

Yenidoğanlarda Over Kistleri: Olgu Sunumu

OVARIAN CYSTS IN NEONATES: CASE REPORT

Derya ERDOĞAN*, Ayşe KARAMAN**, İbrahim KARAMAN**, Çiğdem ÜNER***,
Y. Hakan ÇAVUŞOĞLU*, Özden ÇAKMAK****

- * Op.Dr., Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Klinik Şef Yardımcısı,
** Op.Dr., Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Klinik Başasistanı,
*** Dr.,Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Uzmanı,
**** Doç.Dr., Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Klinik Şefi, ANKARA

Özet

Antenatal ultrasonografinin yaygın olarak kullanımı ile son yıllarda over kistleri sıklıkla yenidoğanın intraabdominal kitlesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yenidoğan döneminde başvuran ve komplikasyon gelişmiş iki olgumuz eşliğinde yenidoğandaki over kistlerinin, izlem ve tedavi kriterleri tartışılmıştır.

Prenatal dönemde abdominal kistik kitle tanısı alan iki olgu, postnatal beşinci ve yedinci günlerde asemptomatik olarak kliniğimize başvurdu. Her iki olgunun da fizik muayenelerinde batında hissedilen dolgunluk dışında patolojik bir bulgusu yoktu ve ultrasonografide kistlerin en küçük çapı 4 cm'den büyüktü. Eksploratris laparotomilerinde komplike over kisti saptanan her iki hastaya da unilateral ooforektomi yapıldı. Takiplerinde sorun olmadı.

Asemptomatik olsa bile çapı 4cm'den büyük yenidoğan over kistleri gelişebilecek komplikasyonlar gözönünde bulundurulurken, cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Over kisti, Yenidoğan

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2004, 13:168-171

Summary

With the widespread use of antenatal ultrasonography, ovarian cysts are frequently encountered as the intraabdominal mass of the neonates in the recent years. In this paper, follow up and treatment criteria for neonatal ovarian cysts are discussed in the light of two complicated cases.

Two asymptomatic cases with abdominal cystic masses who were diagnosed prenatally, were admitted to our clinic at the fifth and seventh postnatal days. In the physical examination there was no any pathological finding, except fullness in the abdomen and the shortest diameter of the cysts were bigger than 4 cm. Unilateral oophorectomies were performed in both patients in whom complicated ovarian cysts were diagnosed during explorative laparotomy. Their follow up was uneventful.

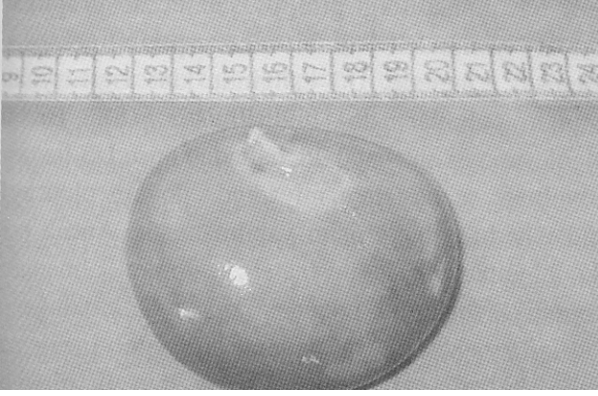
Neonatal ovarian cysts larger than 4 cm must be surgically removed, even if they are asymptomatic, considering their complication potentials.

Key Words: Ovarian cyst, Neonate

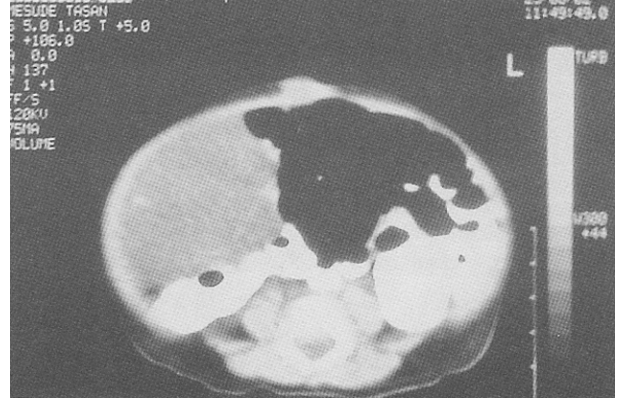
Prenatal dönemde ultrasonografi (US) kullanımının yaygınlaşması ile geçmişte nadir olduğu düşünülen yenidoğanlardaki over kistlerinin insidansında belirgin artış olmuştur (1,2). Bunların çoğu küçük, basit kistler olmasına karşın, büyük kistler gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle önem taşırlar. Yenidoğanlarda görülen over kistlerinin izlem ve tedavi kriterleri iki olgumuz eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Olgu 1: Yirmi yaşında annenin dördüncü gebeliğinden, miyadında, sezeryan doğumla, 3490 gram ağırlığında doğan bebek, prenatal 28. haftada yapılan US'de sol böbrekle ilişkisi olduğu

