

Yenidoğan over kistleri*

Gülşen EKİNGEN, Turan KANMAZ, Tuğrul TIRYAKI, Ziya LİVANELİOĞLU, Halil ATAYURT

Dışkapı SSK Çocuk Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Prenatal tetkik amaçlı ultrasonografi (US) kullanımının yaygınlaşması sonucu yeni doğan over kist oranında göreceli bir artış bildirilmektedir. Yeni doğan over kistleri, % 34 oranında ve her iki overde eşit sıklıkta, nadiren bilateral olarak görülür ve genelde asemptomatiktir. Büyük kistlerde ise torsiyon ve/veya kanama, kitle basısına bağlı solunum sıkıntısı ve barsak tıkanıklığı gibi ortaya çıkan klinik bulgular başvuru nedenidir. Over kisti oluşumunda aşırı maternal hormon salınması sorumlu tutulmaktadır. Yeni doğan over kistlerinde tedavi planı kistin boyutlarına göre değişir. Çapı 4 cm'den küçük olan kistlere konservatif tedavi, daha büyük çaplı over kistlerin de komplikasyon riski nedeniyle cerrahi tedavi önerilmektedir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmada son beş yıl içerisinde karşılaştığımız sekiz over kist olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Takip ve tedavi edilen sekiz over kist olgusunun dördü sağda, üçü solda, biri ise bilateraldi. İntrauterin dönemde saptanan beş olguda ortalama tanı zamanı 36. haftadır. Komplikasyon gelişen beş olgunun üçü over torsiyonu, biri intestinal obstrüksiyon bir diğeri ise solunum sıkıntısı ile başvurdu. Bir olguda over kisti opere edilmeyerek konservatif takibe alındı ve izlem sırasında küçüldü. Yedi over kist olgusuna ise cerrahi tedavi uygulandı.

Sonuç: Gebelik takibi sırasında fetüste over kisti tespit edildiğinde kistin boyutu, yapısı ve komplike olup olmadığı iyi değerlendirilmeli ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Over kisti, yeni doğan, komplikasyon

Summary

Ovarian cysts of the newborn

Aim: The widespread use of ultrasonography has led to a relative increase in the incidence of neonatal ovarian cysts. The incidence is 34 % with an equivalent presentation on either side and rare bilaterality increased secretion of maternal hormones are accused for the aetiology of ovarian cysts. Ovarian cysts are usually asymptomatic except for the larger cysts which may be complicated by torsion, hemorrhage sometimes leading to clinical symptoms such as intestinal obstruction and respiratory distress. Choice of therapy in neonatal ovarian cysts depends on the diameter of the cyst. Cysts less than 4 cm diameter should be treated conservatively, while surgical treatment is recommended in the larger cysts due to the risk of complications.

Patients and Method: In this study eight ovarian cysts cases encountered in the last five years were evaluated retrospectively.

Results: Among the 8 ovarian cyst cases that were evaluated four cysts were located in the right, three on the left and one was bilateral. Five of the cysts were detected prenatally with a mean diagnosis age of gestational weeks. Among five cysts that developed complications, torsion was noted in three, intestinal obstruction in one and respiratory distress in another case. Only one case was followed-up conservatively and was found to regress spontaneously. Surgery was performed in 7 cases.

Conclusion: Prenatally diagnosed ovarian cysts should be carefully evaluated regarding size, structure and possible complications and treatment should be planned accordingly.

Key words: Ovarian cyst, neonatal, complication

Giriş

Over kisti yeni doğan döneminde sık karşılaşılan bir patoloji değildir. Günümüzde prenatal US kullanı-

mının yaygınlaşması ile over kist olgularında göreceli bir artış bildirilmektedir. Bu çalışmamızda 1995-2000 yılları arasında çocuk cerrahisi kliniğinde tedavi edilen sekiz yeni doğan over kist olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Bunun sonucunda gerek intrauterin dönemde gerekse doğum sonrası karşılaşılan yeni doğan over kist olgularında, takip ve tedavi kararını belirleyecek kriterler gözden geçirildi.

*XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (1-4 Ekim 2000, Antalya).

