

Bir olgu üzerinden gebelikte adneksiyel kitlelere yaklaşım

Approach to the adnexal masses in pregnancy due to a case

Ülkü Mete Ural Yeşim Bayoğlu Tekin Figen Kır Şahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

Öz

Ultrasonografinin yaygın kullanımı ile gebelikte adneksiyel kitlelerin tespiti artmıştır. Bu kitlelerin çoğu ilk trimester taraması sırasında rastlantısal olarak görülür. Adneksiyel kitlelerin takibinde genellikle gözlem yeterliyken komplike olanlar için cerrahi gerekebilir. Persiste olan büyük kitlelerde torsiyon, rüptür ve malignensi riskleri vardır. Cerrahide ise fetal kayıp, preterm eylem ve artmış emboli riski gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu yazıda, 24. gebelik haftasında tespit edilen dev seröz kistadenom olgusu nedeniyle gebelikte adneksiyel kitlelere uygun yaklaşım, müdahalenin hangi durumlarda gerekli olduğu ve cerrahi yaklaşım yöntemleri literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Adneksiyel kitle, gebelik, laparotomi.

Abstract

With the widespread use of ultrasound in pregnancy, adnexal masses are more frequently detected. Most of these masses are diagnosed incidentally at the first trimester screening. In the management of adnexal masses, observation is usually adequate but surgery may be required for complicated cases. Large persistent adnexal masses are at risk for torsion, rupture and malignancy. Intraoperative complications may occur such as fetal loss, preterm labor and increased risk of embolic events. In this article, we present a case of giant serous cystadenoma detected in the 24th week of gestation and discuss the appropriate approach to adnexal masses in pregnancy, the cases in which intervention is required and surgical procedures.

Keywords: Adnexal mass, pregnancy, laparotomy.

Giriş

Gebelik sırasında rapor edilen adneksiyel kitle insidansı 81'de 1 ile 8000'de 1 şeklinde değişmektedir (1). Antenatal gebelik takibi ve aneuploidi taraması için ultrasonografinin yaygın kullanımı ile gebelikte adneksiyel kitle tespit edilme oranı da artmıştır. Bu kitlelerin malignite olasılığı %1-8 civarındadır (2). Malignite riski dışında, ikinci trimestere kadar persiste olması, torsiyon, rüptür ve doğum distosisi gibi komplikasyonlar da gelişebilir.

Asemptomatik ve benign görünümlü kitlelerde gözlem uygun tedavi yaklaşımıdır. Semptomatik olmayan kompleks kitlelerde de doğuma veya postpartum döneme kadar beklemek kabul edilebilir bir yaklaşım olarak önerilmektedir (3).

Kompleks kitlelerde cerrahi yaklaşımı erteleme kararı, malignitenin getirdiği riskler ile gereksiz cerrahinin anne ve fetus için oluşturduğu riskler dengelenerek alınmalıdır. Gözlemsel yaklaşımı tercih eden hastalar, over torsiyonu, rüptür, ilerleyen gebelik haftalarında cerrahi gereksinim oluşması, malignite tanısında gecikme gibi olasılıklar konusunda bilgilendirilmelidirler. Cerrahi yaklaşımın tipi konusunda fikir birliği yoktur. Ağrı, hastanede kalış, infeksiyon riski ve iyileşme süresi gibi yararlar göz önüne alındığında, cerrah yeterli deneyim, eğitim ve beceriye sahipse laparoskopik yaklaşım laparotomiye üstündür (1).

Olgu Sunumu

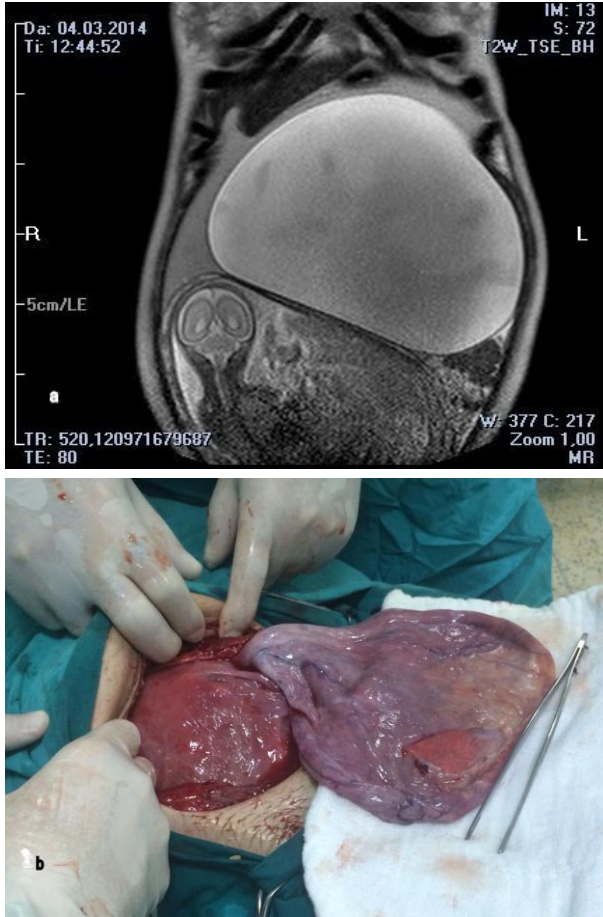
27 yaşında ilk gebeliği olan hasta karın ağrısı şikayeti ile gebe polikliniğine başvurdu. Son adet tarihine göre 24 haftalık gebeliği mevcut olan takipsiz hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde gestasyonel haftası ile uyumlu tekil canlı gebelik ve tüm batını dolduran içinde papiller yapılar yer almayan dev bir kistik kitle izlendi. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme 26×18 cm çapında uniloküle kist görüldü (Şekil-1a). CA 125 düzeyi

