



Fetal over kist torsiyonu tanısında perinatal ultrason ve manyetik rezonans görüntülemenin rolü

Alper Özel¹, Recai Duymuş¹, Aysel Bayram¹, Emin Çakmakçı¹, Nihat Sever², Zeki Karpaz¹

ÖZET:

Fetal over kist torsiyonu tanısında perinatal ultrason ve manyetik rezonans görüntülemenin rolü

Fetal over kistleri dişi cinsiyetli fetüslerde abdominal lezyonların önemli bir kısmını oluşturmakta olup, çoğunlukla unilateraldir. Bu kistlerin büyük kısmı küçük ve asemptomatik olup spontan olarak rezorbe olabildikleri için klinik önem taşımazlar. Bununla birlikte büyük kistlerde torsiyon, kanama ve rüptür gibi olası komplikasyonlar cerrahi girişim gerektirebildiğinden tanı almaları önem taşımaktadır. 30 yaşında diyabeti ve hipertansiyonu olan gebede, ultrason ile fetal pelvik bölgede kistik lezyonu saptanan ve postnatal cerrahi sonrası hemorajik torsiyone over kisti kesin tanısı alan olgunun ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme bulgularını sunmaktayız.

Anahtar kelimeler: Fetal over kisti, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme

ABSTRACT:

The role of perinatal ultrasound and magnetic resonance imaging in the diagnosis of fetal ovarian cyst torsion

Fetal ovarian cysts constitute an important part of the abdominal pathologies in female fetuses and are usually unilateral. The majority of these cysts are small and asymptomatic, and because they mostly could resolve spontaneously they pose no clinical threat. However, the diagnosis of large cysts is important because they may need surgical intervention due to the complications such as torsion, bleeding and rupture. Here, we present the ultrasound and magnetic resonance imaging findings of hemorrhagic torsion of an ovarian cyst in an infant that was firstly detected by antenatal ultrasound of an 30 year-old pregnant woman.

Key words: Fetal ovarian cyst, ultrasound, magnetic resonance imaging

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(2):56-59

¹Dr., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

²Dr., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Alper Özel, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-431-1834

E-posta / E-mail: dralperozel@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
15 Mart 2011 / March 15, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
23 Mart 2011 / March 23, 2011

GİRİŞ

Fetal over kistleri genellikle küçük ve asemptomatik olup, insidansı yaklaşık olarak %30 olarak tahmin edilmektedir. Over kistleri; genellikle tek taraflıdır ve dişi fetüslerde en sık abdominal kitle lezyonlarıdır (1). Olguların çoğunda kistler küçük boyutludur ve spontan olarak rezorbe olabildikleri için klinik önem taşımamaktadır. Bununla birlikte bizim olguda olduğu gibi, büyük boyutlu kistlerde, torsiyon komplikasyonu düşündürülecek internal içerik bulunduğu için, cerrahi girişim gerekebilmektedir (2,3). Burada postnatal dönemde cerrahi sonrasında over kist torsiyonu tanısı alan bir olgunun, prenatal- postnatal ultrason bulgularının sunulmasını ve literatür bağlamında bu tarz olgulara yaklaşımı gözden geçirmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

Gebeliği boyunca düzenli takip edilen, 30 yaşında G2A0P1 olan gebe son trimestrinde gestasyonel diyabet ve hipertansiyon nedeniyle hastanemize yatırılıyor. 34. gebelik haftasında yapılan obstetrik ultrasonografi incelemesinde; fetal abdomende sağ infarenal düzeyde yaklaşık 5,3x4,3cm boyutlu düzgün konturlu, iç yapısında renkli Doppler incelemede kanlanma göstermeyen ince septasyonlar içeren kistik lezyon izlendi. Tanımlanan lezyonun, ipsilateral böbrek ve mesane ile ilişkisi izlenmedi (Resim 1 ve 2). Fetüsün dişi cinsiyetli olması ve eşlik eden genitüriner ve gastrointestinal anomalinin olmaması öncelikle over kistini düşündürdü.

