

Yirmi Dokuz Haftalık Gebelikte Preterm Eylem ve Eşlik Eden Krukenberg Tümörü

Preterm Labor in 29 Weeks Pregnancy with Krukenberg Tumor

Alper SEYHAN,^a
Suat Can ULUKENT,^b
Baki ERDEM,^a
Rabia Zehra BAKAR,^c
Aytül ÇORBACIOĞLU,^d
Özgür AKBAYIR^a

^aJinekolojik Onkoloji Kliniği,
^bGenel Cerrahi Kliniği,
^cKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
^dPerinatoloji Kliniği,
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 03.04.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 20.01.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:
Alper SEYHAN
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
alperseyan@yahoo.com

ÖZET Gebelikte adneksiyal kitle varlığı %0,2-2 arasında görülmekte olup, bunların yaklaşık %1-6'sı malign özellik göstermektedir. Gebelikte primer overyarian malignitelerin yanı sıra, oldukça nadir olmakla birlikte metastatik kitlelere de rastlanmaktadır. Ancak, gebelik varlığının tanılmal işlemleri sınırlamasından dolayı primer malignite odağı bilinmeyen hastalarda over metastazlarını primer kitlelerden ayırt edebilmek oldukça zordur. Krukenberg tümörleri, primer odağı genellikle gastrointestinal traktus olan metastatik over tümörleridir ve tüm overyarian tümörlerin %1-2'sini oluşturmaktadır. Bu çalışmada, gebeliğinde bilateral adneksiyal kitle saptanan, bu sırada spontan preterm doğumu gerçekleşen, puerperal dönemde endoskopik biyopsi incelemesinin midenin taşlı yüzük hücreli kanseri olarak değerlendirilmesiyle Krukenberg tümörü tanısı alan olgu ve gebelikte adneksiyal kitlelere yaklaşım literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; Krukenberg tümörü; over tümörleri

ABSTRACT The presence of adnexal masses in pregnancy is seen between 0.2-2%, about 1-6% of them indicate malignant characters. Beside the primary malignancy in pregnancy the metastatic masses can be observed quite rarely. It is very difficult to distinguish the ovarian metastases from the primary masses in cases which isn't known primary focus of malignancy. Because pregnancy limits the diagnostic procedures. Krukenberg tumor is defined a metastatic carcinoma of the ovary which its primary focus is usually gastrointestinal tract and it generates for 1-2% of all ovarian tumors. In this article a patient is presented that it is detected bilateral adnexal masses in her pregnancy and than who gives spontaneous preterm birth, and in the endoscopic biopsy examination after birth it is detected gastric signet-ring-cell adenocarcinoma and the diagnosis of Krukenberg tumor is given for the patient. So it is aimed to introduce the approach to adnexal masses in pregnancy with the support of literature.

Keywords: Pregnancy; Krukenberg tumor; ovarian neoplasms

Gebelikte saptanan adneksiyal kitleler, literatür serilerinde %0,2-2 arasında görülmektedir.¹ Bunların ancak %1-6'sı malign özellik göstermektedir. Krukenberg tümörleri ise tüm over tümörlerinin %1-2'si olup, gebelikte çok nadir görülmekle birlikte, genellikle ileri evrelerde saptanmaları nedeni ile prognozları kötüdür.² Geç tanı almalarının en önemli nedeni de gastrointestinal yakınmalara gebelikte çok sık rastlanmasındır.

Bu çalışmada gebeliğinin üçüncü trimesterinde bilateral adneksiyal kitle saptanan, primer over kitlesi ön tanısıyla yaklaşılmal, normal spontan

doğum sonrası puerperal dönemde endoskopik biyopsinin histopatolojik incelemesinin midenin taşlı yüzük hücreli kanseri olarak değerlendirilmesiyle Krukenberg tümörü tanısı alan olgunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

