

## GEBELİK ESNASINDA ADNEKSİYAL KİTLEYE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM: BİR OLGU SUNUMU

Mesut ÖKTEM, Arda LEMBET, Derda KAYA, Ümit KAYA, Tolga ERGİN, Hulusi B. ZEYNELOĞLU

Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

### ÖZET

*Gebelikte adneksiyal kitle görülme sıklığı yaklaşık 600 canlı doğumda birdir. Bunların üçte biri korpus luteum kistleri ve üçte biri de benign kistik teratomlardır.*

*Biz 6 haftalık gebeliği mevcutken transvajinal ultrasonografide 90x70x90 mm boyutlu biloküle kisti tesbit edilen ve daha sonra 16. gebelik haftasında laparoskopik girişimle kist eksiyonu yapılan bir vakayı sunmaktayız. Postoperatif kesin histopatolojik tanı ovaryen seröz kistadenom olarak rapor edilmiştir. Annede veya fetusta herhangi bir komplikasyon izlenmemiş, 40. haftada sezaryen sekiyo ile sağlıklı 2880 gram bebek doğurtularak gebelik tamamlanmıştır.*

*Anahtar kelimeler: laparoskopi, adneksiyal kitle, gebelik*

### SUMMARY

#### Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy: a case report

*The reported average incidence of adnexal mass complicating pregnancy is 1 in 600 live births. Our case is a 90x70x90 mm biloculated cystic ovarian mass with 6 weeks of gestation and and cyst ecision was made with laparoscopy. Definitive histopathological diagnosis was serous cystadenoma of the ovary. The subsequent antenatal courses of the patient and fetus were uncomplicated, and at the time of 40 weeks of gestational age, a 2880 gr ,healthy baby delivered by cesarean section.*

*Key words: adnexal mass, laparoscopy, pregnanc*

### GİRİŞ

Operatif laparoskopideki büyük gelişmeler pelvik patolojilerin tedavisinde ilerlemeleri sağlamıştır. Bu gelişmeler endoskopik yoldan güvenle uygulanabilen prosedürlerin sayısında dramatik bir artış sağlayarak, açık laparotomi ile yapılması gereken jinekolojik prosedürlerin sayısında azalmaya yol açmıştır. Cerrahların tecrübe edinmesi ile birlikte laparoskopik prosedürler gebelere de uygulanmaya başlanmıştır. Gebelerde laparoskopik yaklaşımın avantajları; bağırsak fonksiyonlarının erken geri dönüşü, erken ambulasyon, kısa hospitalizasyon süresi, normal aktiviteye hızlı dönüş, yara yeri enfeksiyonu ve herniasyon oranının düşüklüğü, postoperatif ağrının az olması, postoperatif dönemde narkotik kullanma oranında azalmaya bağlı fetal depresyonun az görülmesi ve işlem sırasında uterusu

minimal manipülasyon yapılmasıdır. Komplikasyon oranında artışa yol açmadığından laparoskopik cerrahi gebelerde daha sık uygulanır olmuştur.

Gebelerde en sık uygulanan laparoskopik prosedürler kolesistektomi, adneksiyal cerrahi, appendektomi ve heterotopik gebeliklerin yönetimidir. Gebelerde adneksiyal kitleye rastlanma sıklığı 1/81-1/2500 canlı doğumda, yaklaşık olarak 600 canlı doğumda bir olarak bildirilmiştir. Adneksiyal kitlelerin üçte biri korpus luteum kistleri, üçte biri ise benign kistik teratomlardır. Hastaların %2-5 inde malignite gelişir<sup>(1,2)</sup>. Persistan adneksiyal kitlelerin olası maligniteyi ve komplikasyon-ları önlenmek amacıyla ikinci trimesterde elektif olarak çıkarılması önerilmektedir.