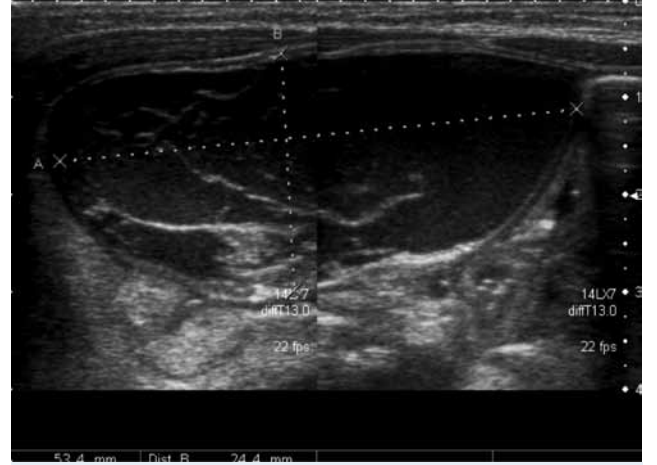
37. gebelik haftasında sectio ile preeklampatik ve diyabetik anne bebeği olarak doğan kız yenidoğanın,



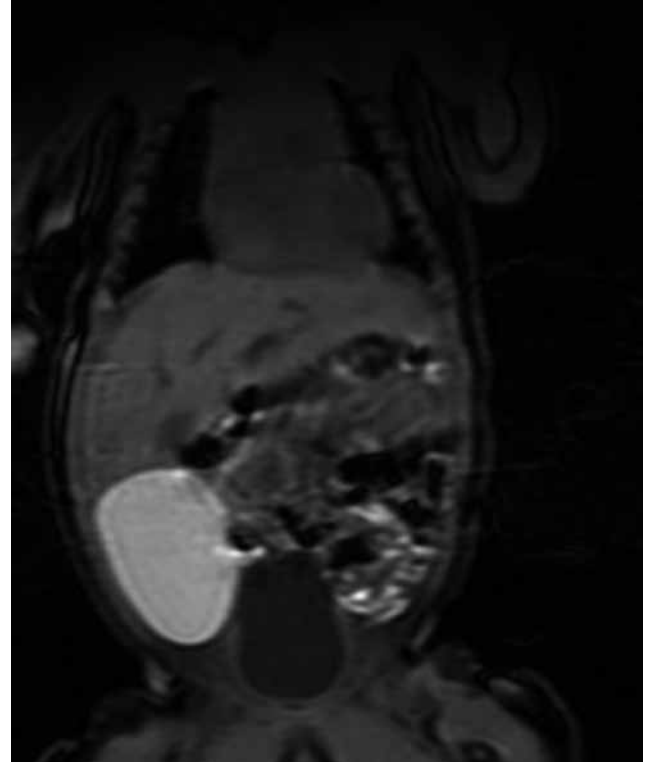
Resim 1: Batın sağ alt kadranda düzgün konturlu, ince cidarlı ve iç yapısında multipl septalar ve ekojeniteler içeren kistik lezyon.



Resim 2: RDUS incelemede kistin vaskülarizasyonu izlenmiyor.



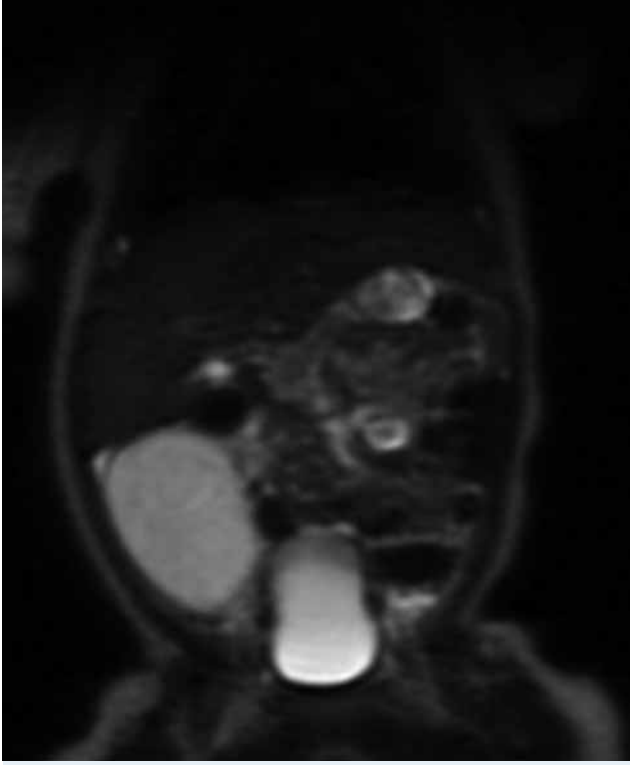
Resim 3: Postnatal transabdominal US incelemede; kist içeriği ve septasyonlar daha net seçilebiliyor.