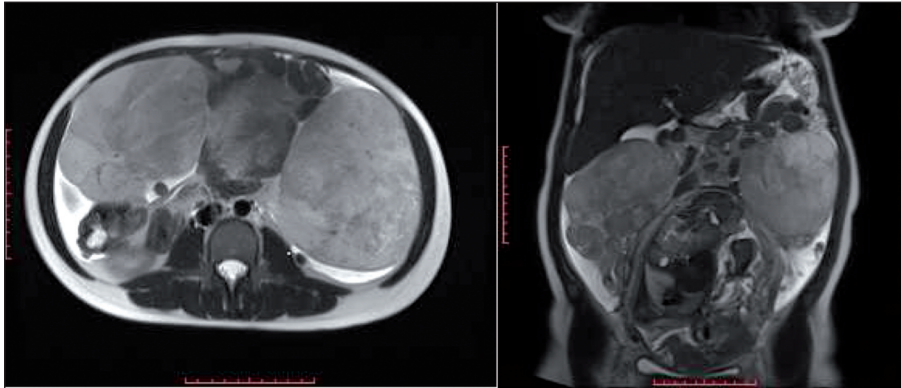
OLGU SUNUMU

Gestasyonel yaşı 29 hafta dört gün olan 23 yaşındaki, gravida 2 parite 1 olgu, erken doğum tehdidi tanısıyla perinatoloji kliniğine izlem ve tedavi amaçlı interne edildi. Hastanın yapılan obstetrik ultrasonografi (USG) görüntülemeleri sırasında bilateral adneksiyal kitle varlığının saptanması, CA 125 değerinin 600 olması üzerine olgu jinekoloji onkoloji kliniğine konsülte edildi. Gebelik öncesi dönem için gastrointestinal sistem yakınması dâhil herhangi bir semptom tariflemeyen, jinekolojik değerlendirmesi olmadığı öğrenilen olgunun aile anamnezinde de bir özellik bulunmadı. Ayrıntılı pelvik USG’de bilateral adneksiyal alanlardan kaynaklandığı düşünülen kısmi kistik içeriğe sahip, ağırlıklı olarak solid natürde olan vaskülaritesi artmış kitleler saptandı. Olgunun gebeliği dikkate alınarak kontrastsız tüm batın manyetik rezonans görüntülemesi (MRG), kitlelerin detaylı incelemesi ve olası bir malignite durumunda uzak organ metastazı açısından değerlendirilmesi önerildi. Kontrastsız MRG sonucunda “batın orta hattın sağında 15x11x9 cm ve solunda 14x14x11 cm boyutlarında, bilateral over orijinli olarak değerlendirilen; yer yer kistik nekrotik alanlar içeren ovaryan fibröz tü-

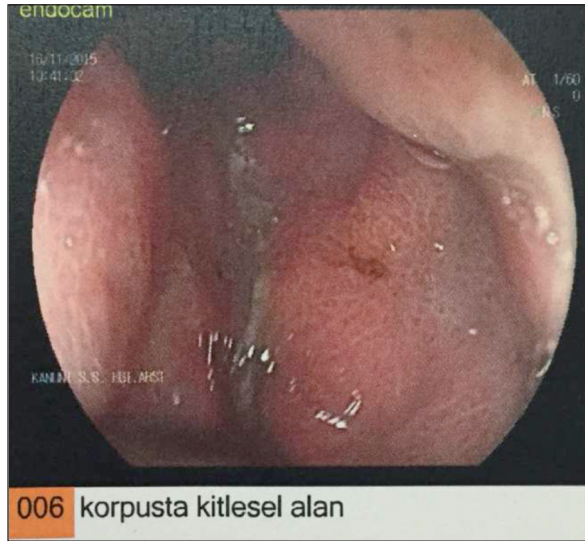
mörleri/Krukenberg tümör lehine yorumlanan kitlesel lezyonlar” görüldü (Resim 1). Yapılan tüm değerlendirmeler sonucunda olgunun gebelik haftası dikkate alınarak; fetüsün travmatize olmaması ve baş-pelvis uyumsuzluğu olasılığı nedeni ile sezaryen ile doğumu ve aynı seansta pelvik kitlelerin eksizyonu ve “frozen-section” ile histopatolojik incelemelerinin yapılması kararı alındı. Olgunun bu sırada spontan doğum eylemine girmesiyle gestasyonel 30 hafta altı gün iken normal spontan doğumu gerçekleşti. Postpartum dönemde, olguya planlanan operasyon öncesi, gebeliği süresince subjektif gastrointestinal şikâyetlerin ve bilateral-solid karakterde kitlelerin varlığı göz önünde tutularak gastroskopi ve kolonoskopi incelemesi yapıldı. Gastroskopi uygulamasında “mide üst kısmından başlayarak korpuse doğru uzanım gösteren, lümeni çevreleyen frajil ülsere alan” gözlenerek bu alandan malignite şüphesiyle biyopsi alındı (Resim 2). Materyalin histopatolojik incelemesinde lezyonun “taşlı yüzük hücreli adenokarsinom” olarak yorumlanması üzerine pelvik kitlelerin metastatik Krukenberg tümörü olduğuna karar verilerek, olgu medikal onkoloji kliniğine devredildi.

TARTIŞMA

Gebelikte görülen adneksiyal kitleler, USG kullanımı öncesi rastlantısal olarak sezaryen sırasında ya da akut batın kliniğine sekonder laparotomi sırasında saptanmakta idi. Ancak ilk



RESİM 1: Tüm batın manyetik rezonans görüntüsü: T2A aksiyel ve koronal kesitlerde her iki over adneksiyal lojlarında izlenmedi. Batın orta hattın sağında 15x11x9 cm ve solunda 14x14x11 cm boyutlarında heterojen hiperintens, yer yer kistik nekrotik alanlar içeren kitlesel lezyonlar ve septasyon içeren nodüler görünüm.



