



Sezaryen Sırasında Saptanan Adneksiyel Kitlelerin Yönetimi

Management of Adnexal Masses Encountered at Cesarean Section

**Berna Aslan Çetin, Pınar Kadiroğulları, Nadiye Köroğlu, Pınar Yalçın Bahat
Aysu Akça, Gökçe Turan**

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada; tersiyer bir sağlık merkezinde sezaryen sırasında tespit edilen adneksiyel kitlelerin özelliklerini ve patoloji sonuçlarını ortaya konulması amaçlandı.

Mateyal ve Metot: Ocak2014-Aralık 2016 tarihleri arasında ameliyathane ve patoloji bölümü verileri, sezaryen doğum sırasında saptanan adneksiyel kitleler için retrospektif olarak gözden geçirildi. Klinik özellikler, patoloji sonuçları, maternal ve neonatal sonuçlar değerlendirildi.

Bulgular: 41.672 doğumun 17.210 tanesi (tüm doğumların % 41'i) sezaryen ile gerçekleştirilmiş olup bunların 32 (%0,18) tanesinde operasyon esnasında cerrahi müdahale gerektirecek adneksiyel kitle saptandı. Ortalama adneksiyel kitle boyutu 6.59 ± 1.31 (5-9 cm) olarak görüldü. 29 (%90.6) hastaya kistektomi yapıldı. 3(%9.4) hastaya ise ooferektomi yapıldı. Bu kitlelerin büyük kısmının patoloji sonucu basit seröz kist olarak saptanmış olup yapılan ek ameliyatın sezaryen sırasında morbiditeyi arttırmadığı görüldü.

Sonuç: Sezaryen sırasında saptanan adneksiyel kitleler

torsiyon, rüptür ve malignite olasılığı göz önüne alınarak ve sezaryen sonrası ek cerrahi işlem riskini ortadan kaldırmak için çıkarılmalıdır. Saptanan bu kitleler genellikle maternal ve fetal prognoz açısından olumlu sonuçlara sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyel kitle, sezaryen, over kisti

ABSTRACT

Aim: In this study; it was aimed to study the characteristics and pathology results of adnexal masses encountered during cesarean section in a tertiary hospital.

Material and Method: Operating room and pathology department data for adnexal masses encountered during cesarean delivery between January 2014 and December 2016 were retrospectively reviewed. Clinical features, pathology results, maternal and neonatal outcomes were evaluated.

Results: 17,210 (41% of all deliveries) of 41,672 deliveries were performed with cesarean section and 32 (0.18%) of the adnexal masses requiring surgical intervention during the operation were detected. The mean adnexal mass dimension was 6.59 ± 1.31 (5-9 cm). 29 patients (90.6%) underwent cystectomy and 3 (9.4%) patients had oophorectomy. Most of these masses were pathologically simple serous cysts and it was seen that the additional operation did not increase morbidity during cesarean section.

Berna Aslan Çetin, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, Tel. 05332201314
Email: bernaaslan14@hotmail.com
Gelis Tarihi: 16.12.2016 Kabul Tarihi: 27.10.2017

Conclusion: Adnexal masses encountered during the cesarean section should be removed taking the possibility of torsion, rupture and malignancy into consideration and in order to eradicate the risk of additional surgery after cesarean section,. These masses usually have no negative effect in terms of maternal and fetal prognosis.

Key Words: Adnexial mass, cesarean section, ovarian cyst

Giriş

Ultrasonografinin yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte gebelik sırasında overler, tubalar ve komşu dokular gibi adneksiyel yapılardan kaynaklanan kitlelerin rutin prenatal takip sırasındagörülme sıklığı arttı. Bununla birlikte sezaryen sırasında adneksiyel kitlelerin tesadüfen saptanması da nadir değildir. Adneksiyel kitlelerin gebelik sırasında %1 oranında görüldüğü bildirilmiştir¹. Bu kitlelerin büyük bir kısmı basit kist veya korpus luteum kisti olup gebeliğin 16. haftasına kadar kendiliğinden kaybolurlar. Ancak bazı adneksiyel kitleler persiste edebilmekte ve bunların %1-3'ü malign olabilmektedir¹⁻³. Bu kitleler tesadüfen tespit edildiklerinde müdahale edilip edilmemekte ikilemde kalılabilmektedir⁴. Ameliyat kararı komplikasyonlara neden olabileceği için dikkatli şekilde alınmalıdır⁵. Öte yandan müdahale edilmeyen vakalarda malignite riskide göz önünde bulundurulmalıdır⁶. Birçok klinikte sezaryen sırasında tespit edilenadneksiyel kitlelerin eksizyonu rutin olarak uygulanmaktadır. Bu çalışmada tersiyer bir sağlık merkezinde sezaryen sırasında tespit edilen adneksiyel kitlelerin klinik özelliklerinin, patoloji sonuçlarının, maternal ve neonatal sonuçlarının ortaya konulması amaçlandı.