Resim 4: Koronal T1 ve koronal T2 ağırlıklı MR imajlarında hemorajik içerik nedeniyle kistik lezyon hiperintens izlenmektedir.

1. ve 5. dakika APGAR skorları sırasıyla 6 ve 10 idi. Ancak yenidoğanın subkostal çekilmeleri mevcuttu. Postnatal birinci günde yapılan ultrasonografide; pelvis sağ yarısında adneksiyal lojda düzgün konturlu, iç yapısında multipl septasyonlar ve internal orta düzey ekojeniteler içeren 5.3x2.4 mm boyutlu kistik lezyon saptandı (Resim 3). Ultrasonografiyi takibeden ilk günlerde yapılan MRG incelemesinde sağ adneksiyal lojda 5x3x2 cm boyutlarında, T1 ve T2 sekanlarda, muhtemel geç subakut döneme ait hemoraji nede-

niyle hiperintens izlenen kistik lezyon saptandı (Resim 4 ve 5). Komplike over kisti düşünülen olgu, CA12.5, CEA; CA19.9 gibi tümör belirteçleri de bakıldıktan sonra pediatrik cerrahi tarafından ameliyata alındı. Genel anestezi altında tanışal laparoskopi ya-



Resim 5: Koronal T1 ve koronal T2 ağırlıklı MR imajlarında hemorajik içerik nedeniyle kistik lezyon hiperintens izlenmektedir.

pılan olguda; kistik kitlenin dışarı alınmasından sonra, over ve tuba yapısının tamamen nekroze uğradığı görüldüncel, salpingo-ooferektomi yapıldı. Operasyon spesimeninin patolojik incelemesinde; hemorajik infarktüs bulguları içeren over dokusu ve kist epiteli infarktüse gitmiş basit kistik yapı izlendi.

TARTIŞMA

Over kistleri prenatal dönemde en sık saptanan intraabdominal kistik kitlelerdir. Fetal over kistlerinin etyolojileri hala kesin bilinmemektedir, bununla birlikte fetal gonadotropinlerin, maternal östrojen ve human koryonik gonadotropinlerin hormonal stimülasyonu sorumlu tutulmaktadır (4). Fetal over kistlerinin maternal diyabet veya fetal hipotroidizm ile birlikteliği bildirilmiştir (5,6). Bizim olgumuzda da, fetal over kisti ile maternal diyabet birlikteliği mevcuttu.

Birçok olguda overyan kistler gebeliğin 3.trimesterinde tanınmaktadır. Fetal over kistleri genellikle unilaterale ve benigne natürlüdür. Dişu cinsiyetli fetal ab-

dominal kistlerin ayırıcı tanısına mezenterik ve urakal kistler, intestinal duplikasyon kistleri, kistik teratom ve intestinal obstruksiyon girmektedir (7).

MR görüntülemede kistler keskin sınırlı uniloküle kitleler olarak görülür. Komplike olmayan kistler T1 ağırlıklı imajlarda hipointens, T2 ağırlıklı imajlarda hiperintens görülür. Kanama ürünleri içerirler ise, hemorajik kist T1 ağırlıklı görüntülerde orta ila yüksek sinyal intensitesinde görülür. Yağ ve proteinöz materyalden ayırt etmek için yağ baskılı teknikler yararlıdır (8).

Overin kistik lezyonlarda prenatal yaklaşım, komplikasyonlar açısından önemlidir. Prenatal over kisti tespit edildiğinde, komplikasyonlar açısından (hidroamnios, asit, torsiyon) takip edilmelidir. Poli-hidroamnios varsa parsiyel gastrointestinal obstruksiyon düşünölmelidir (9). 4 cm'den büyük kistlerin yaklaşık %40'nda over torsiyonu gelişebildiği bildirilmektedir ve bu da cerrahi girişim endikasyonudur. Bununla birlikte overyan kistlerin %50'sinden çoğunda prenatal ve postnatal takiplerde kistin rezorbe olduğu görölmektedir.

