

## PELVİK KİTLELER VE GEBELİK: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Mert KAZANDI, Levent AKMAN, Çağdaş ŞAHİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

### ÖZET

*Günlük hayatta kullanılan pratik gebelik testlerinin ve ultrasonografi kullanımının yaygınlaşması sonucu gebelik takiplerine erken haftalarda başlanması, gebelikte saptanan pelvik kitle sayısında artışa neden olmuştur. Makalemizde 32 yaşında 18. gebelik haftasında tekil gebeliği ve sol adneksiyal bölgede 9x10 cm boyutlarında kitlesi bulunan, operasyon sonrasında mikroinvaziv seröz borderline tümör tanısı almış bir olgu sunulmuştur. Bu kitlelere yaklaşım konservatif veya cerrahi yönde olabilmektedir. Bu karar verilirken de kitlenin büyüklüğü, gebelik haftası ve USG bulguları dikkate alınmalıdır.*

**Anahtar kelimeler:** adneksiyal kitle, gebelik

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt: 7 Sayı: 1 Sayfa: 153- 6*

### SUMMARY

#### ADNEXAL MASS AND PREGNANCY: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

*After daily use of practical pregnancy tests and widespread use of ultrasonography, pregnancy controls start in early weeks and the number of adnexial masses which diagnosed in pregnancy increased. In this report, we presented 32 years-old woman with 18 gestational weeks with an adnexial mass at 9x10cm on the left adnexial area. After laparotomy, histopathological result was microinvasiv serous borderline tumor. Adnexal mass with pregnancy can be treated surgically or conservative. The measures of the mass, gestational weeks and the USG findings effect the decision of treatment way.*

**Key words:** adnexial mass, pregnancy

*Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol: 7 Issue: 1 Pages: 153- 6*

---

**Yazışma adresi:** Doç. Dr. Mert Kazandı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Tel.: (0232) 390 17 00

e-posta: mert.kazandi@edu.tr

Alındığı tarih: 08.12.2009, revizyon sonrası alınma: 28.12.2009, kabul tarihi: 29.12.2009, online yayım tarihi: 03.01.2010

## GİRİŞ

Ultrasonografi ve gebelik testlerinin yaygın kullanımını nedeniyle erken haftalarda gebelik takiplerinin başlaması gebelik sırasında saptanan adneksiyal kitle sayısını arttırmıştır. Günümüzde gebeliklerde adneksiyal kitle tespit oranı %1'dir<sup>(1,2)</sup>.

Gebelikte tespit edilen adneksiyal kitleler genellikle gebeliğin 2. trimesterinde rezorbe olmaktadır ve bunların çoğunluğunu basit kistler oluşturmaktadır. Ancak persiste eden kitlelerde yaklaşım tartışmalı olmakla beraber takip veya cerrahi yönünde karar verilmektedir.

## OLGU

32 yaşında, gebelik 5 parite 2 olan olgu gebeliğinin 18. haftasında sol adneksiyal bölgede saptanan 10 cm'lik kitle nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Hastanın özgeçmişi ve soy geçmişi özellik arz etmiyordu.

Hastanın yapılan pelvik-abdominal muayenesinde yaklaşık 4 aylık gebelik cesametinde bir uterus ve uterus sol lateralinde yaklaşık 8-9 cm boyutlarında mobil, semisolid kitle palpe edildi. Transabdominal ultrasonografide (USG) 18 hafta ile uyumlu intrauterin tek canlı fetusa ek olarak uterus sol yan duvar komşuluğunda içerisinde posterior yüzde papiller görünümünde solid yapılar içeren 10x9x6 cm boyutunda heteroekojen kistik kitle izlendi (Resim1). Laboratuvar tetkiklerinde tümör belirteçlerinden CA-125:88,09 U/ML (normal aralığı <35 U/ML), diğer tümör belirteçleri normal değer aralıklarında saptandı.