Materyal ve Metot

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2014 – Aralık 2016 tarihleri arasında sezaryen sırasında saptanan 5 ve 5 cm den büyük adneksiyel kitleleri olan hastaların dosyaları retrospektif olarak analiz edildi. Adneksiyel kitleleri sezaryen sırasında eksize edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Bütün vakalara kistektomi yada ooferektomi yapıldı. Ovaryen basit kistleri 5 cm den küçük olan ve aspirasyon yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların obstetrik ve cerrahi bilgilerine poliklinik kayıtları, ameliyat notları, patoloji kayıtları ve laboratuvar verilerinden ulaşıldı.Hastaların maternal yaş, gravida, parite, ek hastalık ve kullanılan ilaç bilgileri, başvuru şikayeti, laboratuvar bulguları, sezaryen sırasındaki gebelik haftası, sezaryen endikasyonu, adneksiyel kitlenin boyutu ve lokalizasyonu, yapılan operasyon, kitlenin patoloji sonucu, postoperatif komplikasyon ve neonatal sonuçları gibi demografik ve klinik özellikleri kaydedildi.Verilerin incelenmesi SPSS for Windows 20.0 paket programı ile yapıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler için veriler ortalama \pm SD olarak gösterildi.

Bulgular

Ocak 2014 ile Aralık 2016 tarihleri arasında hastanemizde 41.672 doğum gerçekleşmiş olup bunların 17.210 tanesi (%41) sezaryen ile olmuştur. Sezaryen ile doğum yapan 32 hastada (sezaryen doğumların %0,18'i) adneksiyel kitle saptanarak kistektomi veya ooferektomi yapıldı. Tablo 1'de bu hastaların demografik özellikleri sunulmuştur. Ortalama hasta yaşı 31.3 ± 5.86 (16-41), ortalama

gravida ve parite sırasıyla 2.43 ± 1.13 , 1.09 ± 1.02 olarak izlendi. Tablo 2’de bu hastaların sezaryen endikasyonları sunulmuştur. Geçirilmiş sezaryen (%37.5) en sık sezaryen endikasyonu olarak izlenirken, fetal distres (%18.8) ikinci sıklıkta, makat geliş (%15.6) üçüncü sıklıkta izlendi. Sezaryen yapılan ortalama gebelik haftası 38.6 ± 1.75 (35-42) idi. Ortalama adneksiyel kitle boyutu 6.59 ± 1.31 (5-9 cm) olarak görüldü. Adneksiyel kitlelerin 16 (%50) tanesi sağ adneksiyel alanda, 15(%49) tanesi sol adneksiyel alanda ve 1(%1) tanesi bilateral olarak izlendi. Sezaryen sırasında tespit edilen adneksiyel kitlesi olan 29 (%90.6) hastaya kistektomi yapıldı. 3 (%9.4) hastaya ise oofarektomi yapıldı. Operasyon sonrası hematokrit değeri düşük olan ve semptomatik anemi gelişen bir hastaya eritrosit transfüzyonu yapıldı. Hastaların laboratuvar bulguları postoperatif stabil seyrettiği için başka bir işlem yapılmadı. Postoperatif takiplerde hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Hastalar ortalama 2 gün hastanede takip edildi.

Sezaryen sırasında adneksiyel kitle saptanıp opere edilen hastaların patoloji sonuçları Tablo 3’te görülmektedir. Neonatal takiplerde 2(%6.2) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Operasyona alınan hastaların bir tanesinde inutero mort fetus saptandı.

Tartışma

Ultrasonografinin klinik uygulamada yaygın olarak kullanılması gebelik sırasında adneksiyel kitlelerin daha sık saptanmasını sağlamıştır. Ultrasonografi gebelik sırasında adneksiyel kitlelerin saptanmasında ve

değerlendirilmesinde değerli bir tanı aracıdır. Bu nedenle bu tür vakaların nasıl yönetileceği sorunu ile daha sık karşı karşıya kalınmaktadır. Erken gebelik haftalarının aksine üçüncü trimesterde bir gebede uterus doğru görüntülemeyi ve tanıyı engelleyebilir. Fetus ve plesantaya odaklı değerlendirme yapıldığı için adneksiyel patolojiler atlanabilir.

Gebelik boyunca adneksiyel kitle görülme oranı %1’dir⁷. Hastalar sıklıkla alt kadranda ağrısı ile başvururlar. Maternal ve fetal komplikasyonlar nedeniyle gebelikte operasyona karar vermek zordur. Çalışmalar cerrahi müdahalenin birinci trimesterde yapılması durumunda 16-18. gebelik haftalarında abortus riski olduğunu göstermiştir⁸.

