

¹ Ferhan SÖNMEZ

Gebelik ve Adneksiyel Kitleler

¹ Seyhan SÖNMEZ

Pregnancy and Adnexal Masses

¹ Ersen ERAYDIN

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı gebelikte görülen adneksiyel kitlelerin değerlendirilmesidir.

² Ahmet KARATAŞ

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Mart 2005 ile 11 Ağustos 2006 tarihleri arasında doğum yapan 13750 olgudan obstetrik endikasyonlarla veya pelvik kitle nedeniyle sezaryen yapılan ve pelvik kitle tespit edilen hastalar retrospektif olarak incelendi.

³ Cüneyt Eftal TANER

Bulgular: Oniki olguda adneksiyel kitle (11 ovarian, bir para-ovarian) saptandı. İnsidans tüm doğumlarda %0.21 olarak hesaplandı. Hastaların ortalama yaşı 20.9 ± 1.3 (17-34) idi. Ortalama paritesi 1.4 ± 0.3 (0-4) idi. Sezaryen sekiyo zamanında ortalama gebelik haftası 38.2 ± 0.2 (37-40) idi. Tespit edilen kitlelerin çapı 8.9 ± 1.2 cm (5-20) idi. Olguların tümü asemptomatik idi. Hastaların operasyon sonrası patoloji sonuçları 5 olguda (%41.6) seroz kist, 3 olguda (%25) matür kistik teratom, 2 olguda (%16.6) müsinöz kistadenom, 1 olguda (%8.3) endometrioma ve 1 olguda (%8.3) para-ovarian kist idi.

¹ Bitlis Devlet Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum, BITLİS

Sonuç: Gebelikte asemptomatik ve malignite düşünülmeyen adneksiyel kitlelerin terme kadar takip edilebileceği ve sezaryen ile eş zamanlı müdahale edilebileceği akılda tutulmalıdır.

² Beyhekim Devlet Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve
Doğum, KONYA

Anahtar kelimeler: Gebelik, adneksiyel kitleler, sezaryen doğum

³ Ege Doğumevi ve Kadın
Hastalıkları Araştırma
Hastanesi, İZMİR

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is the demonstration of adnexal masses detected during pregnancy.

Methods: A retrospective study of adnexal masses detected from 13750 pregnant identified at the time of cesarean section for obstetric indications or pelvic masses between March 1st 2005 and August 11th 2006 at Ege Maternity and Gynecology Training and Research Hospital, Izmir.

Results: We detected 12 pregnant with adnexal masses (eleven ovarian, one paraovarian cysts). The incidence was 0.21% in whole labours. The mean age of the patients was 20.9 ± 1.3 years (range 17-34). The mean parity was 1.4 ± 0.3 (0-4). Mean gestational age at time of cesarean section was 38.2 ± 0.2 (37-40). The diameter of masses were 8.9 ± 1.2 cm (range 5-20). All of the cases were asymptomatic. Postoperative pathology results of the patients were serous ovarian cysts in 5 cases (41.6%), dermoid cyst in 3 cases (25%), mucinous cystadenoma in 2 cases (16.6%), endometrioma in 1 case (8.3%) and para-ovarian cyst in 1 case (8.3%).

Conclusion: Asymptomatic and noncomplicated ovarian cysts detected during pregnancy could be followed up to delivery and could be excised simultaneously with cesarean section.

Key words: Pregnancy, adnexal masses, cesarean delivery

Submitted/Başvuru tarihi:

14. 07. 2010

Accepted/Kabul tarihi:

27. 12. 2010

Registration/Kayıt no:

10 07 140

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:

Dr. Ahmet Karataş

Beyhekim Devlet Hastanesi ,
Kadın Hastalıkları ve Doğum,
42250, Selçuklu, Konya.

e-mail:

akaratas1973@hotmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

GİRİŞ

Ultrasonografi (USG)'nin rutin kullanımı sonucu gebelikte tespit edilen adneksiyel kitle sayısı artmıştır. Adneksiyel kitle insidansı gebelerin % 0.15'inde bildirilmiştir (1, 2). Gebe kadınlarda cerrahi tedavi gerektiren adneksiyel kitleler ise 1/1312 canlı doğum olarak bildirilmektedir (3). Gebeliğin ilk üç ayında tespit edilen pelvik kitlelerin çoğu spontan olarak kaybolan corpus luteum kistleridir. Gebelikteki pelvik kitlelerin 1/10.000 ile 1/50.000'i malign olarak bildirilmektedir (4). Gebelikte adneksiyel kitlelere yaklaşım değişkendir. İzlem veya cerrahi yaklaşım tercih edilebilir. Persiste pelvik kitlelerin çoğunun fonksiyonel kist ve matür kistik teratom olduğu görülmüştür. Gebelikte cerrahi müdahale büyük ve semptomatik tümörler ile görüntüleme yöntemlerinde yüksek malignite şüphesi olanlara gerekir (5). Konservatif cerrahi iyi huylu kitleler ile borderline over tümörlerine uygulanabilir (6). Cerrahi evrelemeyi içeren daha agresif cerrahi, over maligniteleri için gereklidir. Aynı zamanda nadiren, maternal mortalite riskleri

fetal sonuçlardan ağır basan ilerlemiş over kanseri hastalarında az bir fetal toksisite ile birlikte gebelik esnasında da kemoterapi uygulanmaktadır (5). 15. gebelik haftasından sonra; a) gebeliğin ikinci üç ayına kadar sebat eden, b) 5-10 cm'den daha büyük olan, c) solid veya solid ve kistik USG bulgusu olanlara cerrahi uygulama önerilmektedir (4).

