

Fetal Over Kisti: Antenatal Tanı ve Yönetim

Fetal Ovarian Cyst: Antenatal Diagnosis and Management

Burcu ARTUNC

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa

Özet

Fetal over kistleri, tüm fetal abdominal kitlelerin %3-%6'sını oluşturur. Genellikle üçüncü trimesterde tanı alırlar. Antenatal takiplerinde klinisyen, kist rüptürü ve torsiyon gibi olası komplikasyonlar yönünden dikkatli olmalıdır. Doğum zamanı ve şekli, kiste bağlı gelişebilecek, overi korumak amacıyla acil müdahale gerektiren durumlar dışında olağan obstetrik nedenlere bağlıdır. Postnatal yaklaşımda ise kist boyutu ve ekojenitesi tedavi planında yol göstericidir. Bu çalışmada, fetal over kistinin antenatal tanısı ve postpartum takibi sunulmuş ve güncel literatürler gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Antenatal tanı; fetal over kisti; postnatal takip.

Summary

Fetal ovarian cysts represent 3%–6% of all fetal intraabdominal masses. The diagnosis is made usually during the 3rd trimester. The clinician should be aware of the possible complications such as rupture of the cyst or torsion during the antenatal surveillance. Timing and mode of delivery of fetuses with ovarian cysts depends on the usual obstetric causes, unless there is a complication with the need of emergent intervention in order to preserve fetal ovaries. During the postnatal period, the diameter and echogenicity of the cyst is determinative for the management. In this study, an antenatally diagnosed case with a fetal ovarian cyst is presented. The relevant literature with possible management options is reviewed.

Key words: Antenatal diagnosis; fetal ovarian cyst; postnatal management.

Giriş

Fetal over kistleri, tüm fetal intraabdominal kitlelerin %3 ile %6'sını oluşturur.^[1] Kız fetusta alt abdominal bölgede, anekoik ya da septalı keskin sınırlı tek ya da çift taraflı kistik lezyonlar olarak izlenirler. Gastrointestinal sistem, mesane ve böbrek kaynaklı olabilecek kistik kitleler ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^[2] Fetal over kistleri genellikle üçüncü trimester boyunca sayıca artan normal foliküllerden köken alırlar.^[3] Özellikle çapları 2 cm'den küçük olan fetal over kistlerinin, plasental

koryonik gonadotropin (HCG) hormonunun aşırı salgılanması veya plasentanın HCG'ye olan aşırı duyarlılığı sonucunda oluştuğu düşünülmektedir. Bu kistlerin doğum sonrası takiplerinde spontan regresyon olması beklenir.^[4,5]

Bu yazıda, fetal over kistinin antenatal tanısı ve postpartum takibi sunuldu ve güncel literatürler gözden geçirildi.

İletişim: Dr. Burcu Artunc.
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa
Tel: 0236 - 233 19 20

Başvuru tarihi: 05.05.2012
Kabul tarihi: 30.06.2012
Online baskı: 16.04.2014
e-posta: b_artunc@yahoo.com



Olgu Sunumu

Yirmi dokuz yaşında gravida 4 abortus 3 parite 0 hasta kliniğimize adet rötari ve gebelik şüphesi nedeni ile başvurdu. Yapılan sonografik değerlendirmede CRL (baş-popo mesafesi) ölçümüne göre beş hafta altı günlük FKA (fetal kalp atımı) pozitif tek canlı gebelik saptandı. Hastanın daha önceden tekrarlayan düşüklerine yönelik yapılmış olan testler incelendi. Parental karyotip analizi ve trombofili paneli normal olarak saptandı. Maternal ek medikal hastalık yoktu. Histeroskopik bulguları normal tespit edildi. Dört yıl önce geçirilmiş miyomektomi öyküsü mevcuttu. Hastanın anamnezinden düşüklerinin ikinci trimesterde olduğu öğrenildi. Servikal yetmezlik düşünüldü. Düzenli antenatal takiplerine uyan hastaya yapılan ikili test sonucu düşük riskli tespit edildi. On iki hafta içerisinde serklaj uygulandı. On sekizinci haftada anomali taramasında özellik saptanmadı. Gebelik takibi olağan seyretti. Gebeliğin 32. haftasında rutin kontrollerinde yapılan ultrasonografik incelemede fetusta sağ overden kaynaklandığı düşünülen 44x52 mm çapında anekoik yapıda kistik imaj izlendi. Otuz beşinci haftada kist boyutu 68x56x55 mm olarak tespit edildi. Son adet tarihine göre 37 hafta beş gün ile uyumlu gebelik haftasında suyu gelen hastanın serklajı alındı. Normal doğum takibi için doğumhaneye alındı. Takibinde vajinal kanaması başlayan hasta dekolman şüphesi ile sezaryene alındı ve 3470 gr kız bebek doğurtuldu. Birinci ve beşinci dakika apgar skorları sırası ile 8-10 tespit edildi. Postnatal laboratuvar sonuçları değerlendirildiğinde tam kan parametreleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolitleri (Na, K,