Daha önce yapılan çalışmalarda, gebelik sırasında 5 cm den küçük adneksiyel kitlesi olan hastalarda, ikinci trimesterde bunun spontan kaybolduğu gösterilmiştir^{9,10}. Bu kitleler üçüncü trimesterde persiste ederse klinik açıdan torsiyon, hemoraji, rüptür veya malignite geliştirmesi bakımından risk taşıdıklarından önemlidir⁹. Baser ve ark.nın yaptıkları çalışmada gebelik sırasında adneksiyel kitlesi olan kadınların %61.6’sı düzenli gebelik takiplerine gelmiş olup, yarısından fazlası sezaryen sırasında tesadüfen tanı almıştır¹¹. Bizim çalışmamıza hastanemize doğuma yakın term dönemde başvurmuş, sezaryen endikasyonu koyulan ve sezaryen sırasında tesadüfen adneksiyel kitlesi saptanan hastalar dahil edildi. Bu nedenle doğum öncesi antenatal takipleri ve cerrahi öncesi adneksiyel kitleleri hakkında bilgi yoktu.

Literatürde gebelik sırasında tespit edilen adneksiyel kitlelerde histolojik tanı olarak

matür kistik teratom, kistadenom ve fonksiyonel kistler sıklıkla izlenir^{7,12}. Matür kistik teratom en sık görülen histopatolojik tip olmasına rağmen, bizim çalışmamızda en sık basit seröz kist saptandı^{12,13,14}. Bu kistler genellikle unilokuledir ve spontan regrese olabilmektedirler¹⁰. Bununla birlikte hastanemizde tercih edilen yaklaşım 5 cm den büyük kistlerin gelişebilecek rüptür, hemoraji, torsiyon gibi risklerden ötürü sezaryen sırasında tespit edildiğinde çıkarılması yönündedir⁹.

Sezaryen sırasında tespit edilen adneksiyel kitle oranlarını gösteren çalışmalar kısıtlıdır. Sezaryen sırasında adneksiyel kitle tespit oranı 1/122 ile 1/447 arasında değişmektedir^{13,15,16,17}. Dede ve ark. cerrahi sırasında 5 cm ve üstünde olan kitleleri, Koonings, Üstünyurt ve Ülker ise sezaryen sırasında eksize edilen bütün kitleleri değerlendirdi^{13,15,16,17}. Bizim çalışmamızda sezaryen sırasında tespit edilip eksize edilen adneksiyel kitle oranı 1/ 537 olup literatür ile uyumludur.

Gebelikte malign adneksiyel kitle oranı %0 ile %8,5 arasında değişmektedir^{2,10,12,14,15}. Çalışmamıza dahil ettiğimiz hastalar arasında malign vaka saptamadık. Gebelikte adneksiyel kitleler malignite riski taşımanın yanı sıra torsiyon, rüptür, hemoraji ile de komplike olabilirler⁹. Bu komplikasyonlar önemli morbiditelerdir ve acil müdahale gerektirebilirler¹⁴. Yen ve ark. 6 cm den daha büyük adneksiyel kitlelerde torsiyon riskinin arttığını veyakın takip edilmesi gerektiğini gösterdiler¹⁴. Bizim çalışmamızda torsiyon, hemoperitonium veya rüptür ile komplike olan hasta yoktu.

Ülker ve ark. yaptıkları çalışmada gebelik sırasında saptadıkları adneksiyel kitlelerin % 5 ini bilateral olarak tespit ettiler¹³. Çalışmamızda bir hastada bilateral adneksiyel kitle tespit edilmiş olup patolojisi müsinöz kistadenom olarak saptandı.

Sezaryen sırasında insidental olarak saptanan adneksiyel kitlelerin yönetimi halen tartışmalıdır. Daha önce yapılan bir çalışmada sezaryen sırasında saptanan adneksiyel kitlelerin eksizyonu herhangi bir komplikasyon ile ilişkili bulunmamıştır¹⁵. Özellikle 5 cm den büyük kitlelerin çıkartılması gerektiği bu yazarlar tarafından desteklenmektedir. Birçok yazar 5-6 cm den küçük kitlelerin takip edilebileceğini savunmaktadır. Thornton ve ark. literatürdeki en geniş seriye sahip olup 5 cm den küçük bütün kistlerin spontan gerilediğini gösterdiler⁵. 168 paraovaryen kist üzerinde yapılan bir çalışmada da 3 vaka hariç 5 cm üzerinde olan kistlerde malignite bulgusu olmadığı gösterildi¹⁸. Bu bulgular persiste eden ve 5 cm den büyük adneksiyel kitlelerin gebelikte ilgisiz ve neoplastik olabileceğini göstermektedir. Literatüre göre malign adneksiyel kitleler için cut-off değer olarak 5.24 cm alınabilir¹⁵. Biz de çalışmamızda cut-off değer olarak 5 cm aldık ve 5 cm den büyük kitleleri inceledik. Malign vaka ile karşılaşmadık.

Adneksiyel kitlelerin değerlendirilmesinde ultrasonografi en çok kullanılan yöntemdir. Cerrahiden önce frozen hazırlığı yapmak malign ve benign kitlelerin ayrımı için önemlidir. Bununla beraber sezaryen sırasında tesadüfen saptanmış adneksiyel kitlesi olan gebelerde frozen önemli bir prosedür

olabilmektedir.

Preterm doğum ile adenekiyele kitleler arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır¹⁹. Yