Bezmialem Science 2016; 2: 80-2
DOI: 10.14235/bs.2016.764

Fetal Over Kist Torsiyonu: Antenatal Takip ve Yönetimi

Fetal Ovarian Cyst Torsion: Antenatal Evaluation and Management

Necip Cihangir YILANLIOĞLU[1], Altuğ SEMİZ[1], Yaşam Kemal AKPAK[2,8], Nüvit SARIMURAT[3], Ercan TUTAK[4], Yasemin ÇEKMEZ[5], Meltem ÖZBEN[6], Nilay KARACA[7]

[1]Fetal Medicine Unit, Memorial Şişli Hospital, İstanbul, Turkey
[2]Clinic of Gynecology and Obstetrics, Ankara Mevki Military Hospital, Ankara, Turkey
[3]Clinic of Pediatric Surgery, Memorial Şişli Hospital, İstanbul, Turkey
[4]Neonatal İntensive Care Unit, Memorial Şişli Hospital, İstanbul, Turkey
[5]Clinic of Gynecology and Obstetrics, Ümraniye Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey
[6]Clinic of Gynecology and Obstetrics, Balat Private Hospital, İstanbul, Turkey
[7]Clinic of Gynecology and Obstetrics, Bezmialem University Hospital, İstanbul, Turkey
[8]Clinic of Gynecology and Obstetrics, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

ÖZ

Eğer terme yaklaşılan son haftalarda bile fetüsün genel anatomik gelişiminin değerlendirilmesine ekstra özen gösterilirse rutin antenatal değerlendirme daha efektif hale gelerek önceden tespit edilemeyen bazı patolojiler de tespit edilebilip uygun bir şekilde müdahale edilebilir. Bu olgu sunumunda over kistinden şüphe edilmiş ve bu yüzden hastanemize refere edilmiş 35 haftalık bir gebeyi sunuyoruz. Hastaya dopler ultrasonografi sayesinde fetal over kist torsiyonu tanısı kondu ve çocuk cerrahlarının opere edebilmesi için doğum kararı alındı. Operasyon sırasında tanı doğrulandı ve over başarılı bir kistektomiyle kurtarıldı.

Anahtar Kelimeler: Fetal over kisti, prenatal tanı, fetal abdominal kitle, ultrason taraması, over torsiyonu

ABSTRACT

Routine antenatal care is rendered more effective if some extra care is spent on the general anatomical development of the fetus even in the last few weeks approaching term, when some previously unsuspected pathologies can be detected and appropriately managed. In this case, we present the case of a patient in her 35th gestational week. The fetus was suspected to have an ovarian cyst, and the patient was therefore referred to our hospital. By means of Doppler ultrasound examination, a fetal ovarian cyst torsion was diagnosed, and delivery was expedited to enable the pediatric surgeon to operate on the newborn. The diagnosis was confirmed at the operation, and the ovary was salvaged with a successful cystectomy.

Keywords: Fetal ovarian cyst, prenatal diagnosis, fetal abdominal mass, ultrasound scan, ovarian torsion

Giriş

Fetal hastalıklara antenatal dönemde tanı konulması, fetüs sağlığı ve sağ kalımı açısından son derece önemlidir (1). Klinik olarak anlamlı olan fetal over kistlerinin izlenme oranı, 2500 canlı doğumda birdir. 2 cm'nin altında normal kabul edilmekle birlikte ultrasonografik takiplerle sürekli değerlendirme gerektirmektedir. Ayırıcı tanıda intestinal duplikasyon kistleri, lenfanjiyomalar, mezenterik kistler, kistik mekonyum peritoniti, nöroblastomalar, kistik teratomalar, renal kistik displazi, mezenterik, omentum ve koledok kistlerinden ayrılmaları gerekmektedir (2). Normal kabul edilen basit over kistleri maternal östrojenin, plasentaya ait hormonların artması ve fetal gonadotropinlerin etkisiyle oluşmaktadır. Maternal diyabetes mellitus, Rh izoimmünizasyonu ve fetal hipotiroidi gibi hastalıklar fetal gonadotropin seviyesini arttırarak over kistlerinin oluşumunu arttırabilir (3). Çoğu antenatal tespit edilen fetal over kistleri, doğum sonrası bir kaç ayda spontan regrese olur. 29. gebelik haftasında tamamlanan hipotalamus-hipofiz-gonad yolağının etkisiyle en çok 3. trimesterde tanı konulmaktadır (4). Fetal over kistleri antenatal dönemde fetal anemiye, kompresyona veya rüptüre yola açabilse de, en sık komplikasyonu intrakistik kanama, ikinci sıklıkta ise torsiyondur (5). Basit ve kompleks olarak ikiye ayrılan kistlerin tanısı antenatal dönemde ultrasonografi ile konmaktadır. Basit kistler ince duvarlı ve anekoik bir görüntü verirken, kompleks kistler ise içerisinde partiküllü veya solid alanlar içeren septalı kistlerdir. Literatürde birçok vaka serisine rağmen halen yönetimi konusunda net bir fikir birliği oluşmamıştır. Bu tanı konulduktan sonra antenatal müdahale veya doğum kararı için iyi bir değerlendirme ve sağlam kriterlere ihtiyaç vardır. Çünkü bu sürece müdahil olunmazsa tuba uterina kanlanmamayı 90 derece rotasyona kadar tolere edebilse de over kaybına, ardından