düşünülen bir kitle saptanması nedeniyle, postnatal yedinci günde bölümümüze danışılarak, yatırıldı. Anamnezde polihidramnioz yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi ve aktifti. Herhangi bir bası bulgusu ya da solunum sıkıntısı yoktu. Karında sağ üst kadranda hafif dolgunluk saptanması dışında patolojik bir muayene bulgusu saptanmadı. Hemogram, tam biyokimya tetkiki, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki normal değerlerdedi. Tekrarlanan abdominal US'de karaciğer hilusu düzeyinden başlayıp, pelvise uzanım gösteren 5 x 4.5 x 6 cm boyutlarında, multipl kistik alanlar içeren hiperekojen, santral ve



Resim 1a. Karaciğer hilusundan itibaren pelvise kadar uzanan 6x4cm boyutunda kistik kitlenin tomografik görüntüsü.



Resim 1b. Kistin makroskopik görüntüsü.

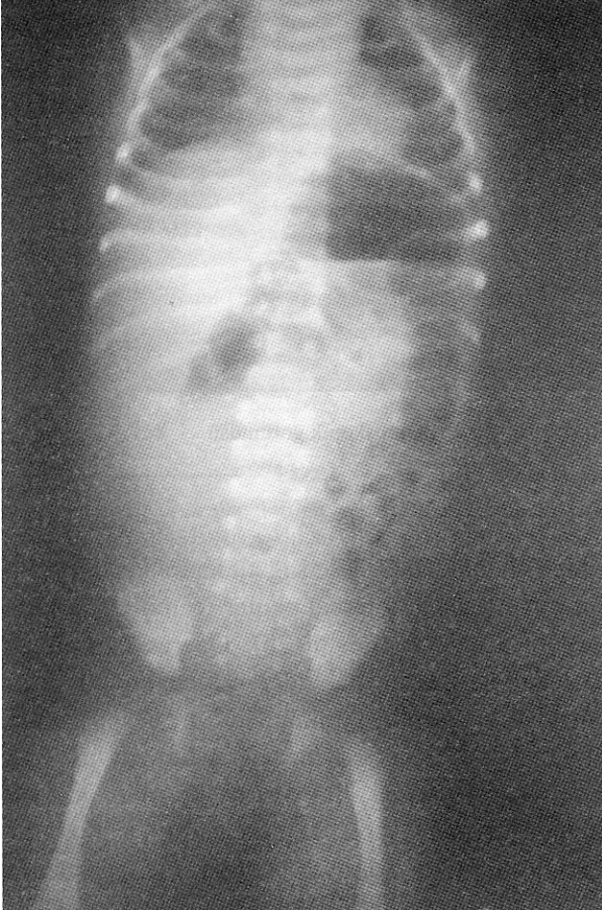
periferi anekoik görünümde kistik kitle lezyonu izlendi. Hastaya radyolojinin önerisi ile abdominal tomografi yapıldı. Karaciğer inferiorundan başlayıp, pelvise uzanım gösteren 6 x 4cm boyutunda kistik kitle lezyonu saptandı (Resim 1a). Tetkikleri tamamlanan hasta operasyona alındı. Sağ over kaynaklı, düzgün yüzeyli, 8 x 6 cm çaplı nekrotik görünümde kistik kitle mevcuttu. Kitle 180 derece torsiyone olmuştu. Sağ ooforektomi yapıldı (Resim 1b). Sol over ve diğer batin içi organlar normal görünümdeydi. Patoloji sonucu kanamalı, nekroze, bir alanda minimal over dokusu izlenen kist olarak gelen hasta, postoperatif yedinci günde şifa ile taburcu edildi. Altı aylık izleminde sorun olmadı.

Olgu 2: Otuz yaşında annenin ikinci gebeliğinden miyadında, 3200gr ağırlığındaki bebek, intrauterin altıncı ayda yapılan US'de ilk kez saptanan abdominal kist nedeniyle sezeryan ile doğurtulmuştu. Polihidramnion öyküsü yoktu. Postnatal beşinci günde abdominal US'si tekrarlanan hasta bölümümüze danışıldı. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyiydi. Herhangi bir semptomu yoktu. Karın sağ alt kadranda hissedilen dolgunluk dışında patolojik bir muayene bulgusu yoktu. Hemogram, tam biyokimya tetkiki, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki normaldi. Beta HCG ve alfa fetoprotein düzeyleri yaşı ile uyumlu değerlerde bulundu. Direkt karın grafisinde, sağ alt kadranda barsak anslarını superiora ve sola iten kitle ile uyumlu olabilecek belirgin saydamlık artışı izlendi (Resim 2a). Tekrar

