

Yenidoğanda Bilateral Büyük Multikistik Overler ve Primordial Foliküllerin Yokluğunda Tedavi Seçiminde Güçlük: Bir Olgu Sunumu

Latif Abbasoğlu¹, Ali Türk², Alihan Özcan³

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A.D., İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji A.D., İstanbul, Türkiye

³Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul, Türkiye

ÖZET

30 yaşında, gravida 1 hastanın 30. gebelik haftasında yapılan rutin ultrasonografisinde fetusta her ikisi de 5'er cm çapında olan bilateral over kisti saptandı. Postnatal ultrasonografi ve MR her iki overde (R:10 cm, L:7 cm) solid komponent olmaksızın multikistik lezyonlar ve barsak ve böbreklerde itilme ortaya koydu. Operasyonda bilateral wedge biyopsi alındıktan sonra drilling işlemi ile kitleler küçültüldü. Histopatolojisinde hiç primordial folikül görülmezken, multipl aluteinize folikül kisti olarak rapor edildi. Olgumuz özellikle bilateral olduğundan ve normal over dokusu bulunmadığından tedavi seçimi açısından güçlük arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: over kisti, prenatal tanı, postnatal cerrahi

THERAPEUTIC DILEMMA IN A NEWBORN WITH BILATERALLY ENLARGED MULTICYSTIC OVARIES AND ABSENCE OF PRIMORDIAL FOLLICLES: A CASE REPORT

ABSTRACT

Bilateral ovarian cysts of 5 cm diameters each were detected in the fetus of a 30-year-old gravida 1 pregnant woman during 30 weeks of gestation. Postnatal ultrasound and MR scans revealed multicystic lesions in both ovaries (R:10 cm, L: 7cm) without any solid component, and displacement of intestine and kidneys. At operation, after performing bilateral wedge resection, drilling procedure was done. The histopathology results reported multiple aluteinized follicular cysts without any primordial follicles. Our case presents difficulty in terms of treatment choices particularly because of bilateral disease without any normal ovarian tissue.

Key words: ovarian cysts, prenatal diagnosis, postnatal surgery

Giriş

Rutin antenatal sonografinin kullanıma girmesiyle birlikte fetal over kistlerinin saptanma sıklığı artmaktadır (1). Bu kistlerin etyolojisi pek bilinmemekle birlikte immatür hipotalamus-hipofiz-over geribildirim mekanizmasının bu olgularda gonadal hiperstimulasyondan sorumlu olabileceği düşünülmektedir (1,2). Doğumdan sonra, hormonal stimülasyonun azalması spontan gerilemeye yol açabilir; bu nedenle komplike olmayan kistlerde konservatif tedavi önerilir. Ancak bazı kistler rüptür, torsiyon ve komşu organlara bası riski taşırlar. Burada her iki overde de iri kistik kitleler ile seyreden antenatal tanılı bir olgu ilgili literatür gözden geçirilerek sunulmaktadır.

Gönderilme Tarihi: 20 Eylül 2010 • **Revizyon Tarihi:** 01 Aralık 2010 • **Kabul Tarihi:** 06 Aralık 2010
İletişim: Latif Abbasoğlu • **E-Posta:** abbasoglul@hotmail.com

Olgu sunumu

30 yaşında, gravida 1 hastanın 30. gebelik haftasında yapılan rutin ultrasonografisinde fetusta her ikisi de 5'er cm çapında olan bilateral over kisti saptandı. Doğuma kadar 2 hafta arayla yapılan seri sonogramlarda overlerin progresif olarak büyüdüğü görüldü. Termde elektif C/S ile doğan bebeğin genel durumu iyi idi ancak karın distansiyonu vardı. Postnatal ultrasonografi ve MR her iki overde(R:10 cm, L:7 cm) solid komponent olmaksızın multikistik lezyonlar ve barsak ve böbreklerde itilme ortaya koydu (Şekil1). Başka bir ek anomali saptanmayan hasta fenotipik olarak da normal kabul edildi. LDH (444 U/L) ve Beta-hCG (92 mIU/ml) ve AFP (193000 IU/ml) normal olarak bulundu. Hasta abdominal distansiyon ve özellikle sağ böbrekte gittikçe artan



Şekil 1. Alt batin MR'da batını tamamen dolduran bilateral multikistik kitle.



Şekil 2. Overlerdeki kistik kitlelerin operasyon görüntüleri.

hidronefroz nedeniyle hayatının 9. gününde operasyona alındı. Eksplorasyonda her iki tarafta da normal over dokusu olmaksızın iri kistik kitle ve bu kitleyi oluşturan değişik çaplarda multipl kistler vardı (Şekil 2). Sağlıklı over dokusu görülmedi. Bilateral kama biyopsisi alındıktan sonra multipl kistlere delme işlemi uygulanarak kitleler küçültüldü. Histopatolojisinde hiç primordial folikül görülmezken, multipl aluteinize folikül kisti olarak rapor edildi. Kist sıvılarında ise köpük hücre grupları görüldü.