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Yaşam Kemal AKPAK; Dışkapı Yıldırım Beyazıt Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara, Türkiye E-mail: yasamaster@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 06.11.2015
Kabul Tarihi / Accepted: 21.12.2015

©Telif Hakkı 2016 Bezmialem Vakif Üniversitesi - Makale metnine www.bezmialemscience.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2016 by Bezmialem Vakif University - Available online at www.bezmialemscience.org

da batın içi organlarında adezyon ve onların nekrozuyla beraber infantın ölümüne kadar ilerleyebilir (3). Bu olgu sunumunda antenatal dönemde tespit edilen torsiyone fetal over kistinin literatür eşliğinde yönetimini değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu Sunumu

40 yaşında olan hastanın 2. gebeliği olup daha önce 1 sezaryen doğum öyküsü mevcuttu. Hastanın medikal öyküsünde önem arz edecek bir özellik yoktu. Başka merkezde yapılan 2. düzey ultrasonografisi dahil antenatal takiplerinde herhangi bir anomali saptanmamış ve normal sınırlarda değerlendirilmişti. 35+2 haftalık gebe iken yapılan obstetrik ultrasonda tahmini fetüs ağırlığı 2780 g, mide lojunun altında sol adenksial alanda yaklaşık 4.14x3.46 cm çapında heterojen ekojenitede over kisti izlendi (Resim 1). Dopler ultrasonografi ile değerlendirilen kitlede şüpheli-zayıf akım izlendi. Karın çevresi (AC) ölçümünün 1 hafta ileride bulunmasından başka özellik veya normal dışı durum tespit edilmedi. Fetal over kist torsiyonu ön tanısı konuldu. Dopler akımda belirgin azalma izlenmesi nedeniyle overi kurtarabilmek için bebek hafta ve kilosunun da yeterli olduğu göz önüne alınarak aileye sezaryen seçeneği sunuldu. Ailenin sezaryen kararı üzerine gerekli onamları alınarak ve çocuk cerrahisi de bilgilendirilerek sezaryen doğum uygulandı. 2790 g ağırlığında bir kız bebek doğurtuldu. Bebeğe abdominal ultrasonografi ile dopler ultrasonografi uygulandı ve intrauterin bulguların aynısı izlendi. Bebek opere edildi. Santral transvers kesi ile girildi. Sol adneksial alanda torsiyone over kisti ve adneks izlendi (Resim 2). Kist detorsiyone edildi. Rengi düzeldi. Kapsülünden sıyrılarak patolojiye yollandı. Tuba ve overin yeniden kanlandığı izlenerek batın kapatıldı. Bebek postoperatif 1 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlendi. Takiben servise alındı ve 2 gün sonra sağlıkla taburcu edildi. Patoloji raporu kalsifiye, eski kanama ve fibrin içeren, torsiyone over kisti olarak raporlandı. Postoperatif 7. gün transabdominal ultrasonografi ile over dolaşımı ve yapısı normal izlendi.

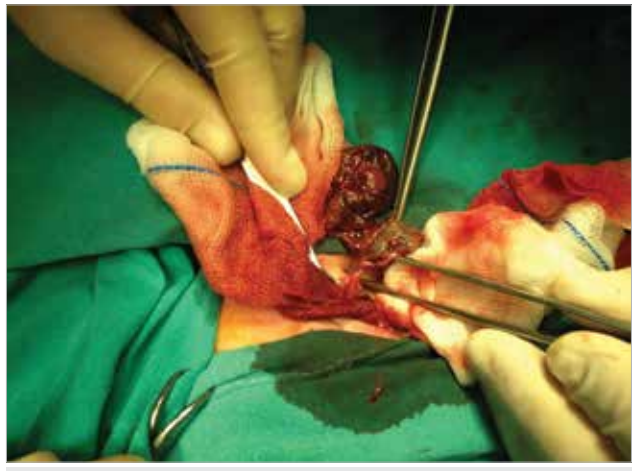
Tartışma

Ovaryan kistlerin prenatal ve postnatal yönetimi hala net değildir. Cerrahi müdahaleyi de, bekle-gör taktiğiyle ultrasonografi ile izlemi de etkin ve makul bulanlar mevcuttur. 73 fetal over kistinin incelendiği bir seride over kist tanıları 33,6 haftada konmuştur (3). 82 vakalık başka seride ortalama tanı haftası 32. gebelik haftasıdır (5). Bizim olgumuzda da tanı 3. trimesterde 35. gebelik haftasında konmuştur. Bilateral gözükmesi çok nadirdir. Genellikle unilateral olan fetal over kistleri sol tarafa göre 2 kat daha fazla oranda sağda izlenir (5). Bizim olgumuzda solda unilateral olarak izlenmiştir.