Şekil 1. Sağ overden kaynaklandığı düşünülen 65x55x50 mm boyutunda anekoik düzgün sınırlı ince duvarlı kistik lezyon.

Ca) normaldi. Postnatal yapılan sonografik incelemelerinde kistin muhtemel sağ over kaynaklı 65x50x55 mm boyutlarında, kanlanma artışı göstermeyen ve batında tüm yapıları itmiş masif kistik lezyon olduğu rapor edildi (Şekil 1). Kist boyutlarında doğum sonrası yedinci günde gerileme saptandı. Spontan takibe alınan bebeğin postpartum birinci ayında sağ over kisti 35x40 mm tespit edildi. Düzenli takip edilen over kisti postnatal altıncı ayda tamamen regrese olmuştu.

Tartışma

Tüm fetal intraabdominal kistlerin %3-%6'sını fetal over kistleri oluşturur.^[1] Over kistlerinin radyolojik görünümü ile patolojik ilişkisini inceleyen bir çalışmaya göre fetal over kistlerini sonografik görünümüne göre anekoik ekojenitede ince duvarlı basit kistler ve septalı ya da solid komponent içeren kompleks yapıda kistler olmak üzere iki sınıfta inceleyebiliriz.^[3] Fetal over kistleri genellikle üçüncü trimester boyunca sayıca artan normal foliküllerden köken alırlar.^[3] Buna bağlı olarak fetal over kistleri genellikle üçüncü trimesterde tanı almaktadır.^[1,3] Yedi olgu serisinden oluşan bir çalışmada ortalama tanı haftası 32+3 hafta ile uyumlu bulunmuştur.^[1] Bizim olgumuz da 32. gestasyonel haftada tanı almıştı.

Ayırıcı tanıda özellikle mezenter kisti, urakus kisti, ektojik hidronefrotik böbrek, bağırsak duplikasyon anomalileri, kistik teratom ve intestinal obstrüksiyon akla gelmelidir.^[1,2]

Over kistlerinin histopatolojik kökenleri incelendiğinde en sık olarak foliküler ya da teka lutein kistleri, lenfanjiom ve teratom izlenmektedir.^[1,6]

Fetal over kisti tedavisi geniş olmayan çalışmalara dayanmaktadır. Bugüne kadar yapılmış en geniş meta-analitik çalışma antenatal tanı alan 420 over kisti olgusundan oluşmaktadır.^[6] Buna göre takip ve tedavide temel nokta kist boyutudur, çünkü kist çapı 5 cm'den küçük olanların %98'inin spontan gerilediği, çapı 5 cm'den büyük kistlerin %93'ünde ise komplikasyonlar geliştiği gösterilmiştir.^[6] Neonatal over kistlerin özellikle boyutu 5 cm'den büyük ise en sık komplikasyonları; kitle basısı, torsiyon ve kist içine kanama, adezyonlara bağlı intestinal obstrüksiyon ve over kaybı olarak sayılabilir.^[6] Dolayısıyla, antenatal sonografik takiplerde özellikle torsiyon ve kist rüptürü açısından dikkatli olmak gerekir. Ancak over torsiyonunun spesifik bir sonografik görünümü bulunmamaktadır.