Adres: Dr. Gülşen Ekingen, Plaj Yolu Sahil Sok. Kıyıkent Sitesi, C-Blok 12/14, İzmit

Yayına kabul tarihi: 27.08.2002

Gereç ve Yöntem

Son beş yılda yeni doğan over kisti tanısı almış sekiz olguda dokuz over kisti tespit edilmiştir. Bu hastalar yaş, prenatal tanı, predizpozan faktör, doğum öncesi ve sonrası US bulguları, mevcut yakınma ve komplikasyonlar, tedavi ve histopatolojik sonuçlar açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular

Dördü sağ, üçü sol, biri ise bilateral yerleşimli olan sekiz yeni doğan over kist olgusunun yaş ortalaması 4 gün (1-25) idi. Bunlardan beşi gebelik izlemleri sırasında prenatal dönemde tespit edildi. Doğum sonrası saptanan diğer üç over kist olgusunun, ikisi gebelik takibi olmadığından doğumu takiben ilk 24 saat içinde, 25 günlük üçüncü hasta ise sağ over sliding fitik ameliyatı sırasında over kistin fitik kesesinden herniye olduğu görüldüğü üzerine tesadüfen tespit edildi. Prenatal tanılı beş olgunun ortalama tanı zamanı 36.4 (35-39) haftaydı. Bu olguların ikisinde doğumu takiben kist basısı sonucu distansiyon, kusma ve solunum sıkıntısı semptomları gelişirken üç olgu asemptomatik seyir gösterdi. Prenatal tanısı olmayan üç over kistin ise sadece biri asemptomatik olup tesadüfen tespit edildi. Diğer iki olguda ise doğum sonrası intestinal obstrüksiyon ve solunum sıkıntısı semptomları görüldü. Semptomatik olan bu dört olgu doğum sonrası ilk 12 saat içinde acil ameliyat edildi. Asemptomatik olgularda sadece 4cm den küçük bir over kisti opere edilmeden takibe alınırken üç olguya cerrahi girişim uygulandı. Bu olgulardaki ameliyat nedenleri; birinde radyolojik incelemeyle malignite ile uyumlu görüntünün varlığı, 5 cm den büyük diğer bir olguda torsiyon riski ve üçüncü olgunun ise fitik ameliyatı sırasında tesadüfen tespit edilmesiydi (Tablo 1). Semptomatik dört olgunun US görüntüsünde iki olguda septasyon, fib-

rin ve ekojen yapılar içeren olası torsiyone over kisti, diğer iki olgu da ise lokalizasyonu tam tespit edilemeyen, tüm karnı dolduran septalı kistik kitle görüntüsü izlendi. Asemptomatik over kistlerinden sadece 4 cm'den küçük bir olgu takip edilerek konservatif tedavi uygulandı. Opere edilen üç basit over kistine kistektomi, komplike olmuş dört olgu ile malignite şüphesi olan bir olguya ooforektomi yapıldı. Cerrahi tedavi uygulanan over kistlerinde ortalama kist çapı 7x5.6 cm ölçüldü. Kan α -fetoprotein seviyesi, sadece radyolojik görüntüleme malignite riski olan olguda bakıldı ve yeni doğan dönemi için normal sınırlarda ölçüm değeri tespit edildi. Histopatolojik incelemede kistektomi yapılan olgu spemplerinde basit folliküler kist, ooforektomi olgularında ise nekrotik kanamalı over dokusu ve folliküler ve luteal over kistleri izlendi.

Tartışma

Fetüs overi son derece dinamik bir organdır. Primordial germ hücrelerinde XX kromozom varlığında kortikal kordon gelişimi sonucu oluşan over dokusunda ilk primer follikül gebeliğin dördüncü ayında görülür. Büyüyen folliküller beşinci ayda küçük preantral (graafian) follikülleri yaparak over korteksinin en iç kısmına yerleşir. Fetal hayatın son iki ayında ise antral follikül gelişmektedir (1,10). İntrauterin dönemde bebeklerin overi kistik ve heterojen yapıda izlenir. Yeni doğanların yaklaşık % 34'ünde kistik yapının sebat etmesi ile ortaya çıkan over kisti geliştiği bildirilmiştir (9,12). Folliküler orjinli bu kistlerin oluşumunda maternal ve plasental gonodotropin hormonun aşırı salınması sonucu follikulogenezis bozukluğu sorumlu tutulmaktadır (1,3,12). Bu nedenle maternal HCG'nin fazla sentezlendiği veya plasental geçirgenliğin arttığı diyabet, toksemi, Rh uygunsuzluğu ve hipotiroidili annelerin bebeklerinde kist görülme sıklığında artış bildirilmektedir

Tablo 1. Olguların özellikleri.

