

Fetal over kisti

Nurgül BAŞOĞUL (*), Ömer BAŞOĞUL (*), Esin ÇELİK (*), Mehmet Onur KARALTI (*),
Esra Bahar GÜR (*), Şivekar TINAR (*)

SUMMARY

Fetal ovarian cyst

To purpose of our study is to describe the ultrasonographic findings, postnatal results and operation necessities for the fetuses with prenataly determined ovarian cyst.

Between the years of 2002-2003, three cases with suspected ovarial cyst determined by prenatal ultrasonography were followed up and reevaluated during postnatal period. All three cases are diagnosed in third trimester. Diameters of ovarian cysts for two cases and the other one are 5 cm and 2 cm, respectively. Cases with 5 cm cyst diameter are undergone operation during postnatal period. Whereas cyst with 2 cm diameter is regressed during postnatal follow up.

Fetuses with suspected ovarian cyst during perinatal period should be monitorised by serial ultrasonographic examinations. As some ovarian cyst show regression in their size, some others remain stable and they have to be reevaluated and confirmed by postnatal ultrasonography and operation should be considered with these findings.

Key words: Ovarian cyst, ultrasonography

Anahtar kelimeler: Ovaryan kist, ultrasonografi

Kız yenidoğanlarda en sık rastlanılan abdominal tümör tipi over kistidir. Over kisti sıklığı, 28 hafta ve öncesinde ölü fetüsle sonuçlanan doğumlar da dahil edildiğinde % 30'a kadar yükselmektedir. Ultrason tekniğindeki gelişmeler yalnız postnatal dönemde değil, prenatal dönemde de fetal over kisti tanısının konmasını mümkün kılmaktadır (1). Biz de prenatal dönemde tespit ettiğimiz ve over kisti şüphesi ile izlediğimiz 3 olguyu literatür eşliğinde inceledik. Ocak 2002-2003 tarihleri arasında prenatal rutin ultrason kontrolleri sırasında fetal intra-abdominal kitle olarak saptanan ve over kisti olarak düşünülen 3 olguyu takibe aldık. Olguları ultrasonografik (US) özellikleri, olası patolojilerle ayırıcı tanısı, Dopp-

ler US ile akım varlığı ve postpartum sonuçları açısından analiz ettik.

OLGULAR

Olgu 1: 34 haftalık kız fetusda, tüm fetal batını dolduran 77x78 mm'lik düzgün konturlu homojen kistik oluşum izlendi, mide ve mesane normal olarak görüldü Doppler US ile akım izlenmedi. Normal spontan vaginal doğumla (NSVD) miadında 3500 gr kız bebek doğurtuldu. Postpartum 12. günde over kisti endikasyonu ile kistektomi operasyonu yapıldı.

Olgu 2: 36 haftalık kız fetusta, 41x63 mm'lik mesane sol üst lateralinde, septasyonlu, kistik oluşum izlendi. Doppler US ile akım izlenmeyen olgunun tüm diğer bulguları normal saptandı. Miad gebe fetal kitle endikasyonu ile sezeryana alındı. 3600 gr kız bebek doğurtuldu. Yenidoğana postpartum 4. günde torsiyone over kisti nedeni ile sol ooforektomi uygulandı.

Olgu 3: 34 haftalık kız fetusta, mesane sol yanında 17x20 mm'lik homojen kistik kitle izlendi. 2 hafta sonra uygulanan kontrol ultrasonografide kistik kitleye ait oluşum izlenmedi. Miadında eski sezeryanlı olması nedeni ile sezeryan ile doğum uygulandı. Postpartum takibinde üriner sistem yönünden de araştırılan bebekte bir bulguya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Over kistleri prenatal dönemde en sık tanı konan intra-abdominal kistlerdendir. Fetal over kistinin etiyojisi tam bilinmemekle beraber çeşitli hipotezler öne sürülmektedir. En çok kabul edilen hipotez; fetal gonodotropinler, maternal östrojen ve plasantal HCG gibi hormonlarca immatür fetal hipotalamo-hipofizer-ovaryal aksın uygunsuz stimülasyonu veya bu hormonlara over dokusunun aşırı cevabıdır. Bu kitleler genellikle folikül epiteli kökenlidir. Ancak, teka lutein kisti, korpus luteum kisti veya orjini belirlenemeyen basit kist şeklinde de olabilirler (2). Over kistinin US ile tanı kriterleri ile urakal kist, mezenterik ve enterik kistlerin ayırıcı tanısı kolaylıkla yapılabilmektedir. Fetusta over kisti ile birlikte diğer sistem anomalilerinin görülme

Bu çalışma 26-30 Ekim 2003 tarihinde Ankara Bilkent Otelde düzenlenen "IX. Ulusal Perinatoloji Kongre"sinde poster olarak sunulmuştur., SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi*

sıklığı nadirdir (3).

Over kistlerinin hemen hemen hepsinin fonksiyonel belirgin tümörler olması nedeniyle, prenatal dönemde ha-baset şüphesi gerçekte önemli bir rol oynamamaktadır. Over kisti olgularının bir çoğu (≥% 50) prenatal ya da postnatal dönemde spontan rezolüsyona uğrar ve yaklaşık % 40'ına cerrahi bir girişim gerekir. Normal over kisti düzgün kenarlı, homojen ekojenite verirken, intrakistik bir kanama veya torsiyonda kist heterojen iç yapıda veya septalı görünümündedir. Bu kompleks görünüm hemorajinin sedimentasyonu sonucunda oluşmakta ve tipik olarak fetal pozisyonla yer değiştirmektedir. Çoğunlukla over kisti torsiyonunda peritoneal irritasyona bağlı fetal taşikardi gelişir (4). Torsiyon over kistin en önemli komplikasyonudur ve genelde postnatal oofektomi ile sonuçlanır (5).