**Resim 1:** Papiller yapı içeren heterojen kitle ultrasonografide izlenmektedir.

Hastanın USG bulguları, tümörün boyutu, gebelik haftası, tümör belirteçleri göz önüne alınarak; aileyeye

ilerleyen gebelik haftalarında gelişebilecek komplikasyonlar ve malignite riski hakkında bilgi verilip ailenin onayı alındıktan sonra 20. gebelik haftasında operasyon planlandı. Laparotomide sol over üst kutbundan kaynaklanan yaklaşık 10 cm çapında mobil, cidarı intakt, solid alanlar barındıran kistik kitle izlendi. Kist kapsül bütünlüğü bozulmadan eksize edildi. Materyalin frozen inceleme sonucunun borderline gelmesi üzerine sol salpingoofektomi yapıldı. Evreleme için sağ over, periton, omentum, mesane peritonundan biyopsiler alındı. Diğer batın organları ve lenf nodlarında palpasyonda tümöre ait kitle ele gelmedi. Operasyon sonrası batın yıkaması yapılarak işleme son verildi. Operasyon sonrasında hastaya tokolitik amaçlı endol supozitivar başlandı. Materyalin histopatolojik değerlendirilmesi mikroinvaziv seröz borderline tümör olarak geldi. Tümörün kapsül bütünlüğü korunmuş, biyopsiler ve batın yıkamaları negatif saptandı. Operasyon sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta, gebelik son dönemine kadar takip edilerek, sezaryen ile doğum ve operasyon sırasında tekrar evreleme amaçlı biyopsilerin yapılmasına karar verildi.

## TARTIŞMA

Gebeliğe eşlik eden kitlelerin büyük kısmı 2. trimester ortalarında rezorbe olmakta, bir kısmı ise persiste etmektedir. Persiste eden kitlelerin %22-54'nü basit kistler, %20-30'unu matür kistik teratomlar oluşturmaktadır. Gebelikte persiste eden adneksiyal kitlelerden over kanseri gelişme oranı %5,9 olarak bildirilmiştir<sup>(3-5)</sup>.

Persiste eden kitlelerde kesin fikir birliği olmamakla beraber takip ya da cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Bu dönemde yapılan cerrahi uygulamalar anne ve fetus üzerine istenmeyen yan etkiler oluşturabilirken, takip edilen hastalarda ise malignitenin yayılması veya kitlede torsiyon, rüptür veya kanama gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir<sup>(6)</sup>.

Literatürde büyük oranda 6 cm ve daha küçük kitleler için konservatif yaklaşım önerilmektedir<sup>(1,3)</sup>. Grimes ve arkadaşları yayınlarında 6 cm'den küçük 98 kistten 92'sinin rezorbe olduğunu ve 6 cm'den küçük pedinküllü kistlerin torsiyon riski taşımadıklarını bildirmişlerdir<sup>(1)</sup>. Bazı yazarlar USG görünümüne bakmadan gebelikte 16. haftaya kadar persiste eden ve 6 cm'den büyük tüm kitlelere leiomyom şüphesi

olmadığı sürece elektif cerrahi önermektedir<sup>(3)</sup>. Çünkü komplikasyon nedeniyle yapılan acil operasyonların sonunda kötü obstetrik sonuçlar dikkat çekmektedir. Sherad ve arkadaşları elektif operasyon sonrası spontan abortus oranını %4,6 olarak bildirmişken<sup>(7)</sup>, Hess ve arkadaşları ise torsiyon ve kanama nedeniyle acil cerrahi uyguladıkları 15 hastadan 6'sında (%40) spontan abortus ve 2 hastada preterm doğum bildirmişlerdir<sup>(3)</sup>. Ayrıca Whitecar çalışmasında 23. gebelik haftasından sonra yapılan operasyonlarda daha önce yapılan göre obstetrik komplikasyon oranını 4 kat fazla bildirmiştir<sup>(6)</sup>. İkinci trimesterde ve uzun süreli operasyonlarda genellikle laparotomi tercih edilmektedir<sup>(8)</sup>. İlk trimester operasyonlarında progesteron desteği yapılması bildirilmektedir<sup>(9)</sup>. Cerrahi teknik ve tecrübenin artmasıyla da, alternatif bir yöntem olan laparoskopik yaklaşımın kullanımı da geniş yer bulmaktadır. Laparoskopinin hastanede daha az kalış süresi, operasyon sonrası daha az ağrı, daha az komplikasyon, küçük abdominal insizyon gibi bilinen genel faydalarının yanında büyüyen uterus nedeniyle laparoskopik girişimde zorluklar, intraabdominal basınç artışı nedeniyle uterin kan akımında azalma sonrasında fetal hipoksi gelişimi gibi etkileri de olabilmektedir. Bu olumsuz etkileri en aza indirmek için ikinci trimester laparoskopik yaklaşımda en uygun zaman olarak bildirilmektedir<sup>(10)</sup>. Yuen ve arkadaşları adneksiyal kitlesi olan 67 gebeye ikinci trimesterde laparoskopi uygulamış ve 2 hastada laparotomiye dönmüşlerdir. Hiçbir hastada operasyon sırasında ve operasyon sonrasında majör komplikasyonla karşılaşmamışlardır<sup>(11)</sup>. Bunun yanında laparoskopinin gebeliğin her döneminde güvenle kullanılabilceğini bildiren yayınlarda mevcuttur<sup>(12)</sup>.

