

Olgu Sunumu**Fetal Over Kisti**

Halil ASLAN, Alpaslan AKYOL, Volkan ÜLKER, Ceyhan NUMANOĞLU, Ahmet GÜL, H.Cemal ARK
SSK Bakırköy Doğumevi Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Hastanesi-İstanbul

ÖZET**FETAL OVER KISTI**

Konunun önemi: Büyük ve kanayan ya da torsiyone olan fetal over kistleri prenatal ultrasonografik incelemede kolaylıkla tanınabilir. Prenatal ultrasonografinin yaygın olarak kullanılması fetal over kistlerinin daha sık ve erken tanısını olanaklı kılmıştır.

Olgu: Bu yazıda, ultrasonografik incelemeye prenatal tanısı konmuş, termde fetal over kist olgusu sunulmuştur. Sezaryenle doğurtulan fetus postpartum ikinci günde opere edilmiş ve sorunsuz olarak taburcu edilmiştir.

Sonuç: Fetal over kistlerinin ultrasonla prenatal tanısı mümkün olup kanama ya da torsiyonla komplike olmadıkça prognozu iyidir.

Anahtar Kelime: Fetal over kisti, Prenatal tanı

SUMMARY**FETAL OVARIAN CYST**

Background: Large and those complicated by torsion and hemorrhage, fetal ovarian cyst can be easily recognized by prenatal ultrasound scan. The increase in the use of prenatal ultrasonography has made possible the earlier and more frequent diagnosis of ovarian cysts.

Observation: We report on a case of fetal ovarian cyst diagnosed at term on ultrasound examination. The fetus delivered by cesarean section, operated at postpartum second day and did well.

Conclusion: Fetal ovarian cysts can be diagnosed prenatally by ultrasound scan and unless complicated by torsion or hemorrhage, the prognosis is good.

Key Words: Fetal ovarian cyst, Prenatal diagnosis

Fetal over kistleri genellikle küçük ve asemptomatiktir. Yenidoğan otopsilerinin yaklaşık üçte birinde over kisti saptanmıştır. Ancak büyük boyutlara ulaşan, torsiyon ya da kanamayla komplike olan fetal over kistlerinin üriner veya gastrointestinal sisteme ait kitlelerle ayırtıcı tanısının yapılması gerekmektedir (1).

Ultrasonografi ile prenatal tanısı konulan bir fetal over kisti olgusu literatür ışığında incelendi.

OLGU

Yirmi bir yaşındaki primigravid gebe prenatal kontrol amacıyla SSK Bakırköy Doğumevi Perinatoloji Polikliniğine başvurdu. Son adet tarihine göre termde olduğu anlaşılan hastanın öyküsünde gebeliğin beşinci ayına kadar devam eden aşırı bulantı ve kusması dışında geçirilmiş hastalık, travma, allerji ve ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi.

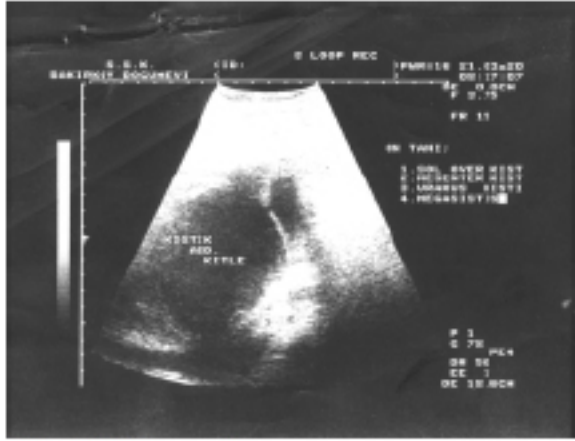
Kan ve idrar tetkikleri normal olan gebede Rh uyumsuzluğu saptanmadı. Gebeliğin 28'inci hafta-

sında yapılmış olan 50 gr oral glukoz yükleme testinin normal sınırlarda olduğu görüldü.

