

# Gebelikte Bilateral Ovaryal Kitle: Olgu Sunumu

Hasan ŞAHİNER\*, Mekin SEZİK\*, Okan ÖZKAYA\*, Nermin KARAHAN\*\*, Hakan KAYA\*

\* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - ISPARTA

\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı - ISPARTA

## ÖZET

### **GEBELİKTE BİLATERAL OVARYAL KİTLE: BİR OLGU SUNUMU**

**Giriş:** Adneksiyal kitleler gebeliklerin 1/600'inde görülmelerine karşılık bunların malign olma riski yaklaşık %5-6 civarındadır. Ultrasonografinin klinik kullanıma girmesi ile gebelikte adneksiyal kitle görülme sıklığı artmıştır. Yine de hekimlerin gebelik takiplerinde yeteri kadar overleri değerlendirmemeleri sonucunda bu vakaların bir çoğu atlanabilmektedir.

**Olgu:** Biz son adet tarihine göre 38 haftalık bir gebede saptanan sağ ovaryal immatür teratom ve sol ovaryal benign kistik oluşum vakasını sunduk. Olguda sağ overde 24x20 cm ebatlarında çoğunlukla immatür alanlar içeren çoğunlukla nöroblastik dokudan oluşan immatür teratom tanısı alan kitle vardı.

**Sonuç:** Ovaryan kitlelerde takip veya cerrahi tedavi yapılabilir. Gelişebilecek komplikasyonlar açısından ikinci trimesterde yapılan cerrahi tedavi daha fazla önerilmektedir. İlerleyen gebelik haftalarında ve acil şartlarda yapılan cerrahi işlemlerde komplikasyon oranları arttığı için tüm gebelerin erken dönemlerden itibaren yakın takibi ve takiplerde sadece obstetrik açıdan değil, diğer batin içi organların ve overlerin de dikkatlice değerlendirilmesi önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik, Ovaryan kitle, İmmatür teratom, Ultrasonografi

## SUMMARY

### **BILATERAL OVARIAN MASS IN PREGNANCY: A CASE REPORT**

**Background:** Adnexial masses complicate 1/600 of pregnancies with a malignancy risk of about 5-6 %. The detection of adnexial masses during pregnancy has increased following routine use of ultrasonography in clinical practice. However many cases are missed, as ovarian visualisation is not properly performed during obstetric ultrasonography.

**Case:** We present a 38-week-pregnant woman with right ovarian immature teratoma coexisting with left benign cystic mass. The immature teratoma was 24x20 cm in size and included neuroblastic tissue dominated by immature areas

**Conclusion:** Follow-up or surgery is a treatment option for ovarian masses detected in pregnancy. Surgery in the second trimester might be considered in order to prevent possible complications. Early ultrasound and careful screening for adnexial masses during pregnancy need to be carried out, as emergency surgery in the third trimester is associated with considerable morbidity.

**Key words:** Pregnancy, Ovarian mass, Immature teratoma, Ultrasonography

**A** dneksiyal kitleler gebeliklerde yaklaşık 1/600 oranında görülmekle birlikte, bunların malign olma riski düşüktür (1). Over kanseri yaklaşık her 10.000-25.000 canlı doğumda 1-15

oranında görülmektedir ve bunların çoğunluğunu epitelyal tümörler oluşturmaktadır (2,3). Ultrasonografinin klinik kullanıma girmesi ile gebeliklerde kitle saptama oranları artmıştır (3). Gebelikte saptanan ovaryan kitlelerde takip ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Çünkü gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimin hem anneye hem de fetüse istenmeyen etkileri olabilirken,

**Yazışma Adresi:** Hakan Kaya

SDÜ Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

32040 Isparta

e-mail: drbakankaya@yahoo.com

hiç girişim yapmadan takip edilerek bırakılanlarda kitle malign ise kanserin yayılması veya akut batın oluşturan torsiyon gibi komplikasyonların gelişmesine neden olunabilmektedir (4). Gebeliğin özellikle ilk trimesterinde basit ovaryan kistik oluşum sık görülmekle beraber 3 cm'nin altındaki bu kistik oluşumlar genellikle 16. haftadan önce kaybolmaktadır. Gebeliğin ilerleyen haftalarında gestasyonel yaş artışıyla beraber over kisti sıklığı istatistiksel olarak azalmaktadır (5).