GEREÇ ve YÖNTEM

Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01/03/2005 ile 11/08/2006 tarihleri arasında doğum yapan 13750 olgudan obstetrik endikasyonlarla veya pelvik kitle nedeniyle sezaryen yapılan ve pelvik kitle tespit edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Bu olguların demografik özellikleri, ultrasonografik görünümleri, yapılan operasyonlar ve adneksiyel kitlelerin histopatolojik özellikleri gözden geçirildi. Normal dağılım gösteren değişkenler için veriler ortalama \pm SD olarak gösterildi.

BULGULAR

Hastanemizde Mart 2005 ile Ağustos 2006 tarihleri arasında 13750 doğum olmuş bunların 5536'sı (%40) sezaryen ile gerçekleştirildi. Oniki olguda adneksiyel kitle saptandı. İnsidans tüm doğumlarda %0.21 olarak hesaplandı. Hastaların yaşı 20.9 ± 1.3 (17-34), paritesi

Tablo 1. Olguların yaşı, parite, sezaryen haftası ve ortalama kist çapları.

Olgu sayısı	12
Yaş	20.9 ± 1.3 (17-34)
Parite	1.4 ± 0.3 (0-4)
Sezaryen haftası	38.2 ± 0.2 (37-40)
Ortalama kist çapı (cm)	8.9 ± 1.2 (5-20)

1.4 ± 0.3 (0-4), sezaryen haftası 38.2 ± 0.2 (37-40) olarak saptandı. Yaş, parite, sezaryen haftası ve ortalama kist çapları Tablo 1'de sunuldu. Oniki hastanın 7'sinde obstetrik nedenle yapılan sezaryen doğum esnasında tesadüfen over kisti tespit edildi. Diğer 5 gebede gebeliğin son üç ayında adneksiyel kitle tespit edilmiş ve miyada kadar takip edildikten sonra elektif olarak sezaryen yapılmıştır. Adneksiyel kitlelerin 11 tanesinin over kaynaklı, 1 tanesinin ise paratubal kaynaklı olduğu görüldü. Tespit edilen kitlelerin çapı 5-20 cm (8.9 ± 1.2) idi. Olguların tümü asemptomatik idi. 3 olguya unilateral salpingoofektomi 9 olguya da kistektomi uygulandı. Histopatolojik olarak 5 olguda (%41) seröz kist, 3

Tablo 2. Adneksiyel kitlelerin ultrasonografi ve operasyon esnasında görünümü, sezaryen endikasyonları, uygulanan operasyonun tipi ve histopatolojik tanıları.

VAKA	USG Tanısı	Operasyon esnasında Görünümü	C/S Endikasyonu	Operasyon	Histopatolojik Tanı
1	Yok	5 cm endometrioma	Ablasyo plasenta	C/S + Kistektomi	Endometrioma
2	Yok	6x8 cm düzgün kapsüllü kist	İlerlemeyen travay	C/S + Kistektomi	Matür Kistik Teratom
3	Yok	5x6 cm paraovaryal kist	İlerlemeyen travay	C/S + Kistektomi	Seröz kist
4	Yok	5 cm basit over kisti	Mükerrer sezaryen	C/S + Kistektomi	Seröz kist
5	Yok	6x8 cm semisolid komponent içeren kist	Preeklampsi + İUGR	C/S + USO	Matür kistik teratom
6	Yok	20x20 cm mobil kistik kitle	Mükerrer sezaryen	C/S + USO	Müsinöz Kistadenom
7	Yok	15x10 cm basit kist	Primigravid Makat prezentasyon	C/S + USO	Seröz kist
8	70x77 mm homojen kist	8x8 cm basit kist	Gebelik + Over Kisti	C/S + Kistektomi	Seröz kist
9	84x105 mm semisolid kitle	10x10 cm kistik kitle	Gebelik + Over Kisti	C/S + Kistektomi	Matür Kistik Teratom
10	50x67 mm lobule konturlu septalı kist	5x6 cm basit kist	Gebelik + Over Kisti	C/S + Kistektomi	Seröz Kist
11	58x98 mm homojen kist	9x10 cm paratubal homojen kist	Gebelik + Over Kisti	C/S + Kistektomi	Paratubal kist
12	66x91 mm basit kist	10x10 cm basit kist	Gebelik + Over Kisti	C/S + Kistektomi	Müsinöz Kistadenom

USG: Ultrasonografi, C/S: Sezaryen/Seksiyo, İUGG: Intra Uterin Gelişme Geriliği, USO: Unilateral Salpingoofektomi

olguda (%25) matür kistik teratom, 2 olguda (%16) müsinöz kistadenom, 1 olguda (%8) endometrioma ve bir olguda (%8) paratubal kist tespit edildi. Malignite tanısı alan olgu olmadı. Adneksiyel kitlelerin USG ve operasyon esnasında görünümü, sezaryen endikasyonları, uygulanan operasyonun tipi ve histopatolojik tanıları Tablo 2’de sunuldu.