Ultrasonografik incelemede makat prezentasyonda, amnion sıvı miktarı normal tek fetus izlendi. Plasenta arka duvar yerleşimliydi. Fetal abdomende kistik bir kitle gözlemlendi (Resim 1). Her iki fetal böbreğin önünde soldan sağa orta hattı geçen basit kistik kitlenin boyutları 100x74x64 mm olarak ölçüldü. Barsakları sağa doğru itmiş olan düzgün sınırlı kistin kaudal kısmında mesane ayrıca gözlemlendi.

Üriner ve gastrointestinal sisteme ait patoloji saptanmayan dişi fetusa bu bulgularla sol fetal over kisti ön tanısı kondu. Ortalama fetal biometri son adet tarihi ile uyumlu olarak 39+ hafta bulundu. Tahmini doğum ağırlığı ise 4490 gramdı. Hastaneye yatışının altıncı saatinde aktif doğum eylemine giren gebe primigravid makat prezentasyon, iri bebek endikasyonu ile sezaryene alındı ve 4600 gram ağırlığında, 54 cm boyunda, birinci dakika Apgar'ı 8 olan canlı bir kız bebek doğurtuldu.

Erken neonatal dönemde yapılan batin ultrasonografisinde de over kisti düşünülen hasta post partum ikinci günde abdominal kitle endikasyonu



Resim 1. Kistin antenatal görünümü.

ile opere edildi. Sağ overin normal olarak izlendiği olguda sol overden kaynaklanan yaklaşık 10 cm çapındaki kistik kitle çıkarıldı. Makroskopik incelemede açılmış ve kollabe olmuş haliyle 7 cm çapında, dış yüzünde 2 cm uzunluğunda ve 0.3 cm çapında tuba dokusu bulunan, duvan düzgün ve ince fibröz yapıda kistik kitle gözlemlendi.

Histopatolojik tanısı düzenli tubal yapı ile birlikte kimi kesitlerinde multipl foliküllerin izlendiği paraovaryan kist olarak bildirilen hastanın postoperatif dönemde sorunu olmadı.

TARTIŞMA

Obstetrik ultrasonografinin yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte fetal ovaryan kist ve tümörlerinin daha sık ve erken tanısı mümkün olmaktadır (2). Fetal ovaryan kistler antenatal olarak sık rastlanan intraabdominal kitlelerdir. Dişi bir fetusta kistik abdominal kitle saptandığında; intestinal duplikasyon, hidronefroz, mesane distansiyonu, mekonyum peritoniti, intestinal obstrüksiyon, hidrometrokolpos, duodenal atrezi, lenfanjiyoma ve renal, mezenterik, urakal, omental, koledok ve over kistleriyle ayırtıcı tanısı yapılmalıdır (3-5).

Olgunun prenatal ultrasonografik incelemesinde her iki böbreğin normal boyut ve yerleşimde olması, kitlenin baskı etkisine rağmen fetal mesanenin de izlenebilmesi bizi üriner sisteme ait bir patolojiden uzaklaştırmıştır. Dilate veya hiperektojen barsak segmentleri ve fetal asit gibi belirleyici bulguların yokluğu da, intestinal obstrüksiyon ve mekonyum peritoniti gibi gastrointestinal bozuklukların düşündürmemektedir. Dişi fetusta saptanan kitlenin tanımlanmış ultrasonografik özellikleriyle en uygun tanısının fetal over kisti olabileceği düşünülmüştür.

Fetal ovaryan kistlerin oluşumu ile ilgili çeşitli

görüşler bildirilmiştir. Verilere göre fetal overin plasental ve maternal hormonlarca aşırı uyarılması kist oluşumunda önemli bir unsur olarak görülmektedir. Böyle bir aşırı uyarı diyabetik, preeklampatik ya da Rh izoimmünizasyonu bulunan gebelerin (olasılıkla büyümüş plasentadan fazla miktarda salınan plasental koryonik gonadotropinlere bağlı olarak) bebeklerinde over kisti insidansının artışı da açıklamaktadır.

Bir başka hipoteze göre internal teka hücrelerinde enzimatik bir bozukluğa ya da artmış sekresyona bağlı olarak anormal hCG artışı ya da 20-30 gebelik haftaları arasında erken FSH artışı kist oluşumuna neden olmaktadır. Over kistleri ile fetal hipotiroidi arasında bir ilişki olabileceği de öne sürülmüş ancak bu hipotezlerin hiçbirisi kanıtlanamamıştır (6,7).