Postnatal dönemde maternal hormonların geri çekilmesine bağlı olarak kist boyutları spontan olarak gerileyebilir.^[6,7] Özellikle çapları 2 cm'den küçük olan fetal over kistlerinin, plasental koryonik gonadotropin (HCG) hormonunun aşırı salgılanması veya plasantanın HCG'ye olan aşırı duyarlılığı sonucunda oluştuğu düşünülmektedir. Maternal diyabet, preeklampsi, Rh uyumsuzluğu gibi nedenlerle plasental HCG salgılanmasının artması; fetusun overlerinde büyüme ve kist oluşma riskini artırmaktadır.^[8,9] Bu çalışmada sunulan olguda, kist oluşumu için olası risk artışına neden olabilecek gebeliğe bağlı komplikasyon saptanmamıştı. Preeklampsi ya da gestasyonel diyabet tespit edilmemişti.

Antenatal tanı alan 27 over kistini içeren bir çalışmada, 20 olgu konservatif olarak takip edilmiş, iki büyük boyutları olgu nedeniyle aspire edilmiş, beşine cerrahi işlem uygulanmıştır. Bir yıl boyunca yapılan konservatif takip sırasında yedi adet basit kistin tamamı, 13 adet kompleks kistin 10 tanesinin gerilediği bildirilmiştir.^[8] Fetal over kistlerine postnatal yaklaşımda temel nokta kistin çapı ve ekojenitesidir.^[10] Prenatal olarak fetal over kist aspirasyonu diğer bir seçenektir, fakat koryoamnionit, preterm eylem ve fetal yaralanma gibi komplikasyonlar oluşturabilir.^[11]

Antenatal tespit edilen over kistlerinde doğum zamanlamasında akılda tutulması gereken nokta, torsiyon gibi bir komplikasyondan şüphelenildiğinde acil doğumun düşünülmesi gerekliliğidir. Acil komplikasyonların sezaryen gerekliliği dışında doğum şekli genel obstetrik nedenlere bağlıdır. Bizim olgumuzda antenatal takiplerinde kist rüptürü ya da torsiyon şüphesi gelişmemişti. Spontan membran rüptürü olması ve spontan ağrılarının başlaması nedeni ile normal doğum açısından takip edilirken fetal distress gelişmiş ve vajinal kanama olması nedeni ile dekolman şüphesi ile sezaryen kararı verilmişti. Olgunun postnatal dönem takiplerinde kist boyutlarında gerileme olması nedeni ile spontan takip edilmiş ve altı ay sonunda kist boyutunda total regresyon izlenmiştir.

Sonuç olarak, antenatal dönemde saptanan pelvik kitelerde ayırıcı tanıda over kisti düşünülmesi, antenatal takiplerinde kist rüptürü ve over torsiyonu açısından dikkatli olunmalıdır. Postnatal dönemde de yakın takip yapılmalı, kist boyutlarında kendiliğinden küçülme izlenebileceği göz önüne alınmalı, takiplerde kist boyutlarında ilerleme olması durumunda ise cerrahi işlem uygulanması gerektiği bilinmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Eleftheriades M, Iavazzo C, Hassiakos D, Aravantinos L, Botsis D. Seven cases of fetal ovarian cysts. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;111(3):267-8.
2. Bryant AE, Laufer MR. Fetal ovarian cysts: incidence, diagnosis and management. *J Reprod Med* 2004;49(5):329-37.
3. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 1988;168(3):817-21.
4. Chiaramonte C, Piscopo A, Cataliotti F. Ovarian cysts in newborns. *Pediatr Surg Int* 2001;17(2-3):171-4.
5. Bolat A, Erdevi Ö, Kocaoğlu M, Sarıcı S. Yenidoğanda antenatal olarak tanısı konmuş over kistinin postnatal yönetimi. *Ankara Üniv Tıp Fak Mecmuası* 2008;61(3).
6. Słodki M, Respondek-Liberska M. Fetal ovarian cysts-420 cases from literature-metaanalysis 1984-2005. [Article in Polish] *Ginekol Pol* 2007;78(4):324-8. [Abstract]
7. Heling KS, Chaoui R, Kirchmair F, Stadie S, Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20(1):47-50.
8. Luzzatto C, Midrio P, Toffolutti T, Suma V. Neonatal ovarian cysts: management and follow-up. *Pediatr Surg Int* 2000;16(1-2):56-9.
9. Meizner I, Levy A, Katz M, Maresh AJ, Glezerman M. Fetal ovarian cysts: prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(3):874-8.
10. Comparetto C, Giudici S, Coccia ME, Scarselli G, Borretto F. Fetal and neonatal ovarian cysts: what's their real meaning? *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005;32(2):123-5.