Olgu	Lokalizasyon	Semptom	Predizpozan	Tedavi
1	Sol	Yok		Kistektomi
2	Sağ	Fitik kesesi		Kistektomi
3	Sağ	Solunum problemi		Kistektomi
4	Sağ	Solunum problemi		Ooforektomi
5	Sağ	Yok	Kan uyuşmazlığı	Takip
6	Bilateral	GIS obstrüksiyonu	DM	Sağ ooforektomi+sol kistektomi
7	Sol	Kitle		Ooforektomi
8	Sol	Mesenter kist		Ooforektomi

(1,6,15). Biz de karşılaştığımız over kist olgularından birinde diabetik anne bir diğerinde ise Rh uyuşmazlığı saptadık. Gebeliğin son döneminde gelişen over kistlerinde intrauterin tespit edilebilme zamanı ortalama 32. haftadır (6). Bizim antenatal tespit edilen olgularda ise bu süre ortalama 36.4 (35-39) haftaydı. Bildirilen over kistleri genelde % 75 oranında asemptomatik ve folliküler kistlerdir (4). Çok büyük ve komplike semptomatik kisti olan bebeklerde karında şişlik, ateş, gastrointestinal ve üriner sisteme bası sonucu kusma, solunum sıkıntısı ve oligüri gibi klinik bulgular görülmektedir (3,5,6). Olgularımızın % 36'sı asemptomatikdi. Bu oranın düşük olmasında en önemli faktör, tüm gebelerde düzenli bir gebelik takibinin yapılmaması ve kist boyutu küçük olan asemptomatik olguların prenatal dönemde tespit edilememesidir. Buna bağlı olarak semptomatik olgularda göreceli bir artış kaydedilmiştir.

Yeni doğan döneminde tespit edilen over kistlerinin tedavi planını belirleyen en önemli kriter kistin boyutları, ultrasonografi bulguları ve komplikasyon gelişme riskidir. Over kistlerinin torsiyone/komplike olduğu ultrasonografi ile tespit edilebilmektedir. Septasyon kist içinde sıvı-döküntü seviyelerinin olması, gerilemiş pıhtıların varlığı, septasyon ve organize olmuş fibrin varlığı, ekojen duvar yapısının görülmesi komplike over kist tanısı için anlamlıdır (2,6,13).

Büyük boyutlu kistler gerek bebek gerekse anne açısından çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Doğuma yakın kist hacmindeki büyüme ile doğum travmasının torsiyon riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. Anne de ortaya çıkabilecek komplikasyon polihidramniyoz ve vajinal doğum zorluğudur (9,15). Bu nedenle doğum öncesi tespit edilen büyük hacimli over kistlerinin sezaryan ile doğurtulması önerilmektedir (7,9).

Over kist oluşumunda maternal hormonal uyarı sorumlu tutulduğundan, doğumu takiben anneden kaynaklanan hCG seviyesinin düşmesi ile bu kistlerin küçüldüğü hatta kaybolduğu bildirilmektedir (9,12). Bu nedenle kendiliğinden gerileme olasılığı yüksek olan 4 cm den küçük kistlerin takip edilmesi önerilmektedir (3,9,11). Karşılaştığımız over kistlerinden kistin boyutları 3x2.5 cm'den küçük olan sadece bir olgu takip sırasında üçüncü ayda gerileyerek

kayboldu. 5 cm'den büyük over kistlerinin tedavisi ise tartışmalıdır. Bazı yazarlar bu kistlerde yüksek torsiyon riski nedeni ile erken cerrahi girişim önermektedir. % 42-47 oranında görülen torsiyon iskemi sonucu nekroz ve over dokusunun kaybına neden olur (6,9,12).

