



## Beklenmedik bir geçici fetal asit nedeni: Fetal over kisti rüptürü

Sefa Kelekçi<sup>1</sup>, Emre Ekmekçi<sup>1</sup>, Seçil Kurtulmuş<sup>1</sup>, Savaş Demirpençe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İzmir

### Özet

**Amaç:** Bir olgu nedeniyle izole fetal asit olguları ile fetal over kistlerinin ilişkisine değinmektedir.

**Olgu:** Fetal over kisti rüptürüne bağlı olarak gelişen bir izole fetal asit olgusunu sunduk.

**Sonuç:** Fetal hidrops sistemik veya lokal patolojik süreçlere bağlı ortaya çıkabilmektedir. Biz bu olgu ile fetal over kisti rüptürünün izole fetal asit nedeni olabileceğini sunduk.

**Anahtar sözcükler:** Fetal asit, fetal over kisti, fetal over kisti rüptürü.

### Abstract: An unexpected temporary fetal acid reason: rupture of fetal ovarian cyst

**Objective:** To discuss the relationship between isolated fetal acid cases and fetal ovarian cysts.

**Case:** We presented an isolated fetal acid case developing the rupture of fetal ovarian cyst.

**Conclusion:** Fetal hydrops may occur depending on the systemic or local pathological processes. With this case, we concluded that the rupture of fetal ovarian cyst may be the reason of isolated fetal acid.

**Keywords:** Fetal acid, fetal ovarian cyst, rupture of fetal ovarian cyst.

### Giriş

Fetal asit, fetal hidropsa ait bir belirti olarak kabul edilebilir ve birçok etyolojik faktöre yanıt olarak gelişebilmektedir. Son yıllarda Rh immünglobulinin yaygın kullanıma girmiş olmasıyla birlikte, non immün hidrops olguları immün hidropsa göre çok daha sık karşımıza çıkmaktadır. Fetal asit birçok farklı fetal nedenle diğer serozal kaviteler ve subkutan dokudan bağımsız bir şekilde izole olarak da gelişebilmektedir. İzole primer fetal asitin nedenleri net değildir. Bazılarının spontan olarak gerilemesine rağmen çoğu olguda tablo fetal hidropsa ilerlemektedir. Over kistleri kız yenidoğanlarda sık karşılaşılan abdominal kistik kitlelerdir. Genellikle semptomatik değildirler ve spontan olarak kaybolurlar. Ultrasonografinin yaygın kullanımı ile birlikte artık hem fetal hem de yenidoğanda over kist-

lerine daha sık tanı konulmaktadır. Sıklıkla asemptomatik olmaları ve klinik öneme sahip olmamaları nedeniyle bu oluşumlar takibe alınmakta ve izlenmektedirler. Biz bu yazıda fetal asit için beklenmedik nadir bir neden olan fetal over kisti rüptürü nedeniyle karşılaştığımız bir olgumuzu sunduk.

### Olgu Sunumu

Otuz dört yaşında gravida 2, parite 0, bir adet erken dönem gebelik kaybı olan hasta gebeliğinin 32. haftasında kliniğimize fetal intraabdominal kistik oluşum nedeniyle refere edildi. Gebeliği bu haftaya kadar normal seyir seyretmiş olup takibinde patoloji saptanmamıştı. Öyküsünde eşlik eden belirgin hastalığı yoktu. Gebeliği boyunca tüm prenatal vizitlere eksiksiz katılmış ve anormal

**Yazışma adresi:** Dr. Savaş Demirpençe, Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İzmir. e-posta: savasdemirpençe@yahoo.com