Gebelikteki over kanserleri genellikle düşük malignite potansiyeli taşımaktadırlar. İki yayında malignite şüphesi olan overyan kitlelerin %80'nin borderline yapıda ve erken evre tümörlerin oluşturduğu ve bu tür malignitelerin gebelik sırasında yayılma eğiliminin zayıf olduğu, bu nedenle cerrahi girişimin gebelik sonuna ertelenebileceği belirtilmektedir<sup>(13,14)</sup>. Ayrıca borderline tümörlerde evrelemenin büyümüş uterus nedeniyle yetersiz olabileceği için cerrahi girişimin gebelik sonuna ertelenebileceği belirtilmektedir<sup>(15)</sup>. Frozen incelemede borderline over tümörü tanısı konulduğunda uygun cerrahi evreleme yapılmalıdır. Görünüşte evre I olan borderline over tümörü cerrahi evreleme sonrası %13-22 ileri evre çıkabilmektedir

(16). Ayrıca parafin incelemelerde de %6-53 oranında invaziv tümör saptanabilmektedir<sup>(17)</sup>. Histopatolojik değerlendirmede seröz mikropapiller patern ve invaziv periton implantlarının olduğu durumlarda ise intraperitoneal nüksler olabilmektedir. İnvaziv peritoneal implantları olan hastalarda platinum bazlı kemoterapi önerilmektedir<sup>(18)</sup>. Bu nedenle bu hastalara uygun bir cerrahi evreleme ve sonrasında takip önem taşımaktadır. Gebelerde de onkoloji ve pediatri uzmanları ile beraber multidisipliner bir yaklaşımla fetusa en az zararlı kemoterapi protokülü verilebilir.

Gebelikte eşlik eden adneksiyal kitlelerin benign-malign ayırımında tümör boyutu, ultrasonografi, renkli doppler ve MR inceleme beraberce değerlendirildiğinde yardımcı olmaktadır. Magnetik rezonans inceleme genellikle solid tümörlerin leiomyomlardan ayırımı için kullanılmaktadır<sup>(19)</sup>. Çalışmalarda benign kitlelerde de ortalama tümör çapı 6 cm üzerinde belirtildiği için, 6 cm ve üzeri kitlelerde tümör boyutu tek başına ayırma kriteri olarak kullanılmamaktadır<sup>(7)</sup>. Yüksek rezolüsyonlu USG ile kistin duvar yapısı, ekojenitesi ve septasyon içeriği incelenmektedir. Ancak 3 özellikle tek başına kesin ayırma kriterleri değildir. Septasyon veya kitlenin solid yapıda olması benign kitlelerde de görülmekle beraber, papiller yapılar genel olarak benign kitlelerde izlenmemektedir<sup>(7,20,21)</sup>. Renkli doppler inceleme malign kitlelerin tespitinde yardımcı olmaktadır. Doppler incelemede neovaskülarizasyon tespit edilmesi ve düşük dirence sahip damarların varlığı maligniteyle ilişkilidir. Özellikle PI değerinin 1'in altında saptanmasının malignite yönünde değerlendirilmektedir<sup>(22)</sup>.