Yazışma Adresi: ÜLKÜ METE URAL

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 16.06.2014 Kabul Tarihi: 21.07.2014

(23IU/dl) normal sınırlarda idi. Batında serbest mayı bulunan hastanın karın ağrısı şikayetinin artması üzerine laparotomiye alındı (Şekil-1b). İntraoperatif frozen inceleme sonucu seröz kistadenom gelmesi üzerine sol ovaryen kistektomi yapılarak işleme son verildi. Ameliyat sonrası takipte obstetrik bir problem yaşanmaması üzerine hasta postoperatif dördüncü gün taburcu edildi. Tokoliz uygulanmadı. Doğuma kadar yakın takibe alınan hastanın obstetrik muayenesi normaldi. Hasta 39. gebelik haftasında vaginal yolla 3480 gr ağırlığında sağlıklı çocuk doğurdu.



Şekil-1. a. Adneksiyel kitlenin MRI görüntüsü. b. İntraoperatif görünüm.

Tartışma

Gebelikte en sık görülen adneksiyel kitleler fonksiyonel kistlerdir. Korpus luteum kisti (%13-17), benign kistik teratom (%7-37), seröz kistadenom (%5-28), müsinöz kistadenom (%3-24), endometrioma (%0.8-27), para-ovaryan kist (%5), leiomyom (%1-2.5) benign kitleleri oluşturur (4). Gebelikte tespit edilen adneksiyel kitlelerin malignite olasılığı yaklaşık %1-8 civarındadır (2).

Kitlelerin ultrasonografik morfolojisi ve boyutu malignensi potansiyelini belirlemede önemlidir ve kompleks görünüm arttıkça malignensi olasılığı da artmaktadır.

Tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri, ultrasonografinin yanıtız kaldığı durumlarda yardımcı olabilir. Tomografi karın ağrısının obstetrik olmayan nedenlerinin ayırımında daha iyi bir rezolüsyon sağlayabilir. Yapılan bir çalışmada anne ve fetüsün tomografide en az 2-4 rad radyasyona maruz kaldığı belirtilmiştir (4). Kontrast madde plasental bariyeri geçtiği için ve etkileri net olarak bilinmediği için kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır. Manyetik rezonans, ultrasonografi ile tam olarak görülmesi zor olan büyük kitlelerin değerlendirilmesinde, malignensi şüphesinin dışlanması ve apandisit, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi durumların tanısında da yardımcı, gebelikte genel olarak güvenli bir yöntemdir (5).

CA-125 seviyeleri gebelikte özellikle de ilk trimesterde yükselir. Tümör belirteçlerinin gebelikte gösterdiği geniş varyasyondan ve etkileşimden dolayı dikkatli değerlendirilmesi gerekir. Bunların asıl önemi, seviyelerini takip ederek tümör kontrolü hakkında fikir oluşturabilmektir.

Gebelikteki adneksiyel kitlelere yaklaşım konusunda net bir fikir birliği yoktur. Bu kitlelerin çoğu spontan olarak kaybolmaktadır ve cerrahi müdahale gerekmemektedir. Basit yapısal görünüme sahip olması, 5-6 cm'den küçük olması ve 16. gebelik haftasından önce tanı alması rezolüsyona uğrama olasılığının yüksek olduğunu yansıtan özelliklerdir. Daha kompleks yapıda olan bazı kitlelerin bile tamamen düzelebildiği bildirilmiştir(3). Ultrasonografi ile risk sınıflaması yapılarak, düşük malignite olasılığı olan gebe popülasyonunda, asemptomatik olan kompleks kitlelerde asemptomatik

olan kompleks kitlelerde bile cerrahi postpartum döneme kadar ertelenebilir.

Gebelikte persistan adneksiyel kitleler; %1-22 torsiyon, %1-9 rüptür ve %2-17 doğum obstrüksiyonuna sebep olabilir (6). Torsiyon ve rüptüre bağlı akut abdomen gelişme riskinin yüksek olduğu büyük kitlelerde cerrahi düşünülebilir. Persiste olan, büyük, nodüller yapılar içeren ve kalın septasyonları (>3 mm) olan kompleks kitlelerde malignite olasılığı %10'un üzerindedir ve gözlemsel tedavi sonuçları kötüleştirir. Malignite şüphesi olan ve klinik olarak semptomatik adneksiyel kitleye cerrahi müdahale için en uygun dönem gebeliğin orta dönemini olan 12-27. haftalar arasıdır (7). Gebenin izleme alınması ya da cerrahi müdahale gerekliliği kararı hastanın fiziksel semptomları ve malignite şüphesinin derecesine göre verilmelidir.