TARTIŞMA

Rutin USG’nin kullanımı ile gebelikte tespit edilen adneksiyel kitle sıklığı artmıştır. Bu durumda bu olguların nasıl takip edileceği sorunu gündeme getirmiştir. Gebelikte tespit edilen adneksiyel kitlelerin malignite insidansı %1-10 arasında olduğu bildirilmekle beraber bizim serimizde malign tanısı alan olguya rastlanmadı. Bu durum olgu sayımızın az olmasından kaynaklanmış olabilir. Sherard ve Whitecar (2, 3)’in yaptığı çalışmalarda gebelikte görülen adneksiyel kitlelerde en çok matür kistik teratom (%50’ye varan oranlarda) olduğu bildirilmiş; bizim serimizde en sık konulan histopatolojik tanı 5 olguda (%41) benign seröz kist, 3 olguda (%25) matür kistik teratom oldu. Literatürde gebelikte görülen en büyük müsinöz kistadenom 33 cm çapıyla Dessole ve arkadaşları tarafından rapor edilmiştir (7). Bizim de bir olgumuzda 20x20 cm boyutlarında müsinöz kist adenom tespit edildi. Gebelikte 5 cm’den küçük tüm kistlerin spontan olarak kaybolduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (8). Olgularımızda tespit edilen kistlerin çapı 5-20 cm (8.9±1.2) idi. Adneksiyel kitle beş olguda (%41) cerrahi öncesi ultrasonografik, 7 olguda ise (%59) obstetrik nedenle yapılan sezaryen doğum esnasında insidental olarak tespit edilmiştir. Bu durum USG’nin günümüzde yaygın ve sık kullanımına rağmen çeşitli nedenlerden dolayı azımsanmayacak oranda adneksiyel kitlesi bulunan gebenin gözden kaçabileceğini gösteriyor. 1963’de Munnell gebelikte ovarian kistlerin çıkarılmasını gerektirecek üç endikasyonu şu şekilde tanımlamıştır: 1. Olası distosi ihtimalini engellemek, 2. torsiyon, rüptür veya hemoraji tehlikesi, 3. malignensi riski varsa. Tüm teknolojik gelişmelere rağmen bu endikasyonlar günümüzde de hala geçerlidir. USG benign ve malign lezyonları ayırt etmede bize ilave bilgiler verebilir. USG’de; büyük kistler, multiloküler, septa ve papilla içeren, cidar kalınlığı artan, miks kitle görünümü ve kan akımındaki artış olanlarda neoplaziden şüphelenilmelidir (4, 9). Persiste adneksiyel kitle varlığında, USG’de kompleks görünüm ve 5 cm’den büyük kitlelerde cerrahi düşünülmelidir (4). Semptom ve komplikasyon yoksa ve distosi riski olmadığı düşünülüyorsa acil cerrahi tercih edilmemelidir (10). Bazı yazarlar ise terme ulaşan gebelerde (ikinci kez operasyonun

engellenmesi, rüptür, torsiyon, hemoraji ve distosi riskini azaltması gibi avantajları nedeniyle) sezaryen ile eş zamanlı kitlenin çıkarılmasının uygun olduğunu belirtmişlerdir (9).

Gebelikte asemptomatik ve malignite düşünülmeyen adneksiyel kitlelerin terme kadar takip edilebileceği ve sezaryen ile eş zamanlı müdahale edilebileceği akıldaki tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Schwartz N, Timor-Tritsch IE, Wang E. Adnexal masses in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4):570-85.
2. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(2):358-63.
3. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(1):19-24.
4. Marret H, Lhommé C, Lecuru F. Guidelines for the management of ovarian cancer during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;149(1):18-21.
5. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61(7):463-70.
6. Kashima K, Yahata T, Fujita K. Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma associated with pregnancy. *Int J Gynecol Cancer.* 2008;18(5):908-12.
7. Dessole S, Capobianco G, Milia L. Giant ovarian tumor complicating late pregnancy: A case report. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(7):665-7.
8. Thornton JG, Wells M. Ovarian cysts in pregnancy: does ultrasound make traditional management inappropriate? *Obstet Gynecol.* 1987;69(5):717-21.
9. Kumari I, Kaur S, Mohan H. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006;46(1):52-4.
10. Kuş E, Swierczewski A, Estemberg D. Course of pregnancy and delivery in a patient with ovarian cancer after conservative surgical treatment--case report *Ginekol Pol.* 2010;81(1):65-8.