

PAPER DETAILS

TITLE: Yirmi Haftalik Gebelikte Adneksiyal Kitle Torsiyonu: Olgu Sunumu

AUTHORS: Ahmet UYSAL, Semih MUN, Cüneyt Eftal TANER, Fatma UYSAL

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/161260>

Yirmi Haftalık Gebelikte Adneksiyal Kitle Torsiyonu: Olgu Sunumu

Torsion of an Adnexal Mass in 20-Weeks Pregnant Woman: A Case Report

Ahmet UYSAL¹, Semih MUN², Cüneyt Eftal TANER², Fatma UYSAL³

¹Sağlık Bakanlığı Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

²Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

³Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

Geliş Tarihi / Received: 18.04.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 04.05.2012

ÖZET

Gebelikte saptanan adneksiyal kitle oranı ultrasonografinin rutin bir tetkik olmasından sonra artmıştır. Gebeliklerin yaklaşık %0,05'inde adneksiyal kitleler tespit edilmekte ve takip ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Çünkü gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimin hem anneye hem de fetüse istenmeyen etkileri olabilirken, takip edilen kitle malign ise yayılım açısından vakit kaybedilebilir, torsiyon veya rüptür gibi komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Yirmi dört yaşında, 20 haftalık gebeliği sırasında sol adneksiyal kitle torsiyonu ön tanısı ile laparotomi yapılan olguda 20x10 cm çapında, düzgün yüzeyli, kalın cidarlı, kendi etrafında bir kere torsiyone olmuş kistik kitle mevcuttu. Sol ooferektomi yapılan olguda patoloji sonucu sol overde müsinöz kistadenom olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; overyan kitle; torsiyon.

ABSTRACT

The detection of adnexal masses during pregnancy has increased following routine use of ultrasonography in clinical practice. Adnexal masses complicate %0, 05 of pregnancies and surgical management could cause undesirable complications for mother and fetus, follow up and treatment modalities are still disputed. During follow up period, the spread of malign masses and torsion or rupture of the adnexal masses should be considered. Twenty-four-year-old pregnant woman was operated due to torsion of left adnexal mass. There was a 20x10 cm, thick-walled ovarian cyst showing torsion around its pedicle once. Left oophorectomy was performed. The pathological diagnosis was mucinous cyst-adenoma.

Keywords: Pregnancy; ovarian mass; torsion.

GİRİŞ

Gebelikte saptanan adneksiyal kitle oranı ultrasonografinin rutin muayenesinin bir parçası olmasından sonra artmıştır. Gebeliklerin yaklaşık %0,05'inde adneksiyal kitleler tespit edilmekte ve bunlarında yaklaşık %6,8'i malign olmaktadır (1, 2). Gebelikte saptanan overyan kitlelerde takip ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Çünkü gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimin hem anneye hem de fetüse istenmeyen etkileri olabilir. Hiç girişim yapılmadan takip edilen hastalarda ise akut batın oluşturan torsiyon gibi komplikasyonlar gelişebilmekte veya kitle malign olduğu takdirde yayılım oluşabilmektedir (3). Tedavi ve takip planı yapılırken gebelik yaşı, kitlenin boyutu, ultrasonografik (USG) görüntü bulguları önem taşı-

maktadır (4). Abdominal cerrahinin ciddi fiziksel ve duygusal strese neden olduğu ve gebeliğe bağlı komplikasyonları arttırdığı kanısı yaygındır (5). Bu nedenler ile cerrahi teknik ve USG'deki ilerlemeler göz önüne alındığında tüm gebelerin erken dönemde yakın takibi ve ultrasonografi ile sadece obstetrik açıdan değil, diğer batın içi organlar ve overler açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

Biz yirminci gebelik haftasında acil olarak over torsiyonu tanısıyla opere ettiğimiz bu olgu sunumunda gebelikte adneksiyal kitleye yaklaşımda cerrahi endikasyonların önemini ve obstetrik USG sırasında adnekslerin değerlendirilmesinin önemini vurgulamak istedik.

Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Ahmet UYSAL

Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi

Seferihisar / İzmir drahetuysal@hotmail.com

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında, gravida 1, parite 1 ve son adet tarihiyle uyumlu, canlı, 20 haftalık bir gebeliği mevcut (Biparietal çap:46 mm, femur uzunluğu: 32.1 mm, plasenta ön duvarda: Grade 1, Amniotik Sıvı İndeksi: Normal, gros anomali saptanmadı) olan hasta kliniğimize acil olarak bir gün önce başlayan bulantı, kusma ve sol kasık ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Soy geçmiş ve özgeçmişinde bir özellik yoktu. Geliş muayenesinde: TA: 110/70 mmHg, nabız: 88 / dakika, ateş: 36.6°C idi. Rutin laboratuvar bulguları normal sınırlarda değerlendirildi. Fizik muayenede; batin sol tarafında uterustan net ayırt edilemeyen, sınırları düzenli, yarı sert kitle palpe ediliyordu. Sol üst kadranda hassasiyet, rebound, defans mevcuttu. Batin USG'de; 20x12 cm boyutlarında, homojen kistik kitle mevcuttu. Diğer pelvik ve üst batin organları normal olarak değerlendirildi. Hastanın öyküsünde gebelik öncesi sonografik olarak tespit edilmiş bir kitle olmadığı ifade edildi. Bu klinik bulguları ile sol over torsiyonu ön tanısı konarak laparotomiye karar verildi. Acil şartlarda operasyona alınan olguda preoperatif tümör markerları çalışılmadı.

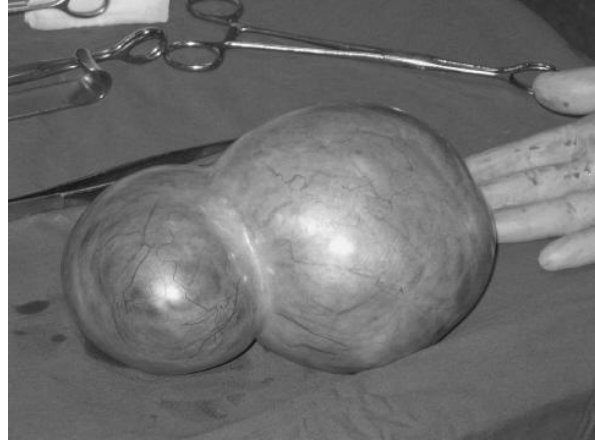
Göbek altı median insizyon ile cilt, cilt altı geçilecek batına girildi. Yapılan eksplorasyonda uterus cesameti 20 gebelik haftası ile uyumluydu. Sol overde yaklaşık 20x10 cm çapında, dış yüzeyi düzgün, kendi etrafında bir kere torsiyone olmuş, kalın cidarlı kistik kitle mevcuttu (Şekil 1). Sağ over ve tuba normal görünümdeydi. Kitle rüptüre edilmeden sol ooforektomi yapıldı. Intraoperatif 'Frozen section' sonucu benign olarak bildirildi. Kanama kontrolünü takiben operasyona son verildi. Takipleri normal olan hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi. Patolojik incelemesi sol overde müsinöz kistadenom gelen hastanın sonraki antenatal takiplerinde bir sorun yaşanmadı. Tokolize ihtiyaç duyulmadı. Hasta 39. gebelik haftasında primigravid makat prezentasyon sebebiyle sezaryen ile 3400 g, canlı bir kız bebek doğurdu.

TARTIŞMA

Gebelikte adneksiyal kitleye yaklaşımda asıl zorluk, persiste eden kitleye yaklaşımdır. Bu vakaların büyük çoğunluğunu basit kistik kitleler oluştururken, geri kalanların çoğunluğunu ise matür kistik teratomlar oluşturmaktadır (4). Gebelikte saptanan adneksiyal kitlelerde %6,8'i civarında maligniteyle karşılaşmaktadır (2). Tüm gebelik boyunca rüptür sıklığı ise %2'dir (6).

Gebelik boyunca akut batına yol açan sebepler arasında apendisitten sonra over kistine bağlı komplikasyonlar ikinci sırada gelmektedir (6). Özellikle ultrasonografinin yaygın olarak kullanılmasından sonra gebelikte adneksiyal kitle saptanması oranı artmıştır (4). Ancak obstetrik ultrasonografi sırasında adneksler detaylı olarak değerlendirilmeye çalışılmalıdır. Olgumuzda muhtemelen gebelik öncesi varolan adneksiyal kitle, birinci trimesterdeki obstetrik ultrasonografi muayenesinde belirlenmemiş ve hasta bize over kist torsiyonu klinik bulgularıyla başvurmuştur.