RESİM 2: Gastroskopi görüntüsü: Mide üst kısmından başlayıp korpusa doğru uzanan lümeni çevreleyen fragil ülsere alan.

trimesterden itibaren obstetrik USG'nin yaygın kullanımı ile bu kitlelerin gebelikte görülme sıklığı da artmıştır. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte, kitlelerde torsiyon ve hemoraji nedeni ile oluşabilen akut ağrı ya da miyom dejenerasyonu sonucu ortaya çıkan ağrı ile klinik bulgu verebilmektedir.

Gebe hastada akut ağrılı adneksiyal kitle varlığında, ayırıcı tanıda olması gereken patolojik durumlar; heterotopik gebelik, miyom dejenerasyonu ve kitle torsiyonudur. Yüz elli bir hastayı içeren retrospektif bir çalışmada sezaryen sırasında saptanan ya da akut ağrı nedeni ile tetkik sırasında saptanıp cerrahi uygulanan hastaların incelemesinde 148 hastada benign, üç hastada malign sonuç elde edilmiştir. Hastaların %24'ünde dermoid kist, %19'unda paratubal/paraovaryan kist, %15'inde basit seröz kist, %18'inde müsinöz/seröz kistadenom, %5'inde endometriyoma, %5'inde korpus luteum saptanmıştır.³ Çalışmadan da görüleceği gibi, gebelikteki adneksiyal kitlelerin nadir bir bölümünü maligniteler oluşturmaktadır. Bunların 1/3'ü epitelyal over tümörü, 1/3'ü germ hücreli tümörler, 1/3'ü ise seks-kord stromal tümörleri ve metastatik tümörleri içermektedir.

Gebelikte adneksiyal kitlelerde tanısal amaçlı görüntüleme USG (özellikle transvajinal USG) ve

MRG yer almaktadır. Transvajinal USG bulguları, CA 125 düzeyi ve menopozal durumun bir araya getirilmesiyle oluşturulan "risk of malignancy index" malignite araştırılmasında faydalanılan objektif incelemelerden biridir. Serum CA 125, alfa-fetoprotein (AFP), laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyleri gibi tümör belirteçleri gebelikte fizyolojik artışlar gösterse de CA 125 düzeyi için 1.000-10.000 U/mL arası değerler, AFP için >10.000 ng/mL değerler malignite için öncelikli değerlendirilmelidir.⁴ LDH düzeyi normal gebelikte yükselmemektedir. Ancak preeklampsi ve HELLP sendromunda yükselirken, malign durumlarda ise disgerminom için prediktif kabul edilmektedir. Sunulan olguda diğer laboratuvar tetkik ve tümör belirteç değerlerinde bir özellik saptanamamakta iken, CA 125 değerinin 600 olması dikkat çekici olmuştur. Kitlelerin varlığı, öncelikle obstetrik USG'de saptanmış, ardından MRG gibi ek incelemelere ihtiyaç duyulmuştur.

Krukenberg tümörleri, primer odağı genellikle gastrointestinal traktus olan metastatik over tümörleridir ve tüm ovaryan tümörlerin %1-2'sini oluşturmaktadır. Gastrointestinal traktusta en sık odak midedir. Daha az sıklıkla olmakla birlikte, bu tümörler kolon, rektum, meme, uterus, safra yolları, pankreas ve böbrek kökenli de olabilmektedir.² Olgumuzda primer odak literatür ile uyumlu olarak mide korpus seviyesinde saptanmıştır. Adneksiyal kitleli hastalarda overin metastatik kitlelerini primer over kaynaklı kitlelerden morfolojik olarak ayırt edebilmek çoğu zaman zor olmaktadır.

Gastrointestinal semptomların, normal ilerleyen gebeliklerde de %70-80'lere varan oranda görülebilmesi nedeni ile bu tümörlerin gebelikte tanısı genellikle geç konulmaktadır. Hastaların çoğu ileri evredir. Beş yıllık sağ kalım oranı %12-24 arasındadır.^{2,4} Gestasyonel 29. haftasında olan olgumuzda gebelik öncesi döneme ait gastrointestinal yakınma bulunmaz iken, gebelik süresince tariflediği subjektif yakınmalar gebeliğe sekonder olarak değerlendirilmiştir.