Tedavi ettiğimiz over kistlerinin % 50'sinde over torsiyonu ve nekroz gördük. Bir diğer grup ise büyük boyutlu kistlerin de küçülüp kaybolabildiğini bu nedenle takip edilmesini ve takip sırasında kist üçüncü ayda hala sebat ediyorsa cerrahi müdahale gerektiğini ileri sürmektedir (1,8,9).

Komplikasyon gelişmiş kistlerde ise cerrahi tedavi herkes tarafından kabul edilmektedir. Günümüzde ise cerrahiden daha güvenli ve daha az invazif bir girişim olan laparoskopik müdahale hem tanı koyma hem de uygun tedavi imkanı sağladığı için tercih edilmektedir (11,14). Literatürde 4 cm'den küçük over kistlerinin opere edilmeden takip edilmesi, büyük ve komplike kistlerde ise mümkün olduğunca over koruyucu bir cerrahi yöntem tercih edilmelisi önerilmektedir (14,15).

Sonuç olarak gebelik takibi sırasında fetüste over kisti tespit edildiğinde kistin boyutu, yapısı ve komplike olup olmadığı iyi değerlendirilmeli ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Addorio VD, Volpe G, Kurjak A: Ultrasonic Diagnosis and Perinatal Management of Complica and Uncomplicated Fetal Ovarian Cyst. J Pediatr Med 18:375, 1990
2. Alrabeah A, Galliani C, Giacomonia M: Neonatal Ovarian Torsion. Pediatr Patol 8:143, 1988
3. Ikeda K, Suita S, Nakano H: Management of Ovarian Cyst Detected Antenatally. J Pediatr Surg 23:432, 1988
4. Kazez A, Özokutan H, Küçükaydın M: Çocuklarda Over Torsiyonu. Pediatik Cerrahi Dergisi 10:95, 1996
5. Koç E, Türkyılmaz C, Atalay Y: Neonatal ovarian cyst associated with intestinal obstruction. Indian J Pediatr 64:555, 1997
6. Kurziok EA, Nidell D: Neonatal Pelvic Mass. Clin Pediatr 38:415, 1999
7. Kuller JZ, Katz VL, Wells SR: Cesarean Delivery for Fetal Malformations. Obstet Gynecol Surv 51:371, 1996
8. Lisse CM, Bick U, Paulussen K, Tröger J: Ovarian Cysts in The Fetus and Neonatal: Pediatr Radiol 22:395, 1992
9. Luzzatto C, Midrio P, Toffolotti T: Neonatal Ovarian Cyst: Management and Follow up: Pediatr Surg Int 16:56,

2000

10. Montac T, Auletta FJ, Gibson M: Neonatal Ovarian Cyst Prenatal Diagnosis and Analysis of the Cyst Fluid. Obstet Gynecol 61:38S, 1983

11. Sapin E, Borgy F, Lewin F, Baron JM: Management of Ovarian Cyst Detected by Prenatal Ultrasounds. Eur J Pediatr Surg 4:137, 1994

12. Schmammann S, Haller JO: Neonatal Ovarian Cyst. Pediatr Radiol 27:101, 1997

13. Steyaert H, Meynol F, Valla J: Torsion of The Adnexa in Children: The Value of Laparoscopy Pediatr Surg Int 13:384, 1998

14. Suita S, Ikeda K, Koyanagi T: Neonatal Ovarian Cyst Diagnosed Antenatally: J Clin Ultrasound 12:517, 1984

15. Windowson DJ, Pilling DW, Cook R: Neonatal Ovarian Cysts: therapeutic dilemma: Arch Diseases Child 63:737, 1988

TRANSANAL ENDOREKTAL PULL-THROUGH AMELİYATI DİJİTAL VIDEOSU

Tüm aşamalarında dijital video teknolojisi kullanılarak hazırlanan
DVD netliğinde iki CD'den oluşan
ameliyatın 107 dakikalık kesilmemiş yakın çekim görüntüleri
ve sıkça sorulan ayrıntılarının açıklamaları

Hazırlayan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

İletişim

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı 35340 Balçova-İzmir

Tel: (0232) 279 21 01

e-posta: qulce-hakguder@deu.edu.tr