Tedavi ve takip planı yapılırken gebelik yaşı, kitlenin boyutu, ultrasonografik görüntü bulguları önem taşımaktadır (3). Yapılan çalışmalarda tedavide en uygun zaman olarak 2. trimester gösterilmektedir. Tedavide hem anne hem de fetus açısından daha az risk taşıdığı için laparoskopik yaklaşım kullanılabilirken, gebeliğin ilerleyen haftalarından laparoskopik girişimde zorluklar yaşanmakta ve komplikasyon oranları artmaktadır (6). İster laparotomi, ister laparoskopik girişim yapılsın ilerleyen gebelik haftalarında hem işlemin zorluğu, hem de komplikasyon oranlarının fazlalığı nedeniyle tüm gebelerin erken dönemde yakın takibi ve ultrasonografi ile sadece obstetrik açıdan değil, diğer batın içi organlar ve overler açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

Biz gebelik takibinde adneksiyal alanlarında değerlendirilmesinin önemini vurgulamak amacıyla; ilk tanısı kliniğimizde koyulmuş 38. gebelik haftasında saptanan bilateral ovaryal kitlesi bulunan bir vakayı literatür verileri ışığı altında sunduk.

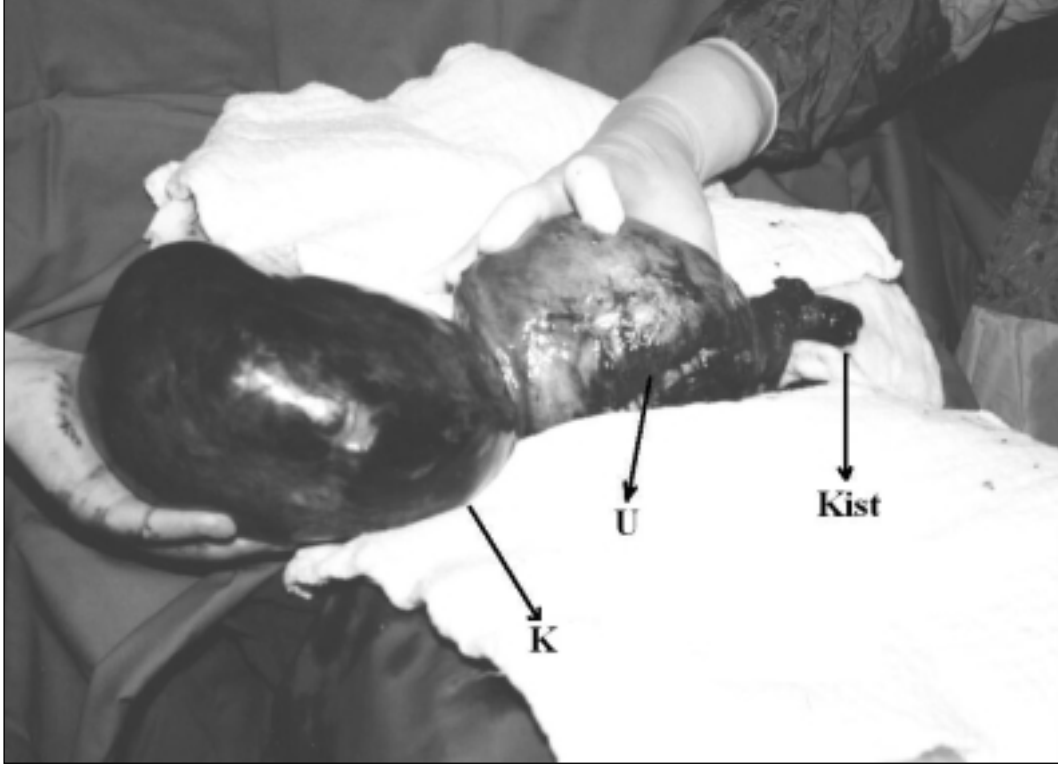
## OLGU SUNUMU

Gravida 4, parite 2 ve son adet tarihine göre 38 hafta 3 günlük gebeliği olan hasta polikliniğimize sevk edildi. Hastanın özgeçmişinde iki kez geçirilmiş sezaryen operasyonu dışında bir özellik yoktu. İlaç veya sigara kullanımı ve bilinen bir sistemik hastalık öyküsü bulunmuyordu. Aile hikayesinde önemli bir özellik yoktu. Hastanın bu gebeliğinde 1. trimester ve ikinci trimesterde iki kez kontrole gittiği bundan başka kontrolünün yapılmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan obstetrik muayenesinde uterusun miadında cesamette fetusun baş prezentasyonda olduğu, ult-