Yapılan maternal incelemelerde fetusun plasenta kaynaklı hormonlarca aşırı uyarılmasına neden olacak diyabet, preeklampsi ya da Rh izoimmünizasyonu gibi patolojilere rastlanmamıştır. Dişi bir fetusta ultrasonografik olarak intraabdominal kistik kitle saptandığında seri izlemlerinin yapılması gerekir. Bu kistler sekel bırakmadan gerileyebildiği gibi varlığını sürdürebilir. Basit kistler genellikle terme yakın yada erken neonatal dönemde geriledikleri için intrauterin tedaviye ya da akciğer matürasyonu tamamlanmadan doğum eyleminin başlatılmasına gerek yoktur. Böyle olgularda doğumu izleyen aylarda ultrasonografik değerlendirme tutulacak en uygun yoldur (8).

En sık karşılaşılan komplikasyon torsiyondur. Daha önce basit görüntümlü bir kistin içinde yoğun hiperektojen görüntümü izleyen kompleks heterojen bir yapının ya da kist tabanında seviye veren bir çökeltinin belirmesi torsiyon lehine kabul edilmelidir. Eğer ovaryan torsiyon varsa doğumu takiben derhal cerrahi girişim yapılmalıdır. Olgumuzun prenatal ultrasonografik incelemelerinde torsiyon ya da kanama düşündürecek bulgular saptanmamıştır. Ancak kistin büyüklüğü nedeniyle, neonatal dönemde oluşabilecek komplikasyonlar göz önüne alındığında cerrahi girişim bir seçenek olarak düşünülebilir.

Over kistlerinin diğer komplikasyonları nadir görülür. Gastrointestinal obstrüksiyon, polihidramnios, ovaryan otoamputasyon bildirilmiştir. Kistin rüptürü çok nadirdir. Aşırı kanama ya da asite bağlı solunum zorluğu görülebilir. Ayrıca gonadı korumaya yönelik değerlendirmeye seçilmiş olgularda ovaryan kist dekompresyonunun başarılı olduğu bildirilmiştir. Abdomende yer değiştiren 4 cm'den büyük basit kistlerin ya da hızlı büyüyen kistik kitlelerin dekompresyonuyla torsiyon ve diğer komplikasyonların azaldığı gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

1. De Sa DJ. Follicular ovarian cyst in stillbirth and neonates. *Arch Dis Child* 1975; 50:45-50
2. Güneş M, Kayıkcıoğlu F, Kandemir Ö, Pata Ö, Dölen İ, Haberal A. Fetal Over Kisti. *Perinatoloji Dergisi* 1996; 4:8
3. Perrotin F, Roy F, Potin J, Lardy H, Lansac J, Body G. Ultrasonographic diagnosis and prenatal management of fetal ovarian cysts. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29:161-9
4. Armentano G, Dodero P, Natta A, Magillo P, Sugliano GC. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis and management. Report of two cases and review of literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998; 25:88-91
5. Lombardi Mistura E, Pasquini R, Amadio C, Salvatore G, Carlucci A. Ovarian cysts diagnosed in utero: Report of 2 clinical cases. *Pediatr Med Chir* 2000; 21:199-200
6. Evers JL, Rolland R. Primary hypothyroidism and ovarian activity. Evidence for an overlap in the synthesis of pituitary glycoproteins. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88:195
7. Jafrei SH, Bree RL, Silver TM, et al. Fetal ovarian cysts; sonographic detection and association with hypothyroidism. *Radiology* 1984;150:809-12
8. Avni EF, Godart S, Israel C, et al. Ruptured ovarian cyst presenting as a wandering tumor in a newborn; antenatal diagnosis and postnatal assessment. *Pediatr Radiol* 1983;13:169-71
9. Brandt ML, Luks FI, Filiatrault D, Ganel L, Desjardins JG, Youssef S. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. *JPediatr Surg* 1991;26:276-81
10. Crombleholme TM, Craigo SD, Garmel S, D'Alton ME. Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. *J Pediatr Surg* 1997; 32:1447-9