Yetişkinlerde preoperatif olarak over kist torsiyonlarının doğru tanınması %66 oranındayken bunu intrauterin fetüste yapmak gerçekten çok zordur (6, 7). Aslında kist boyutlarındansa kist pedinkülünün ölçümü tosiyonu öngörmede daha etkin bir yöntemdir. Ancak sadece operasyon sırasında ölçülebilmesi ve ultrasonografi ile öngörmenin zorluğu kullanılabilir yöntem



Resim 1. Cerrahi sonrası doğrulanan, prenatal ultrasonda tespit edilen fetal sol over kist torsiyonu



Resim 2. Doğum sonrası detorsiyone edilip, kapsülü sıyrılan over kisti

olmaktan çıkartmaktadır (8,9). Fetal kistler pelviste değil abdomendedir. Bizim olgumuzda da mide altında tespit edilmiştir.

Yedi yıl boyunca prospektif değerlendirilen fetal over kistlerinin incelendiği bir çalışmada takip edilen 5 cm altı olguların %76'sı spontan regrese olmuş, torsiyon olan diğer olguların ortalama kist boyutu 4,4 cm olarak izlenmiştir. Aynı çalışmada 5 cm'yi geçen 14 olguya aspirasyon işlemi komplikasyonsuz uygulanmış, sadece 2 tanesi posnatal torsiyonla gelirken diğerlerinin tamamen iyileştiği izlenmiştir. Bu çalışma aspirasyonun torsiyonu engelleyebileceğini ve takibin mümkün kılabileceğini savunmuştur (3).

Başka bir seride ise basit kistler için aspirasyonun torsiyonu engellemediği ve istatistiksel olarak anlamı olmadığı bulunmuştur (5). Basit olarak izlenen kistler 4 cm'yi geçtikten sonra hemorajik kist veya kompleks kist haline gelebilmektedir. Torsiyone eğilimi olan kistler genellikle hemorajik kistlerdir (5). Hemorajik kistler antenatal takip edilse dahi doğum sonrası çoğunluğu opere olmaktadır. 67 hastalık bir seride kompleks kistlerin %90'nı operasyon sırasında torsiyone bulunmuştur

(10). Basit kistler genellikle takip edilirken, torsiyon veya hemoraji riski için boyutların yeterli olmadığını küçük kistlerin de bu komplikasyonlara maruz kalabileceğini savunan çalışmalar da mevcuttur (5). Yapılan bir çalışmada kist boyutunun torsiyonu öngörmede kullanılması da istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu çalışmada spontan rezolüsyon veya torsiyon için prediktif bir yöntem bulunamamıştır (10). Ancak torsiyon tanınırsa veya öngörülürse akciğer maturitesi sağlanmış fetüslerin doğurtulup detorsiyone edilmesini öneren yazarlar varsa da bilateral over kisti olmadıkça genel olarak kabul edilmiş değildir (11). Yakın monitörize edilen fetüslerin anekoik kist iken doğum sonrası birden hemorojik kiste dönmesi torsiyon için önemli bir parametre iken, müdahale için 1-2 hafta geçtikten sonra overi kurtarmak zordur (5). Bizim olgumuzda da kist 4 cm'den büyük ve kompleks görünümde idi. Dopler bulgularıyla beraber torsiyon öngörüldü.

Cerrahiyi baskın kılan sebepler; torsiyon komplikasyonu, her ne kadar 1 yaşına kadar nerdeyse tümü benign olsa da tümöral kitle olabilme şüphesi, otoamputasyon sonrası nekrotik doku bırakma korkusu ve intestinal obstruksiyon komplikasyonudur (5, 12, 13). Ekspektan metodu önerenler ise doğum öncesi konan tanıyla doğum sonrası yapılan operasyonun etkin olmayacağı, yaşamın ilk altı ayında alınan anestezinin ciddi toksik etkileri olabileceği endişesi ve ilk bir yıl malignite olma ihtimalinin nerdeyse imkansız olmasıdır (6). Bekle-gör protokolünü izleyen bir çalışmada 41 kompleks over kisti olan infantın adölesan olana kadar olan takiplerinde ultrasonografik incelemede % 40 tek over vizüelize edilmiş, %60'ında her iki over izlenmiştir. Ancak bu hastalarda tüm kistler 4 cm'den daha küçük tespit edilmiştir (6).