Olgumuzda da 2. trimesterde persiste eden adneksiyal kitle mevcuttu. Tümör boyutunun 6 cm üzerinde olması, papiller solid alanlar içermesi nedeniyle elektif cerrahi uygulanmıştır ve operasyon sonrası dönemde komplikasyon gelişmemiştir. Olgumuzda literatür bilgilerini destekler nitelikte olarak mikrovaziv borderline yapıda tümör saptanmıştır.

Gebeliğe eşlik eden adneksiyal kitlelerin yönetilmesinde tüm veri ve bulgular beraberce değerlendirilmelidir. Obstetrik komplikasyonlar nedeniyle mümkün oldukça gereksiz cerrahi girişimden kaçınılmalıdır. Cerrahiye alternatif yaklaşımlar için geniş serili çalışmalar gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Grimes WH, Bartholomew RA, Colvin ED. Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1954; 68: 594-605.
2. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: Accuracy of sonographic diagnosis and outcome. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 447- 52.
3. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF, Winkel CA, Cruikshank DP, Morrison JC. Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy: report of fifty-four patients requiring laparotomy for definitive management. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1029- 34.
4. Novak ER, Lambrou CD, Woodruff JD. Ovarian tumors in pregnancy:an ovarian tumor registry review. *Obstet Gynecol* 1975; 46: 401- 6.
5. Platelek DN, Henderson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1236- 40.
6. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 19- 24.
7. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 358- 62.
8. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, Goldenberg M, Maschiach S, Oelsner G. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 71: 955- 60.
9. Yalçın ÖT, Özalp SS, Yıldırım A, Şener T, Cevrioğlu AS. Rüptüre Luteoma Nedeniyle Bilateral Ooferektomi Uygulanan 8 Haftalık Bir Gebelikte Yaklaşım. *Perinatoloji Dergisi* 1996; 4: 212- 4.
10. Öktem M, Lembet A, Kaya D, Kay Ü, Ergin T, Zeyneloğlu HB. Gebelik Esnasında Adneksiyal Kitleye Laparoskopik Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 2006; 3: 202- 4.
11. Yuen PM, Ng PS, Leung PL, Rogers MS. Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy. *Endosc* 2004; 18: 1354- 7.
12. 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: 217- 22.
13. Zanetta G, Perego P, Rangoni G, Negri L, Pellegrino A. Paraovarian cystadenocarcinoma of low malignancy potential in a pregnant woman. A succesful delayed treatment. *Ital J Gynecol Obstet* 1996; 2: 77- 9.
14. Rodriguez M, Nguyen HN, Averette HE, Steren AJ, Penalver MA, Harrison T et al. National survey of ovarian carcinoma: Part II. Epithelial ovarian malignancies in women less than or equal to 25 years of age. *Cancer* 1994; 73: 1245- 50.
15. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobel C, et al. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 578- 83.
16. Massad LS Jr, Hunter VJ, Szpak CA, Clarke-Pearson DL, Creasman WT. Epithelial ovarian tumors of low malignant potential. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 1027- 32.
17. Tangjitgamol S, Jesadapatrakul S, Manusirivithaya S, Sheanakul C. Accuracy of frozen section in diagnosis of ovarian mass. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 212- 9.
18. Alanbay İ. Borderline Overyan Tümörlerde Kemoterapi Endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3: 100- 4.
19. Curtis M, Hopkins MP, Zarlingo T, Martino C, Graciansky-Lengyl M, Jenison EL. Magnetic resonance imaging to avoid laparotomy in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 833- 6.
20. Lerner JP, Timor-Tritsch IE, Federman A. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 181- 5.
21. Thornton JG, Wells M. Ovarian cysts in pregnancy: does ultrasound make traditional management inappropriate. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 717- 21.
22. Wheeler TC, Fleischer AC. Complex adnexal mass in pregnancy: predictive value of color Doppler sonography. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 425- 8.