



Fetal over kistleri olgu serisi

Umut Sarı¹, Arzu Doruk², Ganime Elif Aydeniz¹, Savaş Gündoğan³, Talat Umut Kutlu Dilek³

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Serbest Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Mersin

³Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Amaç: Bu olgu serisi sunumunda, 2012 ve 2017 tarihleri arasında prenatal fetal over kisti tanısı alıp takip edilmiş 7 fetüsün ultrasonografik özellikleri ve takiplerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgular: Gebeliğin son trimesterinde yapılan rutin gebelik takipleri sırasında tesadüfen saptanan toplam 7 fetal over kisti olgusunun sonografik bulguları, prenatal ve postnatal seyri sunulmuştur. Yedi olgudan dördü prenatal ve postnatal periyotta kaybolurken 3 olgunun devam eden takiplerinde sebat ettiği gözlemlenmiştir.

Sonuç: Fetal over kistleri her geçen gün daha çok tanı alan abdominal kistik kitlelerdir. Bu kistlerin büyük çoğunluğu fonksiyonel kistlerdir. Kistin boyutu ve ultrasonografik özelliklerinin düzenli takip edilmesi yaklaşımda en çok başvurulan yoldur. Septasyon göstermeyen, ince duvarlı, kist içeriği heterojen olmayan, boyutları artış göstermeyen fetal over kistlerinde izlem ve spontan gerileme için beklemek uygun bir yaklaşım olarak görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Fetal, over kisti, ultrasonografi.

Abstract: A case series on fetal ovarian cysts

Objective: We aimed to discuss the ultrasonographic characteristics and follow-ups of 7 fetuses which were established with the diagnosis of prenatal fetal ovarian cyst and followed up between 2012 and 2017.

Cases: Sonographic findings and prenatal and postnatal progress of a total of 7 cases with fetal ovarian cyst which were detected by chance during the routine gestational follow-ups performed in the third trimester of pregnancy were presented. While four of the seven cases were lost during prenatal and postnatal periods, it was observed that 3 cases persisted in their follow-ups.

Conclusion: Fetal ovarian cysts are the abdominal cystic masses which are diagnosed with a gradually increasing frequency. The majority of them are functional cysts. Regular follow-up of the cyst size and ultrasonographic characteristics is the most frequently used method in the approach. Waiting for follow-up and spontaneous regression in fetal ovarian cysts which do not exhibit septation and increase in the size, and have thin walls and no heterogeneous cystic content seems to be an appropriate approach.

Keywords: Fetal, ovarian cyst, ultrasonography.

Giriş

Fetal over kistleri prenatal dönemde en sık tanı alan abdominal kistik kitlelerdir.^[1] Genellikle tek taraflı olup ve 3. trimesterde tanı alırlar. Gelişimlerinden fetal gonodotropinlerin, maternal östrojenin ve plasental human koryonik gonodotropinlerin hormonal stimülasyonunun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Doğumu takiben hormonal etkilerin sonlanması, over kistlerinin küçülmesine neden olmaktadır. Hormonal stimülasyon ve büyüme

arasındaki ilişki tanımlanmıştır, fakat henüz etiyoloji bilinmemektedir.^[2]

Böbrek kisti, hidronefroz, megasistis, anorektal atrezi, urakal kist, mekonyum pseudokisti, hidrometrokolpos, mezenterik kist, karaciğer ve dalak kistleri karın içindeki kistik kitlelerin nedenleri olabilmektedir. Bu yüzden ayırıcı tanı yapılırken bu durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Antenatal olarak fetal over kisti tanısı almış 7 gebenin klinik özellikleri ve prognozu bu yazıda sunulmaktadır prenatal ve postnatal yönetim tartışılmıştır.

Yazışma adresi: Dr. Talat Umut Kutlu Dilek. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul.
e-posta: umutdilek@gmail.com

Geliş tarihi: 30 Ekim 2017; **Kabul tarihi:** 08 Aralık 2017

Bu yazının atf künyesi: Sarı U, Doruk A, Aydeniz GE, Gündoğan S, Kutlu Dilek TU.
A case series on fetal ovarian cysts. Perinatal Journal 2017;25(3):149–152.