rasonografide ise günü ile uyumlu normal gelişimli fetus ile sağ overden kaynaklanması muhtemel karaciğer altına kadar ilerlemiş yer yer hipoekojen alanlar içeren daha çok solid görünümlü 20 x 18 cm ebatlarında kitle saptandı. Mükerrer sezaryen ve overyal kitle tanısıyla hastaya laparotomi yapıldı. Fetus çıkarılıp uterus kapatıldıktan sonra yapılan gözlemde sağ overden kaynaklanmış, kendi üzerine torsiyone olmuş 24 x 20 cm ebadında kırmızı mor renkli, daha çok solid kıvamında kitle ile, sol overde muhtemelen endometriyoma olabilecek 3 x 4 cm ebatlarında kistik oluşum izlendi (Resim 1).

Kitle eksize edildi, sol overdeki kiste kistektomi uygulandı. Cerrahi evreleme için yapılan eksplorasyonda diğer batın içi organların normal olduğu ve retroperitoneal alanda ele gelen lenf nodunun bulunmadığı saptandı. Omentum ve peritoneal alanlar dikkatli olarak değerlendirildi ve peritoneal yüzeyde herhangi bir implanta rastlanmadı.

Kistin patolojik incelenmesinde; makroskopide 24 x 18 x 13 cm ebatlarında üzeri kapsüllü görünümde, kırmızı, mor renkli 1680 gr ağırlığında nodüler kitle yapısı vardı. Yapılan kesitlerde kesit yüzeyinin kırmızı-kahverengi renkte olduğu ve yaygın kanama alanlarının bulunduğu saptandı. Kitlenin bir alanında 2.5 cm çapında kistik alan ve bu kist duvarında deri dokusu, kıl yapıları ve kıl yapıları altında sarı renkte yağ dokuları görüldü. Mikroskopik incelemede, over kapsülünün sağlam olduğu, yüzeyde fibröz, kapsül altında geniş alanda solid tabakalar oluşturmuş vasküler yapıdan zengin stromaya sahip yer yer damarlar çevresinde dizilim yapmış hücrelerden oluşan tümör dokusu saptandı. Tümör hücreleri uniform, küçük yuvarlak oval şekilli, sitoplazma sınırı seçilemeyen hücrelerdi. Tümör dokusunun histolojik değerlendirilmesinde grade III olarak belirlendi. Tümör dokusu başlıca nöroblastik dokudan ve bu dokunun bir kenarında deri- deri ekleri, müköz glandlar, kıkırdak dokusu, kemik dokusundan oluşmaktaydı. Tümör dokusu çoğunlukla immatür ve fokal birkaç alanda matür dokudan oluşmaktaydı (Resim 2). İmmün histokimyasal boyamada nöron spesifik enolaz (NSE) pozitifliği vardı (Resim 3). Sol overden alınan dokunun patolojik incelemesinin-



Resim 1: Operasyon sırası görüntü (K: Sağ overde kitle, U: Uterus)

de ise, kist duvarında yüzeye yakın alanlarda eski ve yeni kanama alanları, çok sayıda hemosiderinli histiyositlerin, mikst iltihabi hücrelerin ve konjesyone vasküler yapıların olduğu benign kistik oluşum izlendi. Sol overden alınan dokularda malignite ile uyumlu bulgular yoktu. Postoperatif dönemde hasta takip ve tedavi planı için tekrar başvurmadı ve hasta ile olan bağlan-tımız koştı.