Adneksiyal kitlelerin Krukenberg tümör olabileceğini düşündüren bulgular arasında; tümörün

solid ve bilateral oluşu, sınırları belirgin ancak düzensiz şekilli oluşu, içerisinde tek ya da multipl kistik alan içermesi, solid tümörün yarıdan fazlasında rastgele dağılan nodüler komponentler oluşu, Doppler USG'de solid komponent üzerinde ana vasküler yapı ve dallarının görülmesi önemli bulgular olup, primer over tümörleri ile ayırımında sıklıkla başvurulan kriterlerdir.⁵ Diğer yandan bazı çalışmalarda; gebelikte ani ortaya çıkan hirsutizm ve/veya virilizasyonun da Krukenberg tümörü ile ilgili olabileceği belirtilmiştir. Ancak gebelikte daha sık görülen ve benign bir lezyon olan luteoma olasılığı nedeni ile tanıda gecikmelere neden olmuştur.

Krukenberg tümör şüphesinde tanısal endoskopi yapılması gebelikte olasılıkla riskli bir girişimdir. Anesteziye bağlı maternal hipotansiyon ve sedatif ajanlara bağlı fetal hipoksi bu girişimleri sınırlandırmaktadır. Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Cemiyeti'nin önerisine göre endoskopik girişim için elde güçlü kanıtlar varsa, girişimin ikinci trimesterde yapılması uygun görülmektedir.⁶ Sunulan olguda primer ovaryan kitle ön tanısıyla sezaryen ile eş zamanlı cerrahi müdahale planlanmış, henüz girişimsel bir müdahale yapılmadan gebeliğin spontan sonlanması nedeni ile, operasyon öncesi gebeliğe bağlı riskler ortadan kalkmış olup, olguya endoskopik girişim daha güvenli şekilde yapılabilmektedir.

Gebelikte Krukenberg tümörü yönetimi tartışmalıdır. Acil tedavi ya da gebeliğin devamı kararı hâlen netlik kazanmamıştır. Bu nedenle

tedavi bireyselleştirilmekte, gebelik haftası dikkate alınarak onkolog ve perinatolog ile birlikte multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi önerilmektedir. Hasta yönetimi ve tedavideki bu belirsizlik randomize kontrollü çalışmaların olmaması, hasta sayılarının az olmasından ileri gelmektedir.

Gebelikte saptanan adneksiyal kitlelerin %1-6'sı kadarı malign özellikte olup, bunların 1/3'ünden azı Krukenberg tümörüdür. Tanıda transvajinal USG'deki solid komponent ağırlıklı kitle varlığı, solid alanlar içinde nodüler sahalar olması, bilateral kitle varlığı, Doppler USG'de ana vasküler yapı ve dalların varlığı önemli bulgulardır. Tedavisi tartışmalı olup, bireysel yönetim önerilmektedir. Prognozu ise, tanı sırasında genellikle ileri evre oluşu nedeni ile beş yıllık sağkalım oranı %12-24 arasındadır.⁷

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Alper Seyhan, Özgür Akbayır; **Tasarım:** Alper Seyhan, Baki Erdem; **Denetleme/Danışmanlık:** Özgür Akbayır, Suat Can Ulukent; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Alper Seyhan; **Analiz ve/veya Yorum:** Baki Erdem, Aytül Çorbacıoğlu Esmer; **Kaynak Taraması:** Rabia Zehra BAKAR, Aytül Çorbacıoğlu Esmer; **Makalenin Yazımı:** Rabia Zehra Bakar, Alper Seyhan; **Eleştirel İnceleme:** Suat Can Ulukent, Özgür Akbayır; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Aytül Çorbacıoğlu Esmer, Özgür Akbayır; **Malzemeler:** Baki Erdem, Rabia Zehra Bakar.

KAYNAKLAR

1. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol* 2006;101(2):315-21.
2. Duenas-Garcia OF, Diaz-Sotomayor M, Chanana C. Bilateral ovarian krukensberg tumor in a full-term pregnancy. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:620380.
3. Baser E, Erkilinc S, Esin S, Togrul C, Biberoglu E, Karaca MZ, et al. Adnexal masses encountered during cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123(2):124-6.
4. Nawa A, Obata N, Kikkawa F, Kawai M, Nagasaka T, Goto S, et al. Prognostic factors of patients with yolk sac tumors of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(6):1182-8.
5. Testa AC, Licameli A, Di Legge A, Mascilini F, Petruzzello L, Pelagalli M, et al. Color Doppler sonographic features of a Krukensberg tumor in pregnancy. *J Ultrasound Med* 2009;28(5):695-8.
6. Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women-ASGE. *Gastrointestinal Endoscopy* 2012;76(1):18-24.
7. Stojnic J, Stefanovic A, Jeremic K, Kadija S, Jevtovic M, Jeremic J. Krukensberg tumor of gastric origin in pregnancy with dismal outcome. *Eur J Gynaecol Oncol* 2011;32(3):356-8.