©2017 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20170253011
doi:10.2399/prn.17.0253011
Karekod (Quick Response) Code:



Olgu Sunumu

2012–2017 yılları arasında tanı alan ve tanı sonrasında takip edilen toplam 7 fetal over kisti olgusunun klinik, görüntüleme ve takip bulguları değerlendirildi (**Tablo 1**; **Şekil 1** ve **2**). Birinci olguda gebelikte tanı aldığı 32. haftadan sonraki 4 haftalık periyotta over kist boyutları artmış olup kistin sonografik özellikleri değişmediği halde, kist boyutu 37. haftada 25×25mm boyutlarına geriledi ve neonatal dönemde kayboldu. İkinci, 3. ve 4. olgular ise gebelik sırasında değişiklik göstermeksizin postnatal dönemde gerileyerek ve kaybolmuştur. Beş, 6 ve 7. olgular ise doğumdan sonra sebat eden ve halen izlemi süren olgulardır.

Tartışma

Fetal over kistleri ultrasonografi teknolojisindeki ilerlemeler sayesinde her geçen gün daha çok tanı alan benign over kitleleridir. 2635 gebelikte bir görüldüğü bildirilmektedir.^[3] Over kistleri en sık benign ve fonksiyonel tümörlerdir. Çoğunlukla kaynak foliküler epiteldir, fakat teka lutein ve korpus luteum kistleri olarak da oluşabilirler. Over kitlelerinin %85–90'ı fonksiyonel kistlerdir ve %10–15'i komplekstir (%3 karsinoma, %7–12 teratomlar ve müsinöz ile seröz kistadenomlar).^[4] Fetal over kistleri, genellikle gebeliğin 3. trimesterinde tanı alırlar. Kistlerin büyük bir bölümü gebelik sırasında küçülür ve hayatın ilk birkaç ayında ortadan kaybolur. En erken tespit edilen olgu 19. gebelik haftasında tanı almıştır.^[5] Fetal over kistleri ultrasonografik özelliklerine göre basit veya kompleks ve komplike veya komplike olmayan şek-

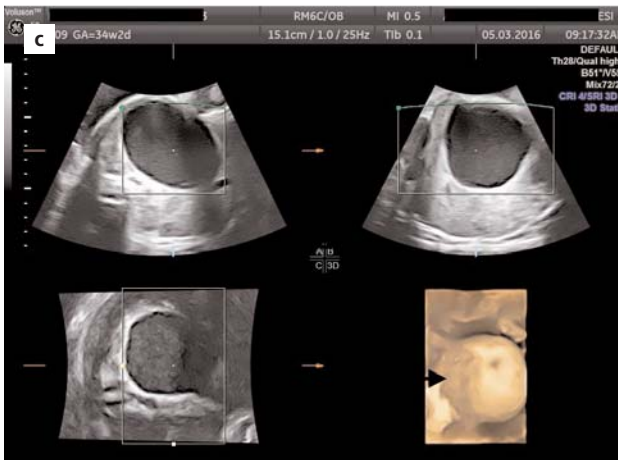
linde iki grupta sınıflanmaktadır.^[1] Boyut, ekojenite, sınırlar, duvar kalınlığı, septa ve bilateralite önemlidir. Benign kistleri malign kitlelerden ayırmada ultrason muayenesi yardımcı olabilir.

Abdominal-pelvik kistik bir yapı olarak fetal over kistlerinin ayırıcı tanısında böbrek kisti, hidronefroz, megasistis, anorektal atrezi, urakal kist, mekonyum psödokisti, hidrometrokolpos, mezenterik kist, karaciğer ve dalak kistleri karın içindeki kistik kitleleri düşünülmektedir. Lateralite göstermeleri, alt abdomen-pelvik yerleşimli olmaları, genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde ortaya çıkmaları, sadece kız fetuslarda izlenmeleri, diğer abdominal kistik yapılardan ayırımı sağlar. Hidrokolposun mesane posteriorunda olması, urakal kistlerin orta hatta, mesane ve umbilikus arasında yer alması, mekonyum psödokistlerinin irregüler, kalın duvarlı, karaciğere komşuluk gösterebilen kistler olması; renal ve toplayıcı sistem kaynaklı olanların ise böbrek parankimi ile ilişkileri ve posterior ve paravertebral yerleşim göstermeleri nedeniyle fetal over kistlerinden ayırımı yapılabilir.^[6]

Takip sırasında kist rüptürü, kist içine kanama, asit, over torsiyonu ve diğer komşu organlara bası gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bunlar içerisinde over torsiyonu, daha çok prenatal dönemde gelişen ve en ciddi komplikasyonlardan biridir. Bu durum antenatal olguların %38–55'inde görülürken, olguların %50–78'inde neonatal dönemde görülmektedir.^[7] 954 olgu'yu içeren toplam 34 çalışmanın sistematik derlemesinde olguların %53.8'inde gebelik veya postnatal dönemde gerileme iz-

Tablo 1. Olguların klinik özellikleri ve ultrason bulguları.