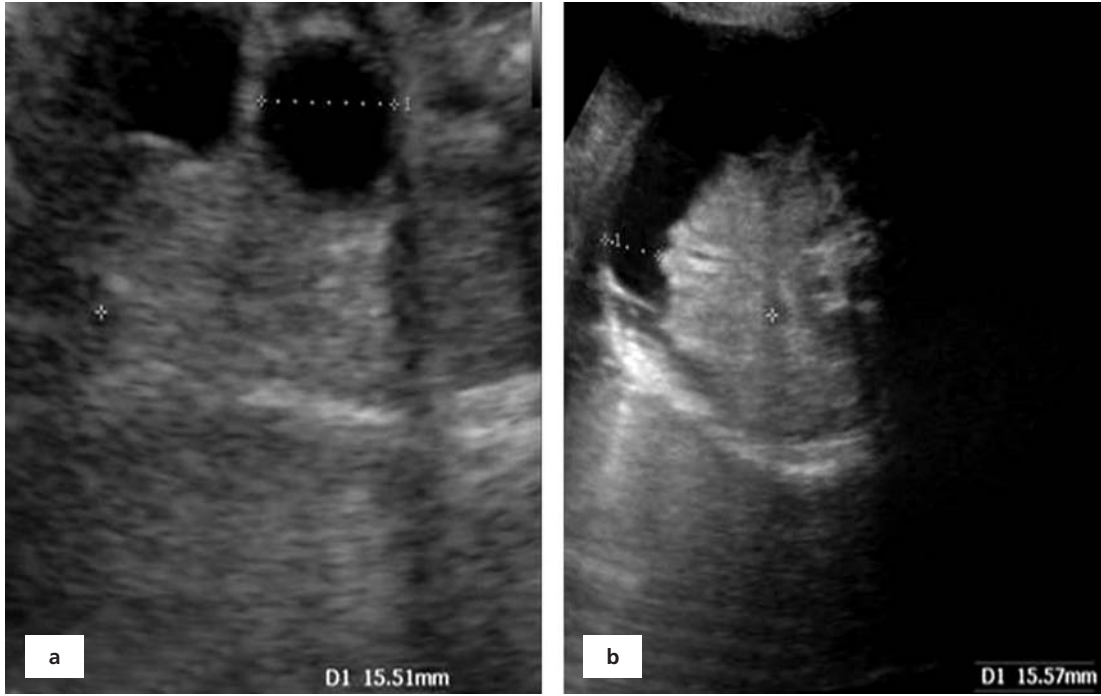
**Geliş tarihi:** Ocak 4, 2015; **Kabul tarihi:** Mart 7, 2015

**Bu yazının atf künyesi:** Kelekçi S, Ekmekçi E, Kurtulmuş S, Demirpençe S. An unexpected temporary fetal acid reason: rupture of fetal ovarian cyst. Perinatal Journal 2015;23(2):105–108.

©2015 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:  
www.perinataljournal.com/20150232002  
doi:10.2399/prn.15.0232002  
Karekod (Quick Response) Code:





Şekil 1. (a, b) Sol fetal overde 15 mm çapta kistik oluşum.

bir bulguyla karşılaşılmaştı. 32. hafta gebelik ultrasonografisinde fetal biyometrisi gestasyonel yaş ile uyumlu, amniyotik sıvı volümü normaldi. Kan basıncı normal ve fetal hareketler normaldi. Ultrasonografide fetal sol alt abdomende 15 mm boyutta yuvarlak yapıda kistik bir oluşum saptandı (Şekil 1). Kistik oluşum fetal böbrekler ve mesaneden bağımsızdı. Doppler ultrasonografide perikistik ya da intrakistik damarlanma izlenmedi. Bilateral fetal böbrekler ve bağırsaklar normal yapıda izlendi. Fetüsün kız cinsiyette olması, yuvarlak anekoik yapıda olması, üriner ve gastrointestinal yapılarla ilişkide olmaması nedeniyle öncelikle over orijinli olduğu düşünüldü. Bu nedenle maternal diyabet taraması ve tiroid fonksiyonları açısından tekrar değerlendirme yapıldı ve sonuçlar normal olarak görüldü. Hasta 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. Otuz dördüncü haftada yapılan ultrasonografide fetal biyometrik ölçümler gestasyonel yaş ile uyumlu idi ve amniyon mayı normal sınırlarda idi. Sadece abdominal çevre gestasyonel yaşa göre büyük ölçülmüş olup 99. persentil ile uyumlu saptandı. Fetal abdomende yaygın serbest sıvı görünümü mevcuttu (Şekil 2). Sol overdeki kistik oluşumun regrese olduğu izlendi ve çapı 14 mm olarak ölçüldü (Şekil 3). Bağırsaklar serbest sıvı içinde