Prenatal dönemde over kisti tanısı konduğunda, kist komplikasyonları açısından (hidramnios, asit, torsiyon) ultrasonografi ile seri takip yapılması önemlidir. Nussbaum ve ark. komplike over kistleri tanısı için bir dizi ultrason kriterleri bildirmişlerdir (10). Komplike olmamış bir kist düzgün bir duvara sahip olup, internal yapı içermemektedir. İntrakistik kanama ya da torsiyon geliştiğinde ise; kist, internal septalı kompleks bir yapı kazanmaktadır. Over kisti içine kanama, genellikle adneksal torsiyon şüphesini uyandırır. Diğere bir muhtemel torsiyon bulgusu ise, peritoneal irritasyon sonucu ortaya çıkan fetal taşikardidir. Bizim olgumuzda da prenatal dönemde kist içinde internal septasyon ve postnatal dönemde de internal septal yapılarla beraber, hemoraji ile uyumlu olabilecek orta düzey ekojeniteler izlenmekte idi. Postnatal dönemde 5 cm'nin altındaki çapta basit kistlerde "bekle ve gör" yaklaşımı, bu kistlerin çoğulukla regrese olmaya eğilimli olmasından dolayı, ön planda olacaktır. Ancak bazı araştırmacılar; kistlerin intrauterin patlatılması gibi gebelik sürecinde uygulanacak bir dizi yaklaşım önermektedirler (11-13). 5 cm'nin üzerindeki boyutlu basit kistler ile kompleks kistlerde ise, sıklıkla kitlenin cerrahi eksizyonu önerilmektedir (14,15).

Sonuç olarak; over kistleri yaşamı tehdit etmektedir ve antenatal dönemde yapılan ultrasonografi ile saptanabilmektedir. Perinatal dönemde tanısı

konan over kistlerinde konservatif “bekle ve gör” ya da cerrahi tedavinin seçilmesinde, seri olarak yapılacak ultrasonografi takiplerinin yeri çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. 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;164:874-878
2. Heling KS, Chaoui R, Kirchmair F, Stadie S, Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:47-50
3. 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;21:690-694
4. Schmahmann S, Haller JO. Neonatal ovarian cysts: pathogenesis, diagnosis and management. *Pediatr Radiol* 1997;27:101-105
5. Jafri SZ, Bree RL, Silver TM, Ouimette M. Fetal ovarian cysts: sonographic detection and association with hypothyroidism. *Radiology* 1984;150:809-812
6. Nguyen KT, Reid RL, Sauerbrei E. Antenatal sonographic detection of a fetal theca lutein cyst: a clue to maternal diabetes mellitus. *J Ultrasound Med* 1986;5:665-667
7. Sandler MA, Smith SJ, Pope SG, Madrazo BL. Prenatal diagnosis of septated ovarian cysts. *J Clin Ultrasound* 1985;13:55-57
8. Imaoka I, Wada A, Kaji Y et al. Developing an MR imaging strategy for Diagnosis of ovarian masses. *Radiographics* 2006;26:1431-1448.
9. Degani S, Lewinsky RM. Transient ascites associated with a fetal ovarian cyst: case report. *Fetal Diagn Ther* 1995;10:200-203
10. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley THN. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Pediatr Radiol* 1988;68:817-821
11. Crombleholme TM, Craigo SD, Garmel S. Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. *J Pediatr Surg* 1997;32:1447-1449
12. Perrotin F, Potin J, Haddad G, Sembely-Taveau C, Lansac J, Body G. Fetal ovarian cysts: areport of three cases managed by intrauterine aspiration. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:655-659.
13. Vogtlander MF, Rijntjes-Jacobs EG, van den Hoonard TL, Versteegh FG. Neonatal ovarian cysts. *Acta Paediatr* 2003;92:498-501.
14. Louis-Borrione C, Delarue A, Petit B, Sabiani F, Guys JM. Antenatal diagnosis of ovarian cyst: perinatal management. *Arch Pediatr* 2002;9:417-421
15. Dolgin SE. Ovarian masses in the newborn. *Semin Pediatr Surg* 2000;9:121-127.