Tartışma

Rutin ultrasonografinin gittikçe daha fazla kullanılması, son yıllarda fetal over kistlerinin saptanmasını arttırmakta ve bu durum da postnatal tedavideki tartışmaları beraberinde getirmektedir.

Over kistleri over foliküllerinden kaynaklanmakla birlikte oluş mekanizmaları tartışmalıdır. Fetal FSH, maternal östrojen, plasental hCG veya immatür hipotalamus-hipofiz-over döngüsüne bağlı olabileceği düşünülen bu kistlerin pek çoğu doğumdan sonraki hormonal stimülasyonun azalmasıyla spontan gerilerler ve klinik önem arz etmezler (1,3). Eğer bu kistler hasta 1 yaşına geldiğinde hala kaybolmamışsa, büyüyorsa ya da semptomatik hale gelmişse açık ya da laparoskopik rezeksiyon uygundur (4,5). Ancak kompleks kist söz konusu ise; yani sıvı debris, pıhtı, septasyon ya da solid komponent varlığında torsiyon, kanama veya rüptür olabileceğinden takip yerine cerrahi girişim yapılmalıdır. Yine çapı 5 cm üzerinde olan kistlerde torsiyon riski fazla olduğu için eksizyon önerilmekle birlikte, İkeda ve ark. kist boyutunun torsiyon ile korelasyon göstermediğini savunmaktadırlar (6).

Olgumuzda olduğu gibi bilateral ve çapı 5 cm'den büyük kistlerde tedavi seçimi daha karmaşık hale gelmektedir.

Her ne kadar sonografik ve MR görüntüleme özellikleri yönünden kistler kompleks değilse de boyutları açısından özellikler arz etmekteydiler. Gerek abdominal distansiyon ve böbreklere bası ve gerekse torsiyon riski cerrahi girişim seçeneğini ön plana çıkarıyordu. Ancak Brandt ve ark. belirttiği gibi over kistleri sıklıkla köken aldıkları over dokusuna yapışık olduklarından hatta bazen over dokusunun tamamını işgal ettiklerinden over torsiyonunu önlemek üzere yapılan bir cerrahi girişim sıklıkla ooforektomiyle sonuçlanmaktadır (5). Böyle bir komplikasyonu önlemek üzere yapılan ultrason rehberliğinde iğne aspirasyonu overin korunmasında akılcı bir yöntem olarak uygulanmaktadır (7); ancak sunduğumuz olguda olduğu gibi multipl kistlerin varlığında iğne aspirasyonu ile kistlerin tedavisi uygun bir seçenek değildir. Nitekim yaptığımız eksplorasyonda hedefimiz abdominal organları deplase eden ve torsiyon riski taşıyan multipl kistlerin oluşturduğu bilateral over kitlelerinin küçültülmesi idi. Gerek preoperatif görüntülemelerde, gerekse makroskopik olarak sağlıklı over dokusu görmemiş olsak da gonadı korumak üzere tüm çabanın harcanması gerekir. Bundan hareketle kama biyopsiler aldıktan sonra delme işlemi ile kistik kitleler küçültüldü. Histopatolojisi aluteinize folikül kisti olarak gelen hastanın overlerinde hiç primordial folikül saptanmadı. Bu durum overlerin gelecekte gerek hormonal, gerekse üreme fonksiyonları açısından soru işaretleri oluşturmaktadır. Hastamız infantil ve erken çocukluk döneminde ultrasonografi, daha sonra da hormon tetkikleri ile takip edilecek ve overler yapısal ve fonksiyonel olarak değerlendirilecektir. Ancak her ne kadar primordial folikül içermeyen bu büyük kistiklerin kompleks hale gelmesi hatta akut karın tablosu ile karşımıza çıkma ihtimali olsa da; hastalık bilateral olduğundan organ koruyucu tedavinin hastamıza bir şans verdiğini düşünmekteyiz. Bu olgunun benzeri olguya literatürde rastlamadığımız için takiplerinin tıbbi literatüre katkı sağlayacağı kuşkusuzdur.

Kaynaklar

1. Shimada T, Miura K, Gotoh H, Nakayama D, Masuzaki H. Management of prenatal ovarian cysts. *Earl Hum Dev* 2008; 84: 417-20.
2. Bagolan P, Giarlandino C, Nahom A ve ark. The management of fetal ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 25-30.
3. Templeman CL, Fallat ME. Ovarian Tumors. in *Pediatric Surgery*. Jay L Grosfeld, James A O'Neill Jr., Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran Eds. Sixth ed, Philadelphia, Mosby Elsevier. 2006, pp.593-621.
4. Foley PT, Ford, WDA, McEwing R, Furness M. Is conservative management of prenatal and neonatal ovarian cysts justifiable? *Fetal Diagn Ther* 2005; 20: 454-8.
5. Brandt ML, Luks FI, Filiatrault D ve ark. Surgical indicationsin antenatally diagnosed ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 1991;26: 276-82.
6. Ikeda K, Suito S, Nakano H. Management of ovarian cyst detected antenatally. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 432-5.
7. Eggermont E, Lecoutere D, Devlieger H ve ark. Ovarian cysts in newborn infants. *Am J Dis Child* 1988; 142: 702.