yüzüyor görünümde idi. Toraksta effüzyon izlenmedi ve subkutan dokuda ödem izlenmedi; bu nedenle izole primer fetal asit olarak tanımlandı ve hidrops fetalise yönelik ileri değerlendirme yapıldı. Tam kan sayımı, HbA1c, VDRL, TORCH taraması, Parvovirus B-19 taraması, indirek coombs testi ve antikardiyolipin IgM-IgG taramaları yapıldı. Orta serebral arter peak sistolik velositesi 55 cm/sn (1,12 MOM) olarak saptandı ve fetal anemi için prediktif değildi. Fetal hidrops öncüsü olabileceği nedeniyle kordosentezle fetal karyotipleme önerildi fakat hasta karyotiplemeyi kabul etmedi. Fetal kardiyak muayene normal olarak değerlendirildi ve yapılan taramalar normal olarak sonuçlandı. Hasta 2 hafta sonra tekrar kontrol için çağırıldı. 36. haftada yapılan ultrasonografi tamamıyla normaldi. Fetal batındaki serbest sıvı tamamıyla gerilemiş ve overyan kistik oluşum kaybolmuştu. Hasta gebeliğinin 40. haftasında 3400 gram sağlıklı bir bebek doğurdu. Bebeğin postnatal ultrasonografisinde anormal bulgu saptanmadı.

### Tartışma

Hidrops fetalis immün ya da non immün nedenli olarak yumuşak dokularda ve en az iki serozal kavitede

patolojik sıvı birikimi olarak tanımlanmaktadır. Plasental ödem, subkutan ödem tabloya genellikle eşlik etmekle birlikte perikardiyal, plevral sıvı koleksiyonu ya da asit şeklinde serozal kavitelerde patolojik sıvı koleksiyonu eşlik eder.<sup>[1]</sup> İmmün ya da non-immün hidrops fetalis şeklinde sınıflandırılır. İzole fetal hidrotoraks ya da izole asit çeşitli etyolojilere bağlı olarak subkutan ödem bulunmadan izole olarak bu kavitelerde patolojik sıvı koleksiyonudur.<sup>[2]</sup> Fetal asit sıklıkla fetal non-immün hidropsun bir komponenti subkutan ödeme ve/veya diğer serozal kavitelerdeki sıvı koleksiyonuna eşlik eder. Non-immün hidrops fetalis etyolojisinde kromozomal bozukluklar, intrauterin enfeksiyonlar, fetal kardiyak yetmezlik ve çeşitli organlara ait yapısal bozukluklardan oluşan multipl faktörler bulunur. Fetal asitin diğer serozal kavite ya da organlardan bağımsız olarak geliştiği durumlar izole fetal asit olarak adlandırılır. İzole fetal asit hidrops fetalis öncüsü bir işaret olabilir ve zamanla hidropsa ileyebilir. Biz bu nedenle olgumuzda fetal karyotipleme önerdik. İzole olarak izlendiğinde sıklıkla abdominal bir kitlenin rüptürü sonucu ya da bağırsak obstrüksiyonu, posterior üretral valv, kloakal persistans gibi durumlarda rüptür sonrasında gelişebilmektedir. Non-immün fetal asit üzerine yapılan birçok farklı çalışmada izole fetal asitin, hidrops eşlik eden olgularla karşılaştırıldığında çok daha iyi bir prognoza sahip olduğu görülmüştür.<sup>[3]</sup> İzole fetal asit inferior vena kavaya ve diğer abdominal organlara bası ile polihidramniyoz ve hidrops ile sonuçlanabilir. Bizim olgumuzda fetal asit 2 hafta süre içerisinde geriledi ve bir komplikasyona neden olmadı.