Geleneksek olarak gebelikte adneksiyel kitlelere cerrahi yaklaşım laparotomi ile yapılmaktadır. Ancak son zamanlarda gebelikte bu kitlelerin yönetiminde laparoskopinin rolü hakkında tartışmalar artmıştır. Cerrahi prosedürden bağımsız olarak gebelik sırasında cerrahi uygulanan hastalarda, cerrahi uygulanmayanlara göre prematürite riski %22 civarında artmaktadır (8).

Rüptür ve torsiyon gibi acil cerrahi müdahalelerde, planlı cerrahiye göre risk daha da artmaktadır.

Gebelikte pnömoperitoneum oluşturulmasına ilişkin fetal riskler açısından verilerin eksikliğine bağlı kaygılar vardır. Laparoskopide karbon dioksit infüzyonu, gebe uterusun Veress iğnesi, trokar veya cerrahi aletlerle yaralanması ve karbon dioksitin, karbonik asite maternal olarak dönüştürülmesine bağlı olarak fetal asidoz gelişmesi gibi olası riskler mevcuttur. Literatürde, gebelikte laparoskopik prosedür uygulanmış 500'den fazla yayın yer almaktadır (9). Bu çalışmalarda maternal *end tidal* karbondioksit monitörizasyonu ile mükemmel fetal sonuçlar sağlanabileceği gösterilmiştir. Diğer taraftan, postoperatif ağrının az olması, daha az narkotik gereksinimi, kısa hastanede kalım süresi, erken mobilizasyon, daha az kan kaybı, enfeksiyon olasılığının düşük olması ve uterin traksiyon ihtiyacının az olmasına bağlı daha az uterin iritabilite gibi laparoskopiye ait avantajlar vardır. Ayrıca laparoskopide postoperatif günlük aktiviteye dönüş hızlı olduğu için tromboemboli riski daha azdır.

Gebelerde cerrahi gerektiren adneksiyel kitle sayısı sınırlı olduğu için teknikleri karşılaştıran çalışmaların yapılma olasılığı düşüktür. Cerrahi yaklaşımın tipi konusunda düzey I kanıt yoktur. Düzey II kanıtlar gebelikte laparoskopinin risklerinin laparotomi ile benzer

olduğunu desteklemektedir. Şu an bu teknikleri karşılaştıran prospektif çalışmalar yoktur. Ancak birçok gözlemsel çalışma göstermiştir ki, gebelikteki adneksiyel kitlelere laparoskopik yaklaşım teknik olarak mümkün ve gebelikte kontrendike olarak kabul edilmemelidir (9).

Amerikan Gastrointestinal ve Endoskopik Cerrahi Derneği, gebelik sırasında laparoskopinin tüm gebelik haftalarında uygulanabileceğini, adneksiyel kitlelerin spontan rezolüsyonu için gereken sürenin tanınması ve ileri gebelik haftalarında preterm eylem riskini azaltmak için acil olmayan vakalarda cerrahinin mid-trimesterde planlanmasını önermektedir. Hastalar, vena kava kompresyonunu azaltmak ve kardiyak dönüşü arttırmak için sol ya da sağ yan pozisyonda konumlandırılmalıdırlar. İntraoperatif karbondioksit monitörizasyonu yapılmalıdır, rutin kan gazı monitörizasyonuna gerek yoktur. Laparoskopik girişte açık Hassan tekniği tercih edilmelidir. Veress iğnesinin kullanımı kontrendike değildir. Trokarlar fundustan en az 6 cm yukarıya veya sol üst kadrana yerleştirilmelidirler. İntraoperatif yeterli venöz dönüşü ve uteroplasental dolaşımı sağlamak için karın içi basıncı 15 mmHg'yi geçmemelidir. Cerrahi öncesi profilaktik tokoliz endikasyonu yoktur (10). Adneksiyel kitlelere laparoskopik yaklaşım, bu konuda eğitilmiş, deneyim ve beceri düzeyi yüksek uzmanlar tarafından gerçekleştirilmelidir.

Kaynaklar

1. Leiserowitz G. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61(7):463-70.
2. Schmeler K, Mayo-Smith W, Peipert J, Weitzen S, Manuel M, Gordinier M. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 Pt 1):1098-103.
3. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: A 5 year review. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2006;46(1):52-4.
4. Giuntoli R, Vang R, Bristow R. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(3):492-505.
5. Glanc P, Salem S, Farine D. Adnexal masses in pregnant patient: A diagnostic and management challenge. *Ultrasound Q* 2008;24(4):225-40.
6. Ko Ma-Lee, Lai T, Chen S. Laparoscopic management of complicated adnexal masses in the first trimester of pregnancy. *Fertil Steril* 2009;92(1):283-7.
7. Yuen P, Ng P, Leung P, Rogers M. Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy. *Surg Endosc* 2004;18(9):1354-7.
8. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hado HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: A 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):358-63.
9. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(2):97-102.
10. Yumi H. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc* 2008;22(4):849-61.