

GEBELİKTE PERSİSTAN ADNEKSİYEL KİTLELER: 5 YILLIK DENEYİM

Aysun SAVAS EFESYOY, Talat Umut Kutlu DİLEK, Filiz ÇAYAN, Saffet DİLEK

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

ÖZET

Objektif: Cerrahi girişimde bulunulan persistan adneksiyel kitle tanılı gebelerin klinik ve patolojik sonuçlarının değerlendirilmesi.

Planlama: Retrospektif çalışma.

Ortam: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.

Hastalar: Birinci trimesterde saptanan ve gebelik süresince sebat eden 31 adneksiyel kitle olgusu.

Girişim: İkinci trimester veya termde laparotomi.

Değerlendirme parametreleri: Demografik ve klinik veriler ile postoperatif patolojik inceleme sonuçları.

Sonuç: Tüm gebeliklerde adneksiyel kitle insidansı % 0,02 (29/14523) olarak bulundu. Olguların ortanca yaşı 32 yıl, tanı konulan gestasyonel yaş 24,1 hafta ve cerrahi müdahale yapılan gestasyonel yaş 37 hafta olarak saptandı. Olgulardan 26'sına (%89,7) termde, 3'üne (%10,3) ise ikinci trimesterde yapılan cerrahi uygulandı. Postoperatif patolojik incelemede, 9 olguda (%30) fonksiyonel-basit kist, 9 olguda (%30) teratom, 6 olguda (%20) kistadenom, 2 olguda (%6,7) endometriyotik kist, 1 olguda (%3,3) borderline over tümörü ve 3 olguda (%10) ise malign over tümörü tespit edildi.

Yorum: İlk trimester antenatal takibin bir parçası olan USG'de adneksiyel alanın değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu sayede yakalanan ve çoğu benign olan adneksiyel kitlelerin doğru yönetimi anne ve fetusa ait komplikasyon oranlarını azaltır.

Anahtar kelimeler: adneksiyel kitle, gebelik, klinik yaklaşım, patolojik sonuçlar

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9, Sayı: 4, Sayfa: 198- 201

PERSISTENT ADNEXAL MASS DURING PREGNANCY: 5 YEARS EXPERIENCE

SUMMARY

Objective: Recently, adnexal masses has seen more often with using of routine prenatal ultrasonography during pregnancy. We reported our clinical and pathological results about adnexal masses.

Design: Retrospective study.

Setting: Obstetric and Gynecology Department, Mersin University Faculty of Medicine.

Patients: Persistent adnexal mass who were diagnosed at 1st trimester of 31 cases.

Interventions: Laparotomy for 2nd trimester or term.

Main outcome measures: Demographic, clinical data and postoperative histopathologic diagnosis.

Results: The incidence of an adnexal mass in all pregnancies was 0,02 % (29/14523). The median age of patients was 32 years (range, 20-41). The median gestational age at which adnexal masses were detected was 24.1 weeks (range, 7-41), and the mean gestational age at the time of surgery was 37 weeks (range, 14-41). Second trimester surgery was performed in 3 patients (10.3%), and time of cesarean delivery in 26 patients (89.7%). Postoperative

Yazışma adresi: Opr. Dr. Aysun Savaş Efesoy, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 33070 Mersin
Tel.: (0324) 337 43 00 / 0505 774 31 37
e-posta: aysunefesoy@gmail.com

Alındığı tarih: 21.11.2011, revizyon sonrası alınma: 14.06.2012, kabul tarihi: 15.07.2012, online yayım tarihi: 16.07.2012

pathology results of the patients were functional cysts in 9 cases (30%), teratoma in 9 cases (30%), cystadenoma in 6 cases (20%), endometrioma in 2 cases (6.7%), borderline tumor in one case (3,3%), and malignant tumors in 3 cases (10%).

Conclusions: Adnexes should be carefully examined with 1st trimester obstetrical USG and indication for surgical operation should be made more carefully.

Keywords: adnexal mass, clinical approach, pathological findings, pregnancy.

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9, Issue: 4, Pages: 198- 201

GİRİŞ

Obstetrik ultrasonografinin (USG) antenatal takibin bir parçası olmadığı dönemde yalnız semptomatik veya palpe edilebilecek boyutta adneksiyel kitlesi olan gebeler tespit edilebilirken, USG' nin rutin kullanıma girmesiyle asemptomatik ve palpe edilemeyen adneksiyel kitlelerin de saptanması sonucu gebelikte tespit edilen adneksiyel kitle sayısında artış olmuştur⁽¹⁾. Günümüzde bu oran %2-10'a kadar yükselmiştir⁽²⁾. Gebelikte saptanan adneksiyel kitlelerin çoğu folliküler, korpus luteum ve teka lutein kistlerdir. Bu kistlerin %85-90'ında müdahale gerektirmeden, 16. gebelik haftasına kadar spontan çözülme izlenir⁽³⁾. Asıl sorun semptomatik olmayan ve çözülme izlenmeyen (persistan) adneksiyel kitlelerin yönetimidir⁽⁴⁾.