Hormonal stimülasyon fetal over kistlerinin gelişiminde etiyolojide sorumlu tutulmaktadır (fetal gonadotropinler, maternal östrojen ve plasental human koryonik gonadotropin). Over kistlerinin insidansı %30'un üzerinde düşünülmektedir (bu oran ölü doğumlar ve doğum sonrası ilk 28 günde ölen bebeklerin otopsilerine göre hesaplanmıştır).<sup>[4]</sup> Sıklıkla izoledirler ve maternal diyabet, hipotiroidi, toksemi ya da Rh izoimmünizasyonu gibi durumlarda muhtemelen artmış plasental hcG üretimine bağlı olarak daha sık görülmektedirler.<sup>[5]</sup> Ayırıcı tanıda özellikle mezenterik kist, urakal kist, ektopik hidronefrotik böbrek, intestinal duplikasyon anomalileri, kistik teratom ve intestinal obstrüksiyon akılda bulundurulmalıdır.<sup>[6]</sup> Detaylı bir ultrasonografik tarama ile biz olgumuzda ek bir anomali saptamadık. Fetüsün kız cinsiyette olması ve kistik yapının pelvik orijinli olması ne-



**Şekil 2.** Fetal abdomende yaygın serbest sıvı.

deniyle öncelikle overler üzerine yoğunlaştık. Kistik yapının şekli ve anekoik yapısı, ayrıca kanlanmasının da olmaması bizim tanımımızı doğruladı. Over kistleri sıklıkla rutin obstetrik muayene sırasında saptananan pelvik kistik oluşumlar sonucu tanı almaktadırlar. Muhtemel bir fetal over kistinden şüphelenildiğinde seri ultrasonografilerle kistik yapının yapısal değişiklikleri (boyut, görünüm) ya da komplikasyonlar (hidramniyoz, asit, torsiyon) yönünden izlenmelidir. Basit over kistlerinin ince duvarları vardır ve internal ekojeniteler içermezler.<sup>[7]</sup> Çoğunlukla unilateraldirler. Anekoik basit kistler internal ekojeniteler, sıvı seviyeleri içeren kompleks bir hal



**Şekil 3.** Fetal overde regrese yapıda kistik oluşum.

alabilirler. Bu ultrasonografik değişimlerin saptanması sıklıkla torsiyon belirtisidir. Fetal over kistlerinin en sık komplikasyonu olan torsiyonun insidansı %40'dır. Torsiyon sıklıkla yoğun içerikli ve büyük çaptaki kistlerde gelişir de 2 cm çaptaki kistlerde de gelişebilir.<sup>[8]</sup> Bizim olgumuzda kistik yapının görünümü ve boyutu nedeniyle takibe aldık. Doğum sonrası %50 kadarı spontan olarak kaybolurlar.<sup>[9]</sup> Fetal over kistlerinin literatürde bildirilen diğer nadir komplikasyonları gastrointestinal obstrüksiyon, polihidramniyoz ve overyan otoamputasyon olarak bildirilmiştir.<sup>[10]</sup> Birçok farklı çalışmada over kistlerinin intrauterin dekompresyonu için 4 cm'den büyük boyutta olmaları ve hızlı büyüme göstermeleri kriter olarak bildirilmiştir.<sup>[11]</sup> İki cm'den daha küçük kistlerin yüksek oranda regrese olarak komplikasyona neden olmaması beklenmekteyse de bizim olgumuzda 15 mm çaptaki basit görünümlü bir kistin rüptürüne bağlı gelişen geçici bir asit tablosu ile karşılaştık. Bu boyutta bir kiste bağlı gelişebilecek beklenmedik bir tabloydu fakat gerek asit ile birlikte kistin yapısında ve boyutlarındaki değişiklik gerekse tablonun geçici olması ve iki hafta içerisinde tamamıyla düzelmiş olması bizi etyolojide over kisti üzerine yoğunlaştırdı.