Gebelikte saptanan adneksiyal kitlelerde takip ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Çünkü gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimin hem anneye hem de fetüse istenmeyen etkileri olabilmektedir. Takip edilen olgulardaki kitle malign ise kanserin yayılması, akut batin oluşturan rüptür veya torsiyon gibi komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir (3). Cerrahi girişim, gebelik kaybı riski taşıdığından müdahale gerektiren akut durum endikasyonlarından emin olunmalıdır (7). Olgumuzda akut batin bulguları nedeniyle operasyona karar verildi.



Şekil 1: Torsiyone olmuş ovaryan kitle (Cerrahi sonrası görünüm).

Önceleri özellikle persiste eden adneksiyal kitleler için cerrahi müdahale, birinci trimesterde abortus ve üçüncü trimesterde prematür doğum riskleri nedeniyle ikinci trimesterde yapılmaktaydı. Ancak son yıllarda birinci ve ikinci trimesterde cerrahi yaklaşımın fetal kayıp, erken doğum veya teratojenite riski ile ilişkili olmadığına dair yayınlar da vardır (2, 8, 9). Gebelik fizyolojisinde bazı değişiklikler cerrahi bir olayı

taklit edebileceği gibi bir patolojiyi de maskeleyebilir (7). Bu yüzden bu hastalarda dikkatli olunmalıdır. Akut durumlarda cerrahi müdahalenin zamanlaması gebeliğin haftasından çok tablonun ciddiyetine göre kararlaştırılmalıdır. Anne için ciddi mortalite veya morbidite söz konusu ise fetal akciğer matürasyonu beklenmez ve operasyon gerçekleştirilir (7). Acil şartlarda yapılan cerrahi müdahalelerde gebelik kaybı ve erken doğum riski yüksektir (9). Dolayısıyla gebelik takipleri sırasında adneksiyal kitle tanısının konularak uygun zamanda ve uygun şartlarda tedavilerinin yapılması çok önemlidir.

Cerrahi tedavide hem laparotomi hem de laparoskopi uygulanabilir. Laparoskopi, obstetrik komplikasyonların düşük olması, hastanede kalış süresinin az olması ve postoperatif komplikasyonların az olması nedeniyle erken aylarda tercih sebebiyken; ilerleyen gebelik haftalarında laparoskopik girişimde oluşabilecek zorluklar ve kitlenin büyüklüğü nedeniyle laparotomi tercih edilebilmektedir (10).

Sonuç olarak, gebelerde ilk trimesterden itibaren yapılan obstetrik ultrasonografide her iki adneks rutin olarak ve detaylı bir şekilde incelenmeli ve mevcut adneksiyal kitle tanılarının erken dönemde konulup uygun zamanda tedavileri yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hill LM, Conners-Beatty DJ, Nowak A, Trush B. The role of ultrasonography in the detection and management of adnexal masses during the second and third trimester of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(3 Pt 1):703-7.
2. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 Pt 1):1098-103.
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. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Had, HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):358-62.
5. Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. Management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(4):1236-40.
6. Martin JR, Martin RW, Morrison JC. Surgical diseases and disorders in pregnancy. In: Pernoll ML (Editor). *Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment*. 7th Edition, Connecticut: Appleton and Lange, 1991:480-92.
7. Niswander KR, Evans AT (Editors). *Manual of obstetrics*. In: Leisrowitz GS. *Surgical complications during pregnancy*. 5th Edition, Boston: Little Brown and Company, 1996:239-60.
8. Visser BC, Glasgow RE, Mulvihill KK, Mulvihill SJ. Safety and timing of nonobstetric abdominal surgery in pregnancy. *Dig Surg* 2001;18(5):409-17.
9. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;108(2):217-22.
10. Türkçüoğlu I, Meydanlı MM, Engin-Ustün Y, Ustün Y, Kafkaslı A. Evaluation of histopathological features and pregnancy outcomes of pregnancy associated adnexal masses. *J Obstet Gynaecol* 2009;29(2):107-9.