Bu çalışmada gebelikte persistan sol adneksiyal kitle nedeniyle laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen bir hasta sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

33 yaşındaki primigravid hasta kliniğimize rutin antenatal takip amacıyla 6 haftalık gebeliği mevcutken başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografide 90x70x90 mm boyutlu, biloküle, kistik vasıfta, kist duvarında nodül içeren sol ovarian kitle ve intrauterin gebelik tesbit edildi. 16. gebelik haftasında sol ovaryen kitle aynı boyutta persiste etmiş olarak izlendi. Serum kanser antijen(CA)-125 seviyesi 26,9 U/ml idi. Hastaya laparoskopi yapılaması planlandı ve ameliyatın riskleri hakkında bilgi verildi. Operasyondan 30 dakika önce 50 mg rektal supposituar indometazin uygulandı. Genel anestezi ve endotrakeal entübasyonun ardından hasta supin pozisyona alındı. Umbilikal bölgeden açık metod ile 10mm'lik trokar yerleştirildi. İntraabdominal basınç 12 mmHg olacak şekilde CO2 insuffle edilerek pnömoperitoneum sağlandı. Sonrasında hasta trendelenburg pozisyonuna alındı ve adneksiyal kitlenin karşı tarafına doğru eğim verildi. İki adet 5.lik trokar uterus yaralanmasını önlemek için direk gözlem eşliğinde girildi. Sistematik inspeksiyonda sadece sol overdeki 9x7 cm boyutlu biloküle kistik kitle izlendi.(Resim 1)Periton yıkandı ve kist içeriği iğne yardımı ile aspire edildi. Makas yardımı ile kistektomi yapıldı ve hemostaz amacı ile bipolar koagülasyon yapıldı. İntrakorporal teknik kullanılarak kalan over dokusu 3/0 polyglactin 910 ile sütüre edildi (1.operatör H.B.Z., asiste eden M.Ö). Kistik kitlenin frozen incelemesi benign olarak rapor edildi. Operasyon süresi 1 saatti. Ameliyattan 6 saat sonra rektal indometazin aynı dozda tekrarlandı. Postoperatif dönemde uterin kontraksiyon izlenmedi ve fetal kardiyak aktivite tesbit edildi. Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi. Kesin histopatolojik tanı seröz kistadenomdu. Hastanın antenatal takiplerinde fetal izlem normal olarak devam etti ve kist rekkürensine dair bulgu saptanmadı.



Resim 1: Sol adneksiyal kistin ve gebe uterusunun laparoskopik görünümü

## SONUÇLAR

Ameliyat komplikasyon olmadan tamamlandı. Kan kaybı minimaldi. Ameliyat süresi 1 saatti. Post-operatif ağrılar

için oral analjezik verildi. Uterin kontraksiyon izlenmedi ve postoperatif periyotta fetal kardiyak aktivite tesbit edildi. Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi. Kesin histopatolojik tanı seröz kistadenomdu. Hastanın antenatal takiplerinde fetal izlem normal olarak devam etti ve kist rekkürensine dair bulgu saptanmadı.40.gebelik haftasında sezaryen sekiyo ile 2880 gram sağlıklı,erkek bebek doğurtuldu. Operasyon sahasında adezyon formasyonu veya kist rekkürensine ait bulgu saptanmadı (Resim 2).



Resim 2: Sezaryen esnasında sol overin görünümü

## TARTIŞMA

Son dönemlerde operatif laparoskopik teknikler jinekolojik cerrahi ve genel cerrahide artan oranda kullanılmaktadır. Laparoskopik cerrahide gelişmelerle birlikte gebelik esnasında kullanımı daha yaygın olarak kullanım alanı bulmaktadır. Laparoskopik cerrahinin esas avantajları, küçük abdominal insizyon nedeniyle postoperatif iyileşmenin çabuk olması,erken mobilizasyon, barsakların az manipüle edilmesine bağlı muhtemelen postoperatif adezyon ve intestinal obstrüksiyonun az olması nedeniyle ameliyat sonrası gastrointestinal aktivitenin erken geri dönmesi,küçük skarlar, nadiren gelişen insizyonel herniler,düşük narkotik ilaç kullanımı ve ağrının az olması nedeniyle fetal kalp depresyonuna düşük oranda rastlanması ,kısa hospitalizasyon süresi ve günlük hayata erken dönülmesi olarak sayılabilir.