	Tanı haftası	Ultrason özellikleri	Prognoz	Doğum şekli
Olgu 1	32. hafta	44×67×35 mm, pür kist, tek taraf (Şekil 1a)	35. haftada kist büyüyerek boyutları 65×61×56 mm'ye ulaştı. Gebelikte 37. haftada gerileme oldu (Şekil 1b ve 1c).	Vajinal
Olgu 2	31. hafta	Solda 21×20 mm, sağda 19×20 mm, iki taraflı basit ince duvarlı, septasız (Şekil 2)	Kist boyutu gebelik süresince değişmedi. Doğumdan 2 ay sonra kayboldu.	Sezaryen
Olgu 3	28. hafta	Solda 30×27 mm, pür kist, tek taraf, septasız	Kist boyutu gebelik süresince değişmedi. Doğumdan 2 ay sonra kayboldu.	Sezaryen
Olgu 4	30. hafta	Sol 26×25 mm, pür kist, tek taraf, septasız	Gebelik sürecinde 36. haftada kayboldu.	Sezaryen
Olgu 5	34. hafta	Sağ 30×28 mm, pür kist, tek taraflı, septasız	Doğum sonrası aynı boyutta sebat ediyor. Takibin 20. ayı.	Vajinal
Olgu 6	32. hafta	Sağ 49×40 mm, heterojen, tek taraflı, septasız	Doğum sonrası 4 cm boyutta sebat ediyor. Takibin 9. ayı	Sezaryen
Olgu 7	36. hafta	Sol 30 mm çapta, tek taraflı basit	Doğum sonrası aynı boyutta. Takibin 20. ayı	Sezaryen



Şekil 1. (a) Tek taraflı 44×67×35 mm boyutunda fetal over kisti (gebeliğin 32. haftasında yapılan muayenede saptandı). (b) Sol overde izlenen kistin çapı 71×63 mm olarak artmış izlenmektedir. (c) Kist, 3D rendering modda tek taraflı ve düzgün duvarlı izlenmektedir.



Şekil 2. Gebeliğin 31. haftasında görülen bilateral over kisti (Solda 21×20 mm ve sağda 19×20 mm).

lenmiştir. Kompleks kistlerde, 4 cm'den büyük kistlerde gerileme daha az olup ultrasonografik görünüm pater-ninde değişenlerde otoampütasyon veya cerrahi sonrası ovaryan kayıp daha sık izlenmektedir.^[8] Postnatal cerrahi gereksinimi göz önüne alındığında ise 4 cm'den büyük over kistlerinde ve kompleks ultrasonografi özelliklerine sahip olanlarda daha yüksek cerrahi operasyona gidiş oranları izlenmektedir.^[8]

Torsiyon over ile komşu bağırsak veya diğer pelvik organlar arasında adezyonların oluşmasına neden olabilmektedir. Doppler ultrason değerlendirmesi torsiyon şüphesinde yardımcı olabilir. Kistin boyu, over pedikülünün uzunluğu ile torsiyon ve kanama riski arasında çelişkili raporlar mevcuttur.^[1,9] Öte yandan 4 cm üzeri kistlerde torsiyon riski 30 kat daha yüksektir.^[8] Perinatal over torsiyonunun uzun dönemli sonuçları bilinmemektedir. Kist içi kanama bir diğer önemli komplikasyondur. Seksen iki fetal over kisti olgusunun bulunduğu seride, ultrasonda kist içi kanama bulgularının varlığının kötü sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur.^[10] Bizim yedi olgumuzda kistler komplike olmadı.

Over kistlerinin yönetimi tartışmalıdır ve merkezler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Temel olarak over parankimini korumak amacıyla yapılan, prenatal ve postnatal aspirasyon, neonatal cerrahi ve basit ultrason takipleri kabul edilebilir yaklaşımlardır. Birçok olguda basit kistlerin periyodik ultrason takiplerinde kendiliğinden gerileme eğiliminde oldukları gözlenmektedir.^[11] Basit kistlerde spontan gerileme kompleks kistlere göre da-

ha fazladır, diğer yandan bazı araştırmacılar kistin ultrason görüntüsü ne olursa olsun tüm kistlerin konservatif yaklaşımla yönetilmesini önermektedir. Prenatal aspirasyon yapılan olguların %37.9'unda rekürrens, %10.8'inde torsiyon, %12.8'inde kist içi kanama ve %21.8'inde postnatal cerrahi gereksinimi ortaya çıkmıştır.^[8] Prenatal tanı alan 324 olgunun izlendiği, 56 olgunun prenatal aspire edildiği, toplam 380 fetal over kisti olgusunu içeren meta-analizde en sık torsiyon izlenen olguların kist boyutunun 30–59 mm arasında olduğu, aspire edilmeyen olgularda %10 torsiyon, %49 postnatal cerrahi gereksinimi varken aspire edilen olgularda torsiyon izlenmediği, postnatal cerrahi gereken olguların ise sadece %7 olduğu belirtilmiştir.^[12] Postnatal dönemde ise kist kendiliğinden gerilemişse cerrahi müdahaleye gerek yoktur.