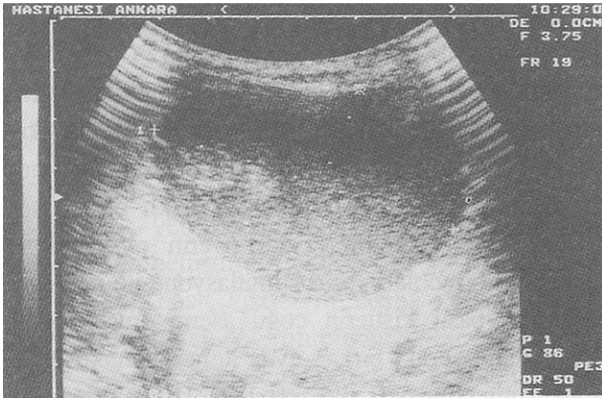
edilen abdominal US' de sağ alt kadranda 6.4 x 4.6 cm boyutlarında, internal ekolar içeren kistik kitle lezyonu saptandı (Resim 2b). Operasyona alınan hastada sağ over kaynaklı, 9 x 6.5 cm boyutlarında pür kistik, nekrotik görünümde kitle tespit edildi. Makroskopik over dokusu izlenmiyordu. Sağ ooforektomi yapıldı. Sol overde üç, dört adet en büyüğü 5 mm çaplı kistler vardı; patlatılarak içeriği boşaltıldı. Sol over boyutları ve diğer karın içi organları normaldi. Patolojisi nekroze follüküler kist olarak gelen hasta postoperatif sekizinci günde taburcu edildi, üç aylık izlemi sorunsuzdu.

Tartışma

Over kistleri kız fetus veya yenidoğanda en sık alt abdominal kitle nedenlerindedir (1,3). Yeni doğanın over kistleri basit ve komplike olarak sınıflandırılmaktadır. En sık görülen komplikasyonlar kanama ve torsiyondur. Yenidoğanın overinde meydana gelen kistler follükül kaynaklı olup, çoğu küçük, basit kistlerdir. Fetal overin plasental ve maternal hormonlarla aşırı stimülasyonu ile meydana gelen bu basit kistlerin çoğu asemptomatik kalıp doğumdan sonraki birkaç ayda anne kaynaklı HCG seviyesinin düşmesi ile spontan kaybolurlar (4). Maternal diyabet, Rh uyuşmazlığı, toksemi gibi nedenlerle plasental HCG'nin fazla salınımının ya da HCG'ye plasental geçirgenliğin artmasının ovarial kist oluşumuna neden olduğu bilinmektedir (1,5). Over kisti saptanan yeni doğanların bir kısmında hipotiroidi birlikteliği saptanmıştır (6).



Resim 2a. Sağ alt kadranda barsak anslarını superiora ve sola iten saydamlık artışı izlenen direkt karın grafisi.



Resim 2b. Sağ alt kadranda, internal ekolar içeren, kistik kitle izlenen abdominal US.

Over kistlerin büyük çoğunluğu 1985'den beri antenatal olarak tanınabilmektedir (7). Yapılan US'

lerle tanı konabildiği gibi, oluşabilecek komplikasyonlar yönünden takibi de yapılabilmektedir. Prenatal dönemde, US eşliğinde kist aspirasyonu yapılan olgular da bildirilmiştir (8). Bizim olgularımızda antenatal 28. haftadan önce US ile tanı koyulmuş ve hastalara miyadında doğum oluncaya kadar herhangi bir girişim yapılmamıştır. Ancak her iki olgumuzda da postnatal semptom olmaması komplikasyonların prenatal dönemde olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle prenatal inceleme daha dikkatli yapılmalı ve hasta invaziv girişim endikasyonu açısından değerlendirilmelidir.

Kistlerin tedavisi büyüklüklerine ve komplike olup, olmamasına dayanır. Tedavi planının kistin ultrasonografik bulguları ve boyutuna göre planlanması nedeniyle US önem taşır. Burada iki önemli konudan birisi US ile over kist tanısının kesinliği, diğeri ise komplike ve basit kist ayırımının yapılabilmesindeki yeterliliğidir. Ultrasonografik olarak basit kistler yuvarlak, homojen, nonekojenik kitleler şeklinde; komplike yani kanamalı veya torsiyone olmuş kistler ise genellikle homojen olmayan, ekojen duvarlı ve sıklıkla sıvı-debris seviyesi içeren, septasyon gösteren ya da gerilemekte olan pıhtı varlığı ile tanınırlar (1,5).