Bazı görüşlere göre laparoskopi intraabdominal basıncı arttırması ve intraabdominal basınç artışının maternal venöz dönüşü ve kardiyak outputu azaltması nedeniyle uterin kan akımını azaltarak fetal hipotansiyon ve hipoksiye neden olmaktadır.

İkinci trimester cerrahi için en uygun zamandır. Bunun pek çok sebebi vardır. Düşük riski birinci trimester ile karşılaştırıldığında daha azdır. Preterm doğum oranı düşüktür. Üçüncü trimester ile karşılaştırıldığında uterus boyutu nedeniyle operasyon sahasını kaplama oranı düşüktür. İkinci trimesterde teratogenezis riski çok düşüktür. Laparoskopi gebelik esnasında çok dikkatle uygulanmalıdır. Hasta gebeliğin ilk yarısında dorsal litotomi pozisyonunda

yatırılabilir. Venöz dönüşü arttırmak için gebeliğin ikinci yarısında sola yan pozisyonda yatış tercih edilebilir. Serviks enstrümantasyon yapılması önerilmez. Ayrıca uterin manipülasyon için kaviteye enstrümantasyon yapılmaması gerekir. Trokar yaralanmalarını engellemek için ureus yüksekliği mutlaka değerlendirilmeli, trokar alternatif yönlerden girilmelidir. Gazsız laparoskopi de uygulanabilir. Diğer trokarların girilmesi direk gözlem altında yapılmalıdır. Maternal hiperkarbi ve fetal asidozu önlemek için intraabdominal basınç 15 mmHg'nin altında olmalıdır. Ayrıca maternal end-tidal CO2 hacmi monitörize edilip, normal sınırlarda tutularak hiperkarbi ve asidoz önlenmelidir. Arteriyel PaCO2 monitörizasyonu önerilmektedir. Bazı otörlere göre gazsız laparoskopi gebelik esnasında standart laparoskopiye güvenli bir alternatif olarak uygulanmalıdır<sup>(3)</sup>. Pnömooperitoneum amacıyla nitroz oksit kullanımı önerilmektedir. Ancak CO2 ile pnömooperitoneumdan daha güvenli olduğuna dair net bilgi yoktur. Karbon dioksit kullanımına göre pnömooperitoneum için helyum kullanımının maternal-fetal asidoza daha nadir neden olduğu düşünülmektedir<sup>(4)</sup>. Ayrıca ameliyat süresi de kısa tutulmaya çalışılmalıdır.

Profilaktik tokoliz sıklıkla gerekmemekle birlikte, uterin kontraksiyon ve rahatsızlık hissedelerde kullanılabilir. 26-28. gebelik haftaları arası başarılı laparoskopik operasyonlar için sınır kabul edilebilir. İkinci trimester sonu ve üçüncü trimester uterus boyutu intraabdominal organların vizualizasyonu açısından görüntüyü sınırlayan etken olarak görülmektedir.

Laparoskopik cerrahinin fetal ve neonatal sonuçları İsveç Sağlık Birimi tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmada doğum ağırlığı, gestasyonel süreç, IUBG, infant ölümü, fetal malformasyon açısından fark bulunamamıştır. Bu çalışma 4 ile 20. hafta arası tek gebeliği olanlarda 2233 laparoskopi ve 2491 laparotomi sonrası fetal sonuçların değerlendirilmesiyle yapılmıştır<sup>(5)</sup>.