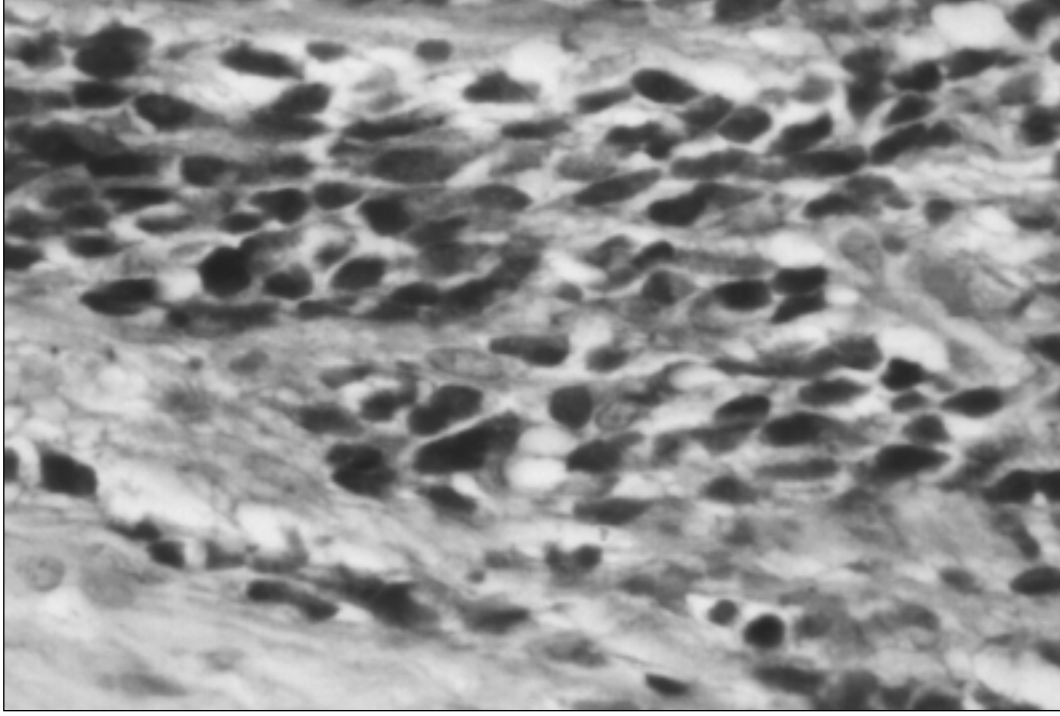
### TARTIŞMA

Adneksiyal kitleler gebeliklerin yaklaşık 1/600'inde görülürken bunların malign olma riski yaklaşık % 5-6 civarındadır (1,4). Özellikle ultrasonografinin yaygın kullanılmasından sonra gebelikte adneksiyal kitle saptanması oranı artmıştır (3). Yinede bizim vakamızda olduğu gibi gebelik takiplerinin sadece obstetrik açıdan yapılması, beraberinde adneksiyal alanların değerlendirilmemesi sonucunda birçok vaka atlanabilmektedir. Saptanan adneksiyal kitleler kistik olabilirken, semisolid veya solid kitlelerde görülebilir. Basit görünlü kistik kitleler genellikle kendiliğinden kaybolmasına rağmen, 6 cm'den

daha büyük olan ve torsiyon gibi acil müdahale yapılması gereken durumlarda ultrasonografi eşliğinde aspirasyon yapılabilir. Kist içeriği sitolojisi negatif gelen vakalarda takip yeterlidir (7).

Tanıda detaylı ultrasonografik inceleme önemlidir. Hill ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada 13 ve 42. haftalar arasındaki 7996 gebe kadını ultrasonografik olarak değerlendirmişler ve over kisti oranını 2. ve 3. trimester için %4.1 olarak bulmuşlardır. Over kistlerinin gestasyonel yaş ilerledikçe görülme sıklığının azaldığını ve kompleks kistlerden en sık benign kistik teratom'un görüldüğünü vurgulamışlardır (5).

