli bir göstergesidir. Bu tür olgularda neonatal cerrahi ekarte etmek ve overi koruyabilmek için intrauterin dönemde iğne ile dekompresyon yapılması iyi bir yaklaşım gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fetal ovaryan kist, Antenatal tanı, İdare, Komplikasyon.

SUMMARY

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF FETAL OVARIAN CYSTS

Objective: The aim of the present study was to evaluate the outcome of fetal ovarian cysts in relation to their ultrasonic appearance and size.

Material and Methods: Four fetal ovarian cysts were diagnosed in 4 fetuses in 9 months period of time. Mean gestational age at the time of diagnosis was 32,5 weeks (30-34). There was no history of maternal risk factors such as diabetes mellitus or fetal risk factors such as hyperthyroidism of placentomegaly. All cysts were unilateral and were isolated without any additional fetal defects. Mean cyst diameter was 61 mm (54-71) at the time of diagnosis. They were followed with serial ultrasonograms in utero and after birth until spontaneous or surgical resolution.

Results: There was no enlargement in two anechoic cysts with initial diameters of 54 and 55 mm. Both resolved spontaneously at 6th and 8th postnatal week, respectively. In another instance with an initial diameter of 71 mm we observed enlargement 4 mm/week and change of inner echo for echoic parts probably representing fibrine formations. The newborn was transferred for neonatal surgery following induced vaginal birth at 36th week of gestation. Laparotomy revealed a haemorrhagic ovarian cyst and it was resected. The forth case with 66 mm initial cyst diameter was associated with enlargement 5 mm per week and we diagnosed as ovarian torsion. The patient had a Caesarean delivery at another center and postpartum neonatal surgery confirmed our diagnosis of ovarian torsion.

Conclusion: Echogenic fetal ovarian cysts should be always surgically removed. Cyst enlargement and inner echo change are strong indicators of complication. The outcome of anechoic cysts depends on the size at dignosis, and serial ultrasonographic assessment is recommended. Antenatal fine needle aspiration of the cyst seems like appropriate mode of management in selected cases.

Key Words: Fetal ovarian cyst, Prenatal diagnosis, Management, Complication.

Fetal gonadotropinler, maternal estrogen ve plental koryonik gonadotropinlerin etkisi altında kalan fetal ovaryumda kistler oluşabilir. Büyüklükleri değişkendir ve genellikle üçüncü trimesterde ortaya çıkarlar. Ovaryan kistlerin en sık görülen komplikasyonu torsiyondur. Neonatal ovaryan kistlerde torsiyon insidansı % 50-%78 arasında bildirilmiştir (1). Bu yüksek komplikasyon insidansı yenidoğanlarda erken cerrahi girişimi sıklıkla gerekli kılmaktadır. Ovaryan dokuyu korumak amacıyla ovaryan kist torsiyone olmadan önce dekompresyon yapılmalıdır. İn utero ovaryan kist dekompresyonu ilk defa 1975'te Valenti ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (2). Daha sonra bu içerikte birçok çalışma bildirilmiştir. Ancak, hangi kistlerin dekompresyon edilmesi gerektiği konusunda bir görüş birliği yoktur.

Bu sununun amacı fetal ovaryan kistlerde, kist büyüklüğü ve karakterinin prognozla olan ilişkisini incelemektir.