Gebelik esnasında non jinekolojik cerrahi yapılması gereken hasta oranı %0,2'dir<sup>(6)</sup>. Gebelikte en sık yapılan operasyonlar kolesistektomi ve appendektomidir. Bunlar %0,05-%0,1 oranında yapılmaktadır. İntrauterin gebeliğin varlığında en sık laparoskopi endikasyonları persistan ovarian kitle, adneksiyal torsiyon ve heterotopik gebeliktir. Biz ameliyatı 16. gebelik haftasına kadar erteledik. Gebe uterusu girişim sırasında olası yaralanmaları önlemek için açık tekniği kullandık. İntraabdominal basınç 12 mmHg'nin altında tutularak maternal hiperkarbi veya fetal asidoz gibi komplikasyonları önlemeye çalıştık. Uterin irritabiliteyi önlemek için indometazini tercih ettik, ancak operasyon sonrası uterin kontraksiyon olmadı. Çoğu vakada persistan adneksiyal kitlesi olanlarda cerrahi ikinci trimestere kadar veya doğum sonrasına dahi ertelenebilir. Bu çoğunlukla non-neoplastik fonksiyonel kistlerin spontan gerilemesi ile sonuçlanır. Altı cm.den

büyük adneksiyal kitleler 16. gebelik haftası sonrasında torsiyon, rüptür, doğum esnasında obstrüksiyon ve malignensiyi ekarte etmek amacıyla eksize edilir. Vakaların üçte ikisi korpus luteum kisti ve benign kistik teratom ile ilgilidir ve malignite oranı %2-5'dir<sup>(7)</sup>.

Bizim vakamızda ovarian kitle patolojik olarak kistadenom olarak rapor edildi. Bu gebelikte görülen adneksiyal kitlelerin en sık üçüncü nedenidir. Moore ve arkadaşları gebelik esnasında laparoskopik cerrahiye giden 150 vaka rapor etmiştir<sup>(8)</sup>. Bunların sadece bir tanesinde cerrahide kord kazası nedeniyle fetal ölüm gelişmiştir. Yuen ve arkadaşları, ikinci trimesterde laparoskopik cerrahi yapılan 6 gebe kadını içeren bir çalışma sunmuştur. Hiçbirinde intra veya postoperatif komplikasyon gelişmemiştir ve tüm gebeler termde komplikasyon olmadan normal bebekler doğurmuştur<sup>(9)</sup>. Bir başka çalışmada, Soriano ve arkadaşları laparoskopik adneksiyal cerrahiye giden 39 ve laparotomiye giden 54 gebe rapor etmiştir. Laparoskopik grupta 5 abortus ve bir konjenital malformasyon izlenmiştir<sup>(10)</sup>. Cerrahi ve konjenital anomaliler arası ilişki bilinmemektedir.

## Sonuç

Uzman bir kadro tarafından yapıldığında laparoskopik cerrahinin anne ve bebek açısından güvenli ve avantajlı olduğu görülmektedir. Klinik deneyimin gerekliliğine rağmen, prosedür maternal ve fetal iyi sonuçlar vermektedir.

## KAYNAKLAR

1. Yuen PM, Chang AMZ. Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76:173-176.
2. Struyk APHB, Treffers PE. Ovarian tumors in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1984;63:421-424.
3. Akira S, Yamanaka A, Ishihara T et al. Gasless laparoscopic ovarian cystectomy during pregnancy: Comparison with laparotomy. Am J Obstet Gynecol 1999;180:554-557.
4. Curet MJ, Weber DM, Sae A, Lopez J. Effects of helium pneumoperitoneum in pregnant ewes. Surg Endosc 2001;15: 710-714.
5. Reedy MB, Kallen B, Kuehl TJ. Laparoscopy during pregnancy: a study of five fetal outcome parameters with use of the Swedish Health Registry. Am J Obstet Gynecol 1997;177:673-679.
6. Curet MJ. Special problems in laparoscopic surgery. Surg Clin North Am 2000;80:1-14.
7. Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy. Obstet Gynecol Survey 2001; 56:50-59.
8. Moore RD, Smith WG. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnant women. J Reprod Med 1999;44:97-100.
9. Yuen PM, Chang AMZ. Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76:173-176.
10. Soriano D, Yefet Y, Seidman D, et al. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. Fertil Steril 1999; 71:955-960.