Postnatal dönem cerrahi endikasyonları tartışmalıdır. Başlıca cerrahi endikasyonları, postnatal dönemde torsiyon bulguları gösteren kompleks kistler, takiplerde gerilemeyen büyük kistler, neoplazi şüphesi ve yenidoğan döneminde semptom veren karın şişliği ve bağırsak tıkanıklığına yol açan bası semptomlarının varlığıdır. Bir çalışmada, semptomatik, çapı 5 cm'den büyük, persiste kistlerin tedavisinde cerrahi önerilirken, diğer bir çalışmada 2 cm'den büyük basit kistlerin ve boyutu her ne olursa olsun kompleks kistlerin tedavisinde neonatal cerrahi tavsiye edilmektedir.^[13] Cerrahi yöntem cerrahın tecrübesine göre laparoskopik veya laparatomik olabilir.

Fetal over kistinin ultrason görüntüsünün özelliklerine göre düzenli ultrason takiplerini öneriyoruz. Yedi olguluk seride sadece bir olgumuzun takiplerinde over kisti 37. haftaya kadar büyümüştür. Dört olgumuzda fetal over kistleri prenatal ve postnatal takipleri sırasında müdahalesiz kaybolmuştur. Diğer 3 olgu ise doğum sonrası sebat etmiş olup onlarda boyut artışı olmaksızın takip sürmektedir. Doğum şekli fetal over kistinin varlığından etkilenmemelidir. Biz; 2., 3., 4., 6. ve 7. olgularımızı daha önce geçirilmiş sezaryen öyküleri nedeniyle sezaryen ile doğurttuk.

Sonuç

İntrauterin hayatta over kistleri her geçen gün daha çok tanı almaktadır. Bu kistlerin büyük çoğunluğu fonsiyonel kistlerdir. Kistin boyutu ve ultrasonografik özelliklerinin düzenli takip edilmesi yaklaşımda en çok başvuru olan yoldur. Takip edilen fetal-neonatal over kistinin boyutlarındaki artış ve değişen ultrason özellikleri prenatal

ve postnatal dönemde acil cerrahi gerekliliğini ortaya koyabilir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 1988;168:817–21.
2. Valenti C, Kassner EG, Yermakov V, Cromb E. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123:216–9.
3. Kirkinen P, Jouppila P. Perinatal aspects of pregnancy complicated by fetal ovarian cyst. *J Perinat Med* 1985;13:245–51.
4. Henrion R, Helardot PG. In utero diagnosis of cysts of the ovary. [Article in French] *Ann Pediatr (Paris)* 1987;34:65–9.
5. 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.
6. Trinh TW, Kennedy AM. Fetal ovarian cysts: review of imaging spectrum, differential diagnosis, management and outcome. *Radiographics* 2014;35:621–35.
7. Giorlandino C, Bilancioni E, Bagolan P, Muzii L, Rivosecchi M, Nahom A. Antenatal ultrasonographic diagnosis and management of fetal ovarian cysts. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;44: 27–31.
8. Bascietto F, Liberati M, Marrone L, Khalil A, Pagani G, Gustapane S, et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;50:20–31.
9. Perrotin F, Potin J, Haddad G, Sembely-Taveau C, Lansac J, Body G. Fetal ovarian cysts: a report of three cases managed by intrauterine aspiration. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16: 655–9.
10. 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.
11. Sánchez P, Gámez F, de León-Luis J, Antonio Carrillo J, Martínez R. Fetal ovarian cyst: prenatal diagnosis, perinatal outcome and treatment. Case series and literature review. [Article in Spanish] *Ginecol Obstet Mex* 2012;80:84–90.
12. Tyraskis A, Bakalis S, David AL, Eaton S, De Coppi P. A systematic review and meta-analysis on fetal ovarian cysts: impact of size, appearance and prenatal aspiration. *Prenat Diagn* 2017; 37:951–8.
13. 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.