Komplike over kistleri bu yaş grubunda nadir görülse de over tümörleriyle ayırıcı tanısı zor olabilir. Ayırıcı tanıda mezenterik ve urakal kistler, enterik duplikasyonlar, hidrometrokolpos ve lenfanjiomlar da düşünülmelidir. Bizim olgularımızda yapılan postnatal US ile komplike over kisti tanısı koymak mümkün olmamış ve bir olgumuza ek olarak abdominal tomografi de yapılması önerilmiştir. Ancak laparotomi sonrasında tanımız kesinleşebilmiştir.

US ile konservatif takip 4 cm'den küçük ve basit kistlere uygulanabilir. Bunlar genellikle torsiyone olmadan, hayatın ilk üç, dört aylarında kaybolurlar (4). Daha büyük kistler ise gerileyen olgular bildirilmekle beraber (9), genellikle kalıcıdır ve torsiyone olmaya yatkındır. Büyük serilerde torsiyone olma oranı %42'ye kadar çıkmaktadır (1,5). Çok büyük kistlerde intrauterin dönemde intestinal yapı üzerine kitlenin basısı ile pulmoner hipoplazi veya polihidramniosis olabilir (10). Olabilecek diğer komplikasyonlar arasında postnatal intestinal

obstrüksiyon, kist rüptürü ve büyük kistlerde solunum sıkıntısı ve bası bulguları sayılabilir (8,11). Bizim olgularımız da semptom yoktu.

Abdominopelvik yerleşimli büyük, kistik kitlesi olan kız bebeklerde, bizim olgularımızda da olduğu gibi görüntüleme tetkikleri desteklemese bile, ayırıcı tanıda over kisti de düşünülmelidir. Over kistinin 4 cm'den büyük olduğu olgularda komplikasyon riskinin yüksek olması nedeniyle fazla beklemeden girişim yapılması gerekmektedir. Operasyon laparotomi veya laparoskopik yaklaşımla (12) yapılabilir. Büyük, basit kistlerin perkutan aspirasyonu da önerilmektedir (7), ancak bu yöntemle rüptür ya da sıvının kaçak yapması ile peritonit bulguları ortaya çıkabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cyst : sonographic pathologic correlation. *Radiology* 1988; 168: 817-21.
2. Giorlandino C, Rivosecchi M, Bilancioni E, et al. Successful intrauterine therapy of a large fetal ovarian cyst. *Prenat Diagn* 1990; 10: 473-5.
3. Swishuk LE, John SD. Differential diagnosis in pediatric radiology, 2nd.ed.Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 146-8.
4. Nussbaum AR, Sanders RC, Benator RM. Spontaneous resolution of neonatal ovarian cysts. *Am J Radiol* 1987; 148: 175-6.
5. Muller-Leisse C, Bick U, Paullussen K, Tröger J. Ovarian cysts in the fetus and neonate – changes in sonographic pattern in their follow up and management . *Pediatr Radiol* 1992; 22: 395-400.
6. Jafzi SZH, Bree RL, Silver TM, Quimette M. Fetal ovarian cysts: sonographic detection and association with hypotroidism. *Radiology* 1984; 150: 809-12.
7. Bagolan P, Rivosecchi M, Giorlandino E, Bilancioni E, Nahom A, Zaccara A, Trucchi A, Ferro F. Prenatal diagnosis and clinical outcome of ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 879-81.
8. Sapin E, Barge F, Lewin F, Baron J. M, Adamsbaum C, Barbet J. B, Helardot P.G. Management of ovarian cyst detected by prenatal ultrasounds. *Eur J Pediatr Surg* 4 1994: 137-40.
9. Ünlübay D, Kacar M, Koşar U, Uysal S. Antenatal over kisti. *Tamısal ve girişimsel radyoloji*. 2003; 9: 126-7.
10. Suita S, Tomoru S, Ikeda K, Nakano H. Therapeutic dilemmas associated with antenatally detected ovarian cysts. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171: 502-8.
11. Karmazyn B, Steinberg R, Ziv N, Zer M, Horev G. Colonic stricture secondary to torsion of an ovarian cyst. *Pediatr Radiol* 2002; 32: 25-7.
12. Van der Zee DC, van Seumeren IGC, Bax KMA, Rövekamp MH. Laparoscopic approach to surgical management of ovarian cysts in the newborn. *J Pediatr Surg* 1995 ; 30: 42-3.

Geliş Tarihi: 12.05.2003

Yazışma Adresi: Dr.Derya ERDOĞAN
Hoşdere Cad. No:71/8
Yukarı Ayrancı, ANKARA