MATERYAL VE METOD

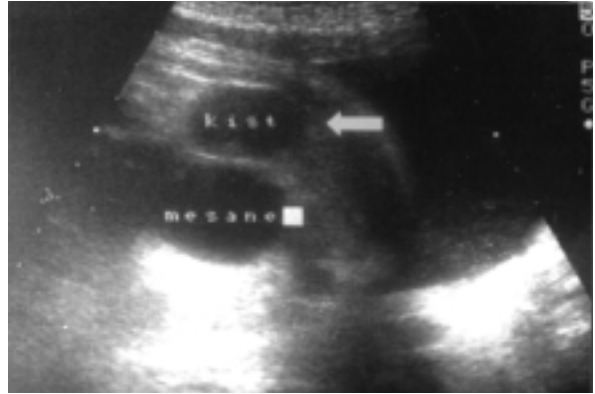
Dokuz aylık süre içinde Anabilim Dalımız Antenatal Polikliniğine başvuran 4 gebelikte yapılan rutin ultrasonografide intraabdominal kistik kitle saptandı. Yüksek riskli gebelik bölümünde, 3. düzey ultrasonografik muayene yapılan olgularda bu oluşumların fetal ovaryan kist olduğuna karar verildi. Sonraki takipleri yüksek riskli gebelik bölümünde konsültan bir hekim tarafından yapıldı. Her kontrolde rutin ultrasonografi ve fetal biometriyi takiben fetal ovaryan kistin boyutları, kenar düzeni, papiller yapı varlığı ve iç ekojenitesi yeniden incelenmiş ve kaydedilmiştir. Ayrıca, rutin tetkiklere ek olarak hem maternal hem de fetal yüksek risk faktörleri taranmış ve olası ek anomaliler dikkatlice aranmıştır. Olguların tümü antenatal haftalık kontrollere çağrılmış ve doğumdan sonra da takip edilmiştir.

BULGULAR

Tanı konduğu zamandaki ortalama gestasyonel yaş 32.5 hafta idi (30-34). Her 4 olguda da, diabetes mellitus gibi maternal ya da hipertiroidizm veya plasentomegali gibi fetal bir risk faktörü yoktu. Tüm kistler unilateraldir ve beraberlerinde başka bir fetal anomali saptanmadı. Tanı konduğu andaki ortalama kist çapı 61 mm (54-71) idi.

Olgu 1

28 Yaşında, medikal ve cerrahi öyküsü olaysız, rutin tetkiklerinde herhangi bir özellik yok. Birinci gebeliği, gebeliğinin 8'inci haftasından başlayarak düzenli olarak kontrollere gelmiş. 30 haftalık iken yapılan kontrolde, intraabdominal kistik kitle sap-



Resim 1: 30 haftalık fetusta 54 mm'lik kistik kitle.

tanarak yüksek riskli gebelik bölümüne gönderilmiş. Burada yapılan detaylı ultrasonografisinde 54 mm çaplı kistik kitlenin ovaryan kaynaklı olduğu saptandı. Haftalık kontrollerde kistin büyümediği görüldü; 39'uncu gebelik haftasında merkezimizde spontan vajinal doğum yaptı. Yenidoğan takiplerinde postpartum 6'ncı haftada kistin spontan gerilediği görülerek izlem bırakılmıştır.

Olgu 2

25 Yaşında, medikal öyküsü olaysız, cerrahi öyküsünde 7 yıl önce geçirilmiş apendektomi operasyonu var. Rutin biokimyasal analizlerdi tümüyle normal. Birinci gebeliği, gebeliğinin 12'nci haftasından başlayarak düzenli olarak kontrollere gelmiş. 32 Haftalık gebelik iken yapılan kontrolde intraabdominal kistik kitle saptanarak yüksek riskli gebelik bölümüne gönderilmiş. Burada yapılan detaylı ultrasonografisinde, 55 mm çaplı kistik kitlenin ovaryan kaynaklı olduğu saptandı. Haftalık kontrollerde kistin büyümediği görüldü; 41'inci gebelik haftasında merkezimizde spontan vajinal doğum yaptı. Çocuk cerrahisi bölümünde yapılan kontrollerinde postpartum 8'inci haftada kistin spontan gerilediği görülerek izlem bırakılmıştır.



Resim 2: 32 haftalık fetusta 55 mm'lik kistik kitle.

Olgu 3

27 yaşında, medikal ve cerrahi öyküsü olaysız. 2 yıl önce 9 haftalık gebelik iken, isteğe bağlı D&C uygulanmış. Biokimyasal testleri normal, ikinci gebeliği; 14'üncü haftadan başlayarak bir başka merkezde antenatal kontrollere gitmiş. 34 haftalık gebelik iken, yapılan kontrolde intraabdominal kistik kitle saptanarak merkezimize sevk edilmiş. Yüksek riskli gebelik bölümünde yapılan detaylı ultrasonografisinde; 71 mm çaplı kistik kitlenin ovaryan kaynaklı olduğu saptandı. Haftalık kontrollerde kistin her hafta ortalama 4 mm büyüdüğü ve iç ekojenitesinin değişerek kanama sonucu oluşan fibrini temsil eden hiperekojen bölgelerin ortaya çıktığı görüldü; 36'ncı gebelik haftasında merkezimizde oksitosin indüksiyonu ile vajinal doğum yaptı. Doğumdan hemen sonra neonatal cerrahi ile hemorajik over kisti ekstirpe edilmiş ve sağlam over dokusu korunmuştur.