Over kistinde diğer bir yaklaşımda kistin büyüklüğüdür. Sadece 2 cm'i aşan kompleks kitleler ile 5 cm'i aşan basit kitleler postnatal komplikasyona neden olabildikleri için cerrahi girişim gerektirdiğini kabul edenler bulunmaktadır (6). Prenatal dönemde kist boyutunu küçültmek amacı ile kist içeriğinin aspire edilmesi uzun vadede kalıcı başarı sağlamamaktadır. Literatürde kist içeriğinin aspirasyonu tartışmalı bir konudur. Giorlandino ve ark., over kistin aspirasyonu sayesinde başarılı prenatal tedavi sağladıklarını bildirirken, Meizner ve Levy tanıs al aspirasyonu, intrakistik kanama ile sonuçlanabileceği ve daha sonraki tanıyı güçleştirebileceği için eleştirmişlerdir (1). Crombleholme, 4 cm'e kadar olan kistlerde başarılı uygulamaları olduğunu klinik takiplerde bir sorun yaşanmadığını ve tekrarlama gözlenmediğini bildirmişlerdir. Ayrıca, aspirasyon ile kist sıvısından hormon analizi imkanı sağlamasını ek bir avantaj olarak değerlendirmişlerdir (5). Heling ve ark., ise kist sıvısı analizinin sağlayacağı yarardan çok intrakistik kanama gibi komplikasyonların doğuracağı sorunlar nedeni ile çok tercih edilecek bir yöntem olmadığını savunmuşlardır. Ayrıca, az da olsa amniyotik kavite infeksiyonu, prematür doğum, konjenital nöroblastoma veya nadir tümörlerde çevre dokulara yayılım gibi risklerin olabileceğide dikkate alınmalıdır (7).

Prenatal dönemde temel nokta; over kisti olgularının olası komplikasyonlar yönünden araştırılması ve seri US ölçümleri ile takibinin yapılmasıdır. Tespit edilen kitlede asıl tanımlama 'over kisti şüphesi' olmalıdır. Kistin, overyal kist olduğu ancak postpartum dönemde cerrahi girişim ile konulabilir (3). Çoğu over kist olgularının tanısı gebeliğin 2. yarısında konulmaktadır (8-10). En erken tanı 19. ge-

belik haftasında Meizner ve Levy tarafından bildirilmiştir (1). Genel olarak antenatal dönemde over kisti tanısının konması doğum şeklini etkilememelidir. Muhtemel hormonal etiyoloji nedeni ile prenatal dönemde spontan rezolüsyon veya postpartum dönemde organ koruyucu yaklaşımlar mümkündür. Doğumun başlaması ile spontan doğum olasıdır. Torsiyondan şüphelenilen olguların postnatal bakımının yapılabileceği bir merkezde olması tercih edilmelidir. Ancak, bu olgularda sezaryan ile doğum gerekli değildir. Literatürde bir olgunun kistin doğum sırasında rüptüre olduğu ama bebeğin iyilik halini etkilemediği bildirilmiştir (11). Böyle çok büyük kistlerde, rüptürden veya normal spontan doğumu engelleyebileceğinden şüpheleniliyorsa kist ponksiyonu bir alternatif olarak düşünülebilir (3). Rizzo ve ark. ise, over torsiyonundan şüphelenilen olgulara birincil olarak sezaryan önermektedirler (12).

Genel olarak over kistleri hayatı tehdit eden bir durum değildir. Literatürde over kistinden şüphelenilen olguların hemen hemen hepsinin doğru prenatal tanısının konduğu göz önünde bulundurulursa, doğum sonrası erken dönemde tanıs al girişimler yardımıyla (konservatif veya cerrehi) tedavi şeklinin belirlenmesi doğru seçimdir.

KAYNAKLAR

1. Meizner I, Levy A: Fetalovarian cysts: Prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. Am J Obstet Gynecol 164:874-8, 1991.
2. Zamora M, Gonzales N: Spontaneous resolution of a sonographically complicated fetal ovarian cysts. J Ultrasound Med 11:567-9, 1992.
3. Heling KS, Chaoui R, Kirchmair F, Stadie S, Bollmann R: Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 20(1):47-50, 2002.
4. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS: Neonatal ovarian cysts: Sonographic-pathologic correlation. Radiology 168:817-21, 1988.
5. Crombleholme TM, Craig SD, Garmel S, Dalton ME: Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. J Pediatr Surg 32:1447-9, 1997.
6. Bradt ML: Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. J Pediatr Surg 27:276-80, 1991.
7. Heling KS, Chaoui R, Hartung J, Kirchmair F, Bollmann R: Prenatal diagnosis of congenital neuroblastoma. Analysis of 4 cases and review of the literature. Fetal Diagn Ther 14:47-52, 1999.
8. Giorlandino C, Rivosecchi M, Bilancioni E, et al: A Successful intrauterine therapy of a large fetal ovarian cyst. Prenat Diagn 10:473-5, 1990.
9. Born HJ, Kühnert E, Halberstadt E: Diagnostik fetaler Ovarialzysten. Kontrolle oder differenzierte Abklärung? Ultraschall Med 18:209-13, 1997.
10. Fiaschetti D, Gramellini D, Bacchi-Modena A, Vadora E: Ultrasonic diagnosis of fetal ovarian cysts. Minerva Ginecol 41:35-7, 1989.
11. Kirkinen P, Jouppila P: Perinatal aspects of pregnancy complicated by fetal ovarian cyst. J Perinat Med 13:245-51, 1985.
12. Rizzo N, Gabrielli S, Perolo A, Pilu G: Prenatal diagnosis and management of fetal ovarian cysts. Prenat Diagn 9:97-103, 1989.