Yirmi beş vakalık seride ekspektan rejimde bir adet postnatal torsiyon izlenmiş, o hastada da ooferektomi yapılmış. Ancak patolojide sağlam over dokusu izlenmiştir. Bu sebeple cerrahide önce detorsiyon sonra kistektomi önerisi mevcuttur (2). Olgumuzda da önce detorsiyon ardından kist kapsül ekstirpasyonu işlemi uygulandı. Genelde laparotomi tercih edilse de laparoskopinin de 2 port ile etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (4). Bizim olgumuzda laparatomi tercih edilmiştir.

Sonuç

Fetal over kistleri medikal takiple kendiliğinden kaybolabilen patolojiler olsa da yakın olarak takip edilmeli, yapıları ve boyutlarındaki değişime göre ekspektan veya cerrahi yöntem belirlenmelidir. Torsiyon tanısı intrauterin konabilirse erken yapılan cerrahi müdahale ile fetüsün hayatı ve overleri kurtarılabilmektedir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmayakatılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - N.C.Y., A.S.; Tasarım - N.C.Y., A.S., Y.K.A.; Denetleme - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Kaynaklar - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Malzemeler - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Analiz ve/veya Yorum - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Literatür Taraması - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Yazıyı Yazan - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Eleştirel İnceleme - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını belirtmiştir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patient.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - N.C.Y., A.S.; Design - N.C.Y., A.S., Y.K.A.; Supervision - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Funding - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Materials - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Data Collection and/or Processing - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Analysis and/or Interpretation - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Literature Review - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Writing - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.; Critical Review - N.C.Y., A.S., Y.K.A., N.S., E.T., Y.Ç., M.Ö., N.K.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Yılanlıoğlu C, Semiz A, Akpak YK. Prenatal treatment of fetal goitrous hypothyroidism by intraamniotic thyroxine. Medical Bulletin of Zeynep Kamil 2013; 44: 155-8.
2. Papic JC, Billmire DF, Rescorla FJ, Finnell SM, Leys CM. Management of neonatal ovarian cysts and its effect on ovarian preservation. J Pediatr Surg 2014; 49: 990-3; discussion 993-4. [CrossRef]
3. Bagolan P, Giorlandino C, Nahom A, Bilancioni E, Trucchi A, Gatti C, et al. The management of fetal ovarian cysts. J Pediatr Surg 2002; 37: 25-30. [CrossRef]
4. Tseng D, Curran TJ, Silen ML. Minimally invasive management of the prenatally torsed ovarian cyst. J Pediatr Surg 2002; 37: 1467-9. [CrossRef]
5. Galinier P, Carfagna L, Juricic M, Lemasson F, Moscovici J, Guitard J, et al. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases. J Pediatr Surg 2008; 43: 2004-9. [CrossRef]
6. Cesca E, Midrio P, Boscolo-Berto R, Snijders D, Salvador L, D'Antona D, et al. Conservative treatment for complex neonatal ovarian cysts: a long-term follow-up analysis. J Pediatr Surg 2013; 48: 510-5. [CrossRef]
7. Mashiach S, Bider D, Moran O, Goldenberg M, Ben-Rafael Z. Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotropin therapy. Fertil Steril 1990; 53: 78-80. [CrossRef]
8. Sakala EP, Leon ZA, Rouse GA. Management of antenatally diagnosed fetal ovarian cysts. Obstet Gynecol Surv 1991; 46: 407-14. [CrossRef]
9. Nakamura M, Ishii K, Murata M, Sasahara J, Mitsuda N. Postnatal outcome in cases of prenatally diagnosed fetal ovarian cysts under conservative prenatal management. Fetal Diagn Ther 2015; 37: 129-34. [CrossRef]
10. Monnery-Noché ME, Auber F, Jouannic JM, Bénifla JL, Carbonne B, Dommergues M, et al. Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated? Prenat Diagn 2008; 28: 15-20. [CrossRef]
11. 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: 874-8. [CrossRef]
12. Schultz KA, Sencer SF, Messinger Y, Neglia JP, Steiner ME. Pediatric ovarian tumors: a review of 67 cases. Pediatr Blood Cancer 2005; 44: 167-73. [CrossRef]
13. Ozcan HN, Balci S, Ekinci S, Gunes A, Oguz B, Ciftci AO, et al. Imaging findings of fetal-neonatal ovarian cysts complicated with ovarian torsion and autoamputation. AJR Am J Roentgenol 2015; 205: 185-9. [CrossRef]