Bu olgu serisinde 5 yıllık zaman diliminde kliniğimizde tanı alan, ilerleyen gebelik haftalarında sebat ettiği saptanarak izlenen ve cerrahi girişimde bulunulan persistan adneksiyel kitle tanıli gebeler ve sonuçları sunulmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Obstetrik polikliniğimizde 2006-2010 yılları arasında takip edilen 14523 gebe içerisinde, >3 cm ve persistan adneksiyel kitle ön tanısı konulan gebelik süresince izlenen 31 olgu geriye dönük olarak değerlendirildi. İntraoperatif gözlemlerde dev hidronefrotik poşe böbrek tanısı konulan 1 olgu ile hipersplenizm tanısı konulan 1 olgu çalışma dışında bırakıldı. Olguların medikal kayıtlarından demografik özellikleri, tanı konulan gebelik haftaları, cerrahi müdahale yapılan gebelik haftaları, perinatal sonuçları ve histopatolojik bulguları incelendi.

Tanımlayıcı istatistik analiz SPSS v.11.5 (SPSS Inc., Chicago, US) paket programı, grafik çizimi ise

Microsoft(r) Office Excel 2010 modülü (Microsoft Corporation, Washington, US) kullanılarak yapıldı. Veriler ortanca (mean) ve dağılım (range) olarak sunuldu.

SONUÇLAR

Toplam 14523 gebe içerisinde 29 olguya adneksiyel kitlenin 16. gebelik haftasından sonra sebat etmesi, akut karın bulguları ve/veya malignite şüphesi nedeniyle cerrahi uygulanmıştır. Tüm gebeliklerde persistan adneksiyel kitle insidansı % 0,02 (29/14523) olarak bulundu. Olgulardan 28'inde unilateral 1'inde ise bilateral adneksiyel kitle saptandı.

Olguların ortanca yaşı 32 yıl, tanı konulan gestasyonel yaş 24,1 hafta ve cerrahi müdahale yapılan gestasyonel yaş 37 hafta olarak saptandı. Olguların demografik özellikleri ile perinatal sonuçlar Tablo I'de sunulmuştur. Olguların 22'sine (%75,9) prenatal ultrasonografi ile tanı konulurken 7 (%24,1) olguda tanı C/S sırasında intraoperatif olarak konulmuştur. Olgulardan 26'sına (%89,7) termde, 3'üne (%10,3) ise ikinci trimesterde yapılan cerrahi müdahaleler uygulandı. Gebelik sırasında cerrahi uygulanan 3 olgudan; 1'ine kitle boyutu (12 cm), 1'ine ultrasonografik görüntüdeki malignite şüphesi, 1'ine ise torsiyon gelişmesi nedeniyle ikinci trimesterde cerrahi müdahale uygulandı. Ortanca operasyon süresi sezaryen ile doğum gerçekleştirilen olgular dahil 60 dakika olup 30 ile 120 dakika arasında değişmekteydi. Cerrahi uygulanan 30 adneksiyel kitlenin üçünde unilateral salpingo-oofektomi uygulandı, diğer olgularda ise kistektomi gerçekleştirildi. Tüm olgularda frozen-section inceleme yapıldı. Üç olguda frozen incelemenin malign bir olguda ise malignite ekarte edilememektedir şeklinde rapor edilmesi üzerine tam cerrahi evreleme gerçekleştirildi (İnfrakolik omentektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi, yıkama sitolojisi ve şüpheli

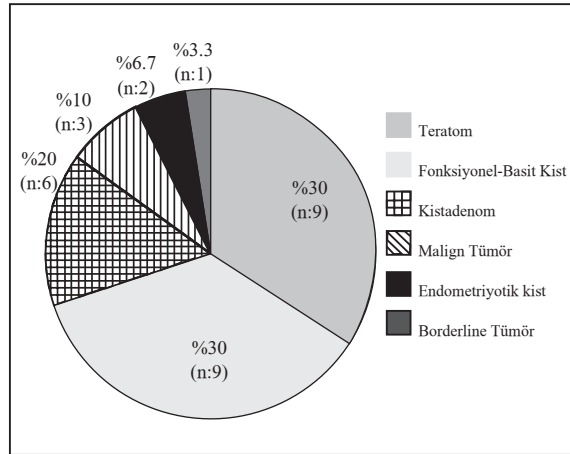
alanlarda multiple biyopsi alınması). Olgulardan ikisi vajinal yolla doğururken, 27 olguda doğum sezaryenle gerçekleşti. Yalnız 3 olguda (% 10,3) intraoperatif veya postoperatif transfüzyon gereksinimi ortaya çıktı. Ortanca kitle boyutu 4,5 cm olarak saptandı. Teratom (%30), fonksiyonel/basit kist (%30) ve kistadenom (%20) sıklıkla rapor edilen histopatolojik tanılar olarak bulundu ve kitlelerin %10'unun ise malign olduğu gözlemlendi. Kitlelerin histopatolojik tanıların dağılımı Figür 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri ve perinatal sonuçlar.

	Ortanca (dağılım)
Maternal yaş (yıl)	32 (20-41)
Gravida*	2 (1-8)
Parite**	1 (0-3)
Tamı konulan gestasyonel yaş (hafta)	24,1 (7-41)
Cerrahi müdahale yapılan gestasyonel yaş (hafta)	37 (14-41)
Doğumda gestasyonel yaş (hafta)	38 (27-41)
Kitlenin patolojik boyutu (cm)	4,5 (2,26,5)
Doğum ağırlığı	3100 (635-4270)
Apgar skoru	
1. dakika	8 (6-10)
5. dakika	9 (7-10)

*Primigravid: 9/29 (%31,1) Multigravid: 20/29 (%68,9)

** Nullipar: 13/29 (%44,8) Primipar: 7/29 (%24,2) Multipar: 9/29 (%31)



Figür 1: Kitlelerin histopatolojik tanıların dağılımı.

TARTIŞMA

Gebelikte kullanılan tanı metodu, kitlenin tanımı ve gestasyonel yaşa bağlı olarak farklı insidanslar bildirilmekle beraber, tüm gebeliklerin %2-10 kadarında adneksiyel kitle tespit edilmektedir^(1,2). Bu kitlelerin büyük bir kısmı over kaynaklıdır. Bunlar içerisinde en

başta fonksiyonel over kistleri (foliküler, korpus luteum, teka lutein kistler) gelirken, bunu benign kistik teratomlar, kistadenomlar, paraovaryen kistler, endometriyotik kistler ve malign tümörler takip eder^(4,5). Bizim serimizde ise 9 olguda (%30) fonksiyonel-basit kist, 9 olguda (%30) teratom, 6 olguda (%20) kistadenom ve 2 olguda (%6,7) endometriyotik kist saptandı.

Fonksiyonel over kistleri genellikle gebeliğin ilk trimesterinde saptanır ve hemen her zaman, cerrahi müdahale gerektirmeksizin, 16. gebelik haftasına kadar spontan olarak gerilerler⁽³⁾. On altıncı gebelik haftasından sonra persistan adneksiyel kitlelerin neoplastik olma ihtimali daha fazladır. Malign over tümörleri gebelikte nadir olup farklı serilerde persistan over kitlelerinin %1-23'ünü oluşturdukları bildirilmiştir^(6,7). Düşük malign potansiyelli over tümörleri de (borderline over tümörleri) agresif seyretmemelerine rağmen over maligniteleri içinde kabul edilirler⁽⁵⁾. Serimizde 3 olguda (%10) malign over tümörü, 1 olguda (%3,3) ise borderline over tümörü tespit edildi.

Tanıda USG, güvenliği ve pelvik kitlenin morfolojik değerlendirilmesini sağlaması nedeni ile birincil tanısal yöntem olarak kabul edilmektedir⁽⁸⁾. Kitlenin renkli Doppler USG ile değerlendirilmesi yönündeki öneriler ise çelişkili olup renkli Doppler USG, ultrasonografik morfolojik değerlendirmeden üstün değildir⁽⁹⁾. Gebelikte kullanımı güvenli olarak kabul edilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) pelvik kitlelerin ayrıntılı tanısında USG ile karşılaştırıldığında minimum bir fayda sağlamaktadır. Ayrıca MRG, ultrasonografik tanının kesin olmadığı gebelerde ve saplı subseröz miyom olduğu düşünülen olgularda tanıya yardımcıdır⁽¹⁰⁾. Kendi serimizde hasta yaklaşımını seçmede ultrasonografik değerlendirme ve morfolojik bulgular temel yol göstericimizdi. Hiçbir olguda tanıya yardımcı görüntüleme yöntemi olarak manyetik rezonans görüntülemeye başvurmadık. Öte yandan gebelik haftası ilerledikçe büyüyen uterusun ve yer değiştiren intraabdominal organlar daha önceden tanı konan kitlenin izlemine ve geç başvurularda ise operasyona kadar tanı konmasını güçleştirmektedir.

Normal bir gebelik ile postpartum sürecinde CA-125 düzeyleri değişkenlik göstermektedir; ilk trimesterde pik yapan CA-125 düzeyi gestasyonel yaş ilerledikçe normal seviyelere düşer, doğumu takiben ikinci piki yapar ve postpartum 2-10. haftalarda tekrar normal seviyelere gelir⁽¹¹⁾. Ovaryen germ hücreli ve seks kord stromal tümörlerin belirteçleri olan beta-human chorionic

gonadotropin, alfa-fetoprotein ile inhibin de fizyolojik fetal gelişim sürecinde sentezlenmekte ve maternal serumda yüksek düzeylerde tespit edilmektedir⁽¹⁾. Dolayısıyla tümör belirteçlerinin antepartum ve postpartum dönemde saptanan over kitlesinin benign-malign olma ayırımındaki yeri sınırlıdır.

Gebelikte adneksiyel kitlelerin yönetimindeki temel düşünce; maternal ve fetal riskleri göz önünde bulundurarak, izlem veya cerrahi tedavi yönünde karar vermektir. Gebelikte saptanan adneksiyel kitlelerin çoğunluğu benign ve büyük bir bölümünün de kendiliğinden gerilediğinden dolayı USG ile yapılan seri gözlem öncelikle her trimesterde tercih edilmesi gereken seçenektir⁽¹⁾. Bu önerinin bilimsel kanıtlarından biri olan ve Bernhard tarafından yapılan çalışmada, adneksiyel kitle tanısı alan 422 gebenin %76'sında (320/422) kitlenin 5 cm'den küçük ve basit kistik özellikte olduğu diğerlerinde ise kitlenin 5 cm'den büyük veya kompleks görünümde olduğu saptanmış ve 5 cm'den küçük ve basit kistik özellikteki olguların tamamının, 5 cm'den büyük veya kompleks görünümdeki olguların ise %69'unun kendiliğinden gerilediği bildirilmiştir⁽¹²⁾.

Adneksiyel kitlesi olan gebelerde 10 cm'den büyük persistan asemptomatik kitle varlığında, kitlenin ultrasonografik görüntüsünün maligniteyi düşündürdüğü ve kitlenin semptomatik olması (torsiyon, rüptür, doğum yolu obstrüksiyonu) durumunda cerrahi tedavi planlanmalıdır⁽⁴⁾. İlk trimesterde ve 24. haftadan sonra yapılan abdominal cerrahilerin gebelik sonuçları üzerine olumsuz etkilerini gösteren yeterli bilimsel kanıt bulunmaktadır. Serimizdeki hastalardan 3'üne (%10,3) ikinci trimesterde klasik laparotomi ile cerrahi müdahale yapıldı. Bu 3 olgudan 1'ine kitle boyutu (12 cm), 1'ine ultrasonografik görüntüdeki malignite şüphesi, 1'ine ise torsiyon gelişmesi nedeniyle term beklenmeden cerrahi müdahale yapılmıştır. Dolayısıyla, cerrahi girişim için ideal zamanlama 14-22. gebelik haftaları arasındadır. Öte yandan bu haftalarda yapılan cerrahi müdahaleleri takiben de spontan abortus, erken membran rüptürü ve preterm eylem gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilceği unutulmamalıdır⁽¹⁾. Cerrahi müdahalenin klasik laparotomi veya laparoskopik teknikle yapılması malignite riski, operasyon koşulları ile hasta ve cerrahın

tercihine bağlıdır.

Sonuç olarak bu olgu serisi ile, ilk trimester antenatal takibin bir parçası olan USG'de adneksiyel alanın değerlendirilmesinin çok önemli olduğunu ve bu sayede yakalanan adneksiyel kitlelerin doğru yönetiminin anne ve fetusa ait komplikasyon oranlarını azaltacağını vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Nick AM, Schmeler K. Adnexal masses in pregnancy. *Perinatology* 2010; 1: 13- 9.
2. Schwartz N, Timor-Tritsch IE, Wang E. Adnexal masses in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 570- 85.
3. Condous G, Okaro E, Bourne T. The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 22: 420- 30.
4. Dilek TUK, Öztürk İ, Çayan F, Doruk A, Dilek S. Gebelikte adneksiyel kitleler. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2007; 8: 320- 3.
5. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 463- 70.
6. Leiserowitz (2) GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol* 2006; 101: 315- 21.
7. Agarwal N, Parul, Kriplani A, Bhatla N, Gupta A. Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 267: 148- 52.
8. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: accuracy of sonographic diagnosis and outcome. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 447- 52.
9. Wheeler TC, Fleischer AC. Complex adnexal mass in pregnancy: predictive value of color Doppler sonography. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 425- 8.
10. Weinreb JC, Brown CE, Lowe TW, Cohen JM, Erdman WA. Pelvic masses in pregnant patients: MR and US imaging. *Radiology* 1986; 159: 717- 24.
11. Spitzer M, Kaushal N, Benjamin F. Maternal CA-125 levels in pregnancy and the puerperium. *J Reprod Med* 1998; 43: 387- 92.
12. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 585- 9.