Olgu 4

32 Yaşında, medikal öyküsü olaysız; cerrahi öyküsünde 5 yıl önce sağ overden laparoskopik kist ekstirpasyonu var, patolojik incelemede basit seröz kist tanısı almış. 3 yıl önce bir doğumunda 40 haftalık normal vajinal doğum yapmış, erkek be-



Resim 3: 34 haftalık fetusta 71 mm'lik hemorajik kistik kitle.



Resim 4: 34 haftalık fetusta 66 mm'lik torsiyone kistik kitle.

bekte herhangi bir anomali yok, 3 yaşında ve sağlıklı. Biokimyasal testleri normal. İkinci gebeliği de 12'nci haftadan başlayarak antenatal kontrollere gelmiş. 34 haftalık gebelik iken yapılan rutin ultrasonografide intraabdominal kistik kitle saptanarak yüksek riskli gebelik bölümüne sevk edilmiş. Yapılan detaylı ultrasonografisinde 66 mm'lik, batında gezen fetal ovaryan kist görüldü. Haftalık takiplerde kistin ortalama 5 mm büyüklüğü ve fetal abdomende gezdiği izlendi. Başka bir merkezde doğum yapan olguya elektif sezaryen uygulandı. Postpartum dönemdeki neonatal cerrahide, torsiyone overde kistektomi yapıldığı bildirildi.

TARTIŞMA

Fetal ovaryan kistlerdeki yüksek komplikasyon insidansı, yenidoğanlarda erken cerrahi girişimi sıklıkla gerekli kılmaktadır. Ovaryan dokuyu korumak amacıyla ovaryan kist torsiyone olmadan önce dekompresyon yapılmalıdır. İn utero ovaryan kist dekompresyonu ilk defa 1975'de Valenti ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (2), ancak, hangi kistlerin dekompresyon edilmesi gerektiği konusunda bir görüş birliği yoktur.

Crombleholme ve ark.'nın 7 olguluk serisinde (3) in utero dekompresyon yapılabilen iki olguda da torsiyonun önlenmediği ve rekürrens olmadığı bildirilmiştir. Hangi kistlerin dekompresyon edileceğine dair şu kriterleri ortaya koymuşlardır: I) ≥ 4 cm anakoik kistler II) seri ultrasonogramlarda batında gezindiği görülen kistler, III) hızlı büyüyen kistler (haftada 1 cm'den fazla). Öte yandan, Giorlandino ve ark. 41 olguluk çalışmalarında ekojenik kistlerin tümünün girişim gerektirdiği sonucuna varmışlardır (4).

Fetal ovaryan kistler, genellikle 3'üncü trimesterde ortaya çıkan izole anomalilerdir. Takiplerde kist çapının büyümesi ve iç ekosunun değişmesi komplike olacaklarının kuvvetli bir göstergesidir. Bu tür olularda neonatal cerrahiye ekarte etmek ve overi koruyabilmek için intrauterin dönemde iğne ile dekompresyon yapılması iyi bir yaklaşım gibi görünmektedir. Bu bulgular ışığında, kist çapında büyüme izlediğimiz iki olguda prenatal dönemde yapılabilecek bir aspirasyon ile neonatal cerrahinin önlenebileceği sonucuna varılabilir.

KAYNAKLAR

1. Nussbaum AR, Sanders RC et al: Neonatal ovarian cysts: Sonographic-pathologic correlation. Radiology 1988, 168: 817.
2. Valenti C, Kassner EG et al: Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cysts. Am J Obstet Gynecol 1975, 15: 216.
3. Crombleholme TM, Craigo SD et al: Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. J Pediat Surg 1997, 32: 1447.
4. Giorlandino C, Bilancioni E et al: antenatal ultrasonographic diagnosis and management of fetal ovarian cysts. Int J Gynecol Obstet 1994, 44: 27.