Toplam 6636 gebe kadının değerlendirildiği bir çalışmada 79 hastadaki 82 adet kist değerlendirilmiş, bunların 68'inde tanı anında hiçbir semptom olmadığı, vakaların %72'sinin ise 1. trimesterde bulunduğu belirtilmiştir. Kistlerin yarısının takip sırasında kaybolduğunu ve toplam 82 kistin %3.6'sında, persiste eden kistlerin ise %10'unda borderline over kanseri saptadıklarını vurgulamışlardır (8). Bu çalışmada vakaların %86'sında tanı anında hiç klinik semptom olmadığından saptanması, gebe takiplerinde overlerin



*Resim 3: İmmatür tümör hücre çekirdeklerinde nöron spesifik enolaz pozitifliği (NSEX-400).*

de değerlendirilmesinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Adneksiyal kitlelerin büyük çoğunluğunun basit kistik kitleler oluştururken, geri kalanların çoğunluğunu matür kistik teratomlar oluşturmaktadır. Sherard ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bu oranlar farklı olarak bildirilmiş, vakaların %50'sinin matür kistik teratom olduğu ve malignite riskinin literatür verilerine göre 2 kat yüksek olarak %13 oranında bulunduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada solid kitlelerin malignite riskinin %33 olduğu bulunmuştur (3).

Adneksiyal kitlelerde gebelikte tedavi planlanması tartışmalıdır. Gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimlerin hem annede hem de fetüste istenmeyen yan etkiler oluşturabileceği, bekleme tedavisinde ise kanserin yayılması veya komplikasyonların gelişmesi görülebilmektedir (4).

Platek ve arkadaşları yaptıkları çalışmada özellikle 16. haftadan sonra persiste eden kitleler değerlendirilmiş, persiste eden kitlenin % 59'una cerrahi girişim, %41'ine ise konservatif yaklaşım uygulanmıştır. Cerrahi yapılan hastaların %47'sinde fonksiyonel kist, %31'inde matür

kistik teratom bulunmuştur. Aynı çalışmada gebelikle beraber ovaryan kanser insidansının düşük, cerrahi girişimle beraber gebelik komplikasyonlarının artışından dolayı, bu hastalarda cerrahi girişim öncesi iyi değerlendirmenin gerekliliği belirtilmiştir (9). Acil şartlarda yapılan cerrahi girişimlerde gebelik kaybı ve erken doğum riski yüksektir. Bu nedenle de bu vakaların rutin gebelik takipleri sırasında tanının konup uygun şartlarda tedavilerinin yapılması önemlidir.

Cerrahi tedavide hem laparoskopi, hem de laparotomi kullanılabilirken, obstetrik komplikasyonların düşük olması, hastanede kalış süresi ve postoperatif komplikasyonların azlığı nedeniyle laparoskopik yaklaşım tercih sebebidir. Ama ilerleyen gebelik haftalarında laparoskopik girişimde zorluklar oluşmakta ve bu nedenle erken gebelik haftalarında girişim yapılması önerilmektedir. Toplam 47 adneksiyal kitlesi olan gebe hastaya laparoskopik müdahale yapıldığı bir çalışmada hem 1. trimester, hem 2. trimester, hem de 3. trimesterde girişim yapılan hastalar olmuş ve her dönemde laparoskopinin güvenle kullanılabileceği belirtilmiştir (6).

İster laparotomi, ister laparoskopik girişim yapılsın ilerleyen gebelik haftalarında hem işlemin zorluğu, hem de komplikasyon oranlarının fazlalığı nedeniyle tüm gebelerin gebeliğin erken döneminden itibaren yakın takibi ve ultrasonografi ile sadece obstetrik açıdan değil, diğer batin içi organlar ve overler açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

Sonuç olarak çalışmamızda, gebeliklerin takibinde adneksiyal bölgelerin değerlendirilmesinin önemli olduğunu ve bu dönemde yakalanan kitlelerin takibi ve elektif şartlarda tedavisi ile meydana gelebilecek olan anne ve fetüse ait komplikasyon oranlarının azaltılabileceğini vurgulamak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Schnee DM. The adnexal mass in pregnancy. *Mo Med* 2004; 101; 42-5.
2. Mikami M, Ono A, Sakaiya N, Kurahashi T, Komiyama S, Komuro Y, et al. Case report of serous ovarian tumor of borderline malignancy (Stage Ic) in a pregnant woman. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 98: 237-9.
3. 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.
4. 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.
5. Hill M, 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.
6. 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: 217-22.
7. 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.
8. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobelt N, et al. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG* 2003; 110: 578-83.
9. Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1236-40.