Erişkinlerde olduğu gibi over kisti rüptüre olduğunda bu overden hemoraji ile sonuçlanabilir. Rüptür geliştiğinde kistik oluşum yapı ve büyüklük olarak değişir ve abdominal kaviteye olan kanama ultrasonografik asit görünümüne neden olur. Bizim olgumuzda iki hafta sonraki muayenede kistik yapının yapısal ve büyüklük olarak değişimini gözlemledik. Bu gözlemler birlikte serbest intraabdominal sıvıyı rüptüre over kisti ile ilişkilendirdik. Bununla da uyumlu olarak iki hafta sonra fetal asitin gerilediğini gördük.

## Sonuç

Sonuç olarak, fetal over kist rüptürü izole fetal asit olgularında etyolojik faktör olarak değerlendirilmelidir. Fetal overlerin ultrasonografi ile değerlendirilmesi güçtür ve diğer pelvik yapılarda ayrımı genelde müm-

kün olmaz. Fakat özellikle kız fetüslerde intraabdominal bir kistik oluşum saptandığında fetal overler de akılda bulundurulmalıdır.

**Çıkar Çakışması:** Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

## Kaynaklar

1. Nose S, Usui N, Soh H, Kamiyama M, Tani G, Kanagawa T, et al. The prognostic factors and the outcome of primary isolated fetal ascites. *Pediatr Surg Int* 2011;27:799-804.
2. Moroy P, Tuncay P, Çelen S, Sucak A, Mungan T, Danışman N. Isolated fetal ascites: evaluation of six cases. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine* 2004;10: 164-6.
3. Favre R, Dreux S, Dommergues M, Dumez Y, Luton D, Oury JF, et al. Nonimmune fetal ascites: a series of 79 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:407-12.
4. Kwak DW, Sohn YS, Kim SK, Kim IK, Park YW, Kim YH. Clinical experiences of fetal ovarian cyst: diagnosis and consequence. *J Korean Med Sci* 2006;21:690-4.
5. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Bacanu AM, Argeitis J, Botsis D, Vitoratos N. Clinical experience of five fetal ovarian cysts: diagnosis and follow-up. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277:575-8.
6. Özel A, Duymus R, Bayram A, Çakmakçı E, Sever N, Karpaz Z: Fetal over kist torsiyonu tanısında perinatal ultrason ve manyetik rezonans görüntülemenin rolü. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni* 2011;45:56-9.
7. Giorlandino C, Bilancioni E, Bagolan P, Muzii L, Rivocecchi M, Nahom A. Antenatal ultrasonographic diagnosis and management of fetal ovarian cyst. *Int J Gynecol Obstet* 1994;44: 27-31.
8. Grapin C, Montagne JPH, Sirinelli D, Silbermann B, Gruner M, Faure C. Diagnosis of ovarian cyst in the perinatal period and therapeutic implications (20 cases). *Ann Radiol (Paris)* 1987;30:497-502.
9. Giuseppe N, Maria R, Daniela V, Marcella P, Tomasella Q, Mauro T, et al. Invasive fetal therapies: approach and results in treating fetal ovarian cysts. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:299-303.
10. Aslan H, Akyol A, Ülker V, Numanoglu C, Gül A, Ark C. Fetal over kisti. *Perinatoloji Dergisi* 2001;9:54-56.
11. Küçük T, Yenen M C, Dede M, Başer İ, Ergün A. Fetal overyan kistlerinde tanı ve takip. *Perinatoloji Dergisi* 2000;8: 43-5.