

Term Gebede Dev Ovaryan Müsinöz Kistadenom Rüptürü

Term Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma Rupture İn Pregnant Women

Mustafa ŞANLI¹, Bayram ÖZAĞAÇ², Arda Batuhan KARADUMAN³, Ozan ODABAŞ⁴, Volkan KOLBAŞI⁵

¹Uzm.Dr. Yıldızeli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sivas, 0009-0007-2542-5207

²Uzm.Dr. Sungurlu Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Çorum, 0009-0000-5785-3600

³Uzm.Dr. Harakani Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kars, 0009-0002-7734-738X

⁴Uzm.Dr. Harakani Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kars, 0000-0001-9800-8817

⁵Uzm.Dr. Harakani Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kars, 0000-0001-7218-6420

ÖZET

Gebelikte kistler çok sık karşılaşılan durumlar olmamakla beraber ilk trimester sonrasında boyutlarında gerileme olmayan ya da boyutları artan kistler gebeliği çeşitli sebeplerle komplike edebilir. Rüptür, torsiyon, malignite, pelvik ağrı, hidroüreteronefroz gibi durumlar cerrahi müdahale gerektirebilmektedir. Kist rüptürleri, özellikle gebelikte utero-ovaryan arterlerde kan akımındaki artışa bağlı olarak masif hemorajiye yol açabilir. Bu olgu sunumu ilk trimesterde saptanan ve doğuma kadar geçen süreçte boyutlarında değişme olmayan minimal ağrı dışında ek şikayet yaratmayan 15 santimetre boyutunda bir kistin doğum eylemi sırasında rüptüre olması ve bu sebeple acil sezaryen ve kistektomi operasyonu geçirmiş bir hastayı ele almaktadır. Patoloji sonucu müsinöz kistadenom olarak raporlanmıştır. Obstetride over kisti olan gebelere yaklaşım konusu tartışmalı bir konu olup hasta yönetiminde hem anne hem fetus açısından uygun olabilecek en doğru yol multidisipliner bir yaklaşım göstermek olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Gebelik , Over kisti, , Over kist rüptürü, Ultrasonografi

ABSTRACT

Ovarian cysts during pregnancy are not commonly encountered; however, cysts that do not regress or increase in size after the first trimester can complicate pregnancy for various reasons. Complications such as rupture, torsion, malignancy, pelvic pain, and hydronephrosis may necessitate surgical intervention. Cyst rupture, particularly during pregnancy, can result in massive hemorrhage due to increased blood flow in the uterine and ovarian arteries. This case report discusses a 15-centimeter cyst detected in the first trimester that remained unchanged in size throughout pregnancy, causing minimal pain without additional complaints, but ruptured during labor. This rupture necessitated an emergency cesarean section and cystectomy. Pathology results confirmed the diagnosis of mucinous cystadenoma. The management of pregnant patients with ovarian cysts remains a controversial topic in obstetrics. A multidisciplinary approach should be adopted to determine the most appropriate course of action that ensures optimal outcomes for both the mother and the fetus.

Key words: Pregnancy, Ovarian cyst, Ovarian cyst rupture, Ultrasonography

Sorumlu yazar: Mustafa ŞANLI, Yıldızeli Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Yıldızeli/Sivas, mustafasanli24@gmail.com

Başvuru/Submitted: 06.01.2025 **Kabul/Accepted:** 14.01.2025

Cite this article as: Şanlı M, Özağaç B, Karaduman AB, Odabaş O. Term Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma Rupture in Pregnant Women. J TOGU Heal Sci. 2025;5(2):221-226

GİRİŞ

Günümüzde ultrasonografi (USG) kalitesi arttıkça özellikle gebelerde over kistlerini görüntüleyebilmek giderek daha kolay hale gelmiştir. Over kisti olan gebelere yaklaşım obstetrisyenler arasında hala tartışmalı bir konu olarak yer almaktadır (1). Gebelikte over kaynaklı malignite görülme sıklığı 1/15000 ile 1/32000 arasındadır (2). Gebelerde benign görünüme sahip kistler büyümüyor ve komplikasyona yol açmıyorsa rutin takip önerilir. Takiplerde tümör belirteçleri ve MR'dan yararlanılabilir. Kist ile ilgili komplikasyonlar olması halinde operasyon düşünülmelidir. 2. trimesterde laparoskopi uygulanabilir. Biz bu vaka bildiriminde over kisti olan bir gebenin term döneme ulaşınca kadar olan takibini ve gelişen komplikasyonun yönetimini sizlere aktarmayı hedefledik.

OLGU SUNUMU

23 yaşında G:1 P:0 ek hastalık veya geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayan, ilk kontrole geldiği gün 7. gebelik haftasında olup yapılan ultrasonografide sol overde 151x132x78 mm boyutlarında ölçülen aneokoik yapıda ince cidarlı uniloküle doppler ultrasonografide akım izlenmeyen kisti saptanan hastaya kistin boyutunun çok büyük olması sebebiyle malign olabileceği bilgisi verilmiş olup operasyon önerilse de hasta gebeliği ile ilgili yaşayabileceği olumsuz etkiler sebebiyle operasyonu kabul etmemiştir. Gebe 39+1 haftalık iken poliklinik kontrolünde oligohidroamniyos görülmesi üzerine doğumhaneye yatırılıp vajinal açıklık olmaması sebebiyle dinoproston ile indüksiyon tedavisi başlanmıştır. Hastanın tüm gebelik takibi boyunca ultrasonografide kistin boyutunun artmadığı, tümör belirteçlerinin olağan sınırdan olduğu ve MR görüntüleme yönteminde malignite kuşkusunun olmadığı görülmüştür. İndüksiyon başladıktan 2 saat sonra akut başlangıçlı, şiddetli ve gerilemeyen ağrısı olan hastaya ultrason yapılmış olup kist gerginliğini kaybetmiş olarak görüntülenmiş olup douglas poşu dahil olmak üzere batında yaygın serbest sıvı izlenmiştir. Akut batın ve rüptüre dev over kisti olan hasta acilen ameliyathaneye alınıp sezaryen ve over kistektomi planlanmıştır. Steril şartlarda pfannenstiel insizyon ile batına girilmiş olup yaygın hemorajik mayi görülmüştür. Ortamdaki mayinin aspirasyonu ve kerr insizyonu ile sezaryen doğum sonrası yapılan gözlemde sol overde boyutları yaklaşık 15 cm olan rüptüre kist izlenmiştir. Kistektomi sonrası over dokusu 2/0 vicryl sütur ile onarılmış batına dökülen müsinöz sıvı yıkanıp aspire edilmiş ve yapılan gözlemde apendiks olağan olarak izlenmiştir. Eksize edilen kist kapsülü ve batına girildiğinde sıvı sitoloji çalışılması için aspire edilen mayi patolojiye gönderilmiştir. Sıvı sitolojide incelenecek hücre saptanamamış olup, kist materyali müsinöz kistadenom olarak rapor edilmiştir.



Figure 1. Parçalanmış kisti olan sol yumurtalık



Figure 2. Kistektomi sonrası sol over kapsülü

TARTIŞMA

Over kistlerine yaklaşım jinekolojide genellikle benzer şekilde olsa da obstetride hala tartışma konusu olmaya devam etmektedir. İlk trimesterde genellikle fonksiyonel ve benign natürde kistler görülmektedir. İlk trimesterde saptanan fonksiyonel kistlerin %70'i genellikle 2. trimesterin ilk haftalarında spontan olarak geriler (3). 16. Gebelik haftasından sonra gebelerde over kisti görülme sıklığı literatürde %3 olarak bildirilmiştir (4). Dev over kistleri için ise gebelerde bu oran %1'den az olarak rapor edilmiştir. Bunların hemen hepsi kötü fetomaternal sonuç ile ilişkilidir (5).

Gebelikte ilk trimesterde overleri görüntüleyebilmek uterusun boyutunun ileri haftalara kıyasla daha küçük olması sebebiyle daha kolaydır bu sebeple ilk trimester ultrasonografisinde rutin olarak overleri görüntülemek önerilmektedir. Kist saptanması durumunda kistin ultrasonik görüntüsü mutlaka not edilmelidir. Benign görünümdeki kistler (ince cidarlı, uniloküle, papiller çıktını içermeyen, homojen görünümde, kist içi vaskülerizasyonu olmayan, 10 cm'nin altında çapa sahip, tümör belirteçleri negatif, MR'da benign görünüm) için eğer komplikasyona (rüptür, torsiyon, pelvik ağrı, hidronefroz vs.) yol açmıyor ise rutin takip önerilir (6). Takiplerde kistte büyüme olup olmadığı kontrol edilmelidir. Komplikasyona yol açan durumlarda acil cerrahi müdahale gerekmektedir. 2. trimesterde laparoskopi uygulanabilir. Eğer over kistinde malign kuşkusu mevcut ise perinataloji ve jinekolojik onkoloji branşlarıyla birlikte multidisipliner bir yaklaşım hasta için daha uygun olacaktır (7).

Son olarak eğer hasta over kisti ile beraber term gebeliğe ulaşırsa ve doğum sezaryen olarak planlandıysa operasyon zamanının uygun şekilde ayarlanıp sezaryen sırasında kistektomi yapılarak kist içeriğinin frozen kesitte incelenmesi hasta yararına olabilecek bir yaklaşımdır.

SONUÇ

Over kistleri gebeliği komplike hale getirebilecek durumlardan biridir. Obstetride over kisti olan gebelere yaklaşım konusu tartışmalı bir konu olup hasta yönetiminde hem anne hem fetus açısından uygun olabilecek en doğru yol multidisipliner bir yaklaşım göstermek olmalıdır.

Finansal Destek; Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

Çıkar Çatışması; Yazarların beyan edecekleri herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Aydınlatılmış Onam; Tüm hastalar ücretsiz ve bilgilendirilmiş onam formunu imzaladı.

Yazar Katkıları; Yazarların tamamı makalenin tasarımına, yürütülmesine ve analizine katıldıklarını ve son halini onayladıklarını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. El-Shawarby SA, Henderson AF, Mossa MA. Ovarian cysts during pregnancy: dilemmas in diagnosis and management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2005 Oct;25(7):669-75.
2. Goffinet F. Kyste de l'ovaire et grossesse [Ovarian cysts and pregnancy]. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris). 2001 Nov;30(1 Suppl):S100-8. French.
3. Giuntoli RL 2nd, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 2006; 49:492.
4. Goffinet F. Kyste de l'ovaire et grossesse [Ovarian cysts and pregnancy]. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris). 2001 Nov;30(1 Suppl):S100-8. French.
5. Mishra S, Yadav M, Walawakar SJ. Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma Complicating Term Pregnancy. *JNMA Journal of Nepal Medical Association*. 2018 Mar-Apr;56(210):629-632.
6. Levine D, Patel MD, Suh-Burgmann EJ, et al. Simple Adnexal Cysts. SRU Consensus Conference Update on Follow-up and Reporting. *Radiology* 2019; 293:359.
7. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, et al. O-RADS US Risk Stratification and Management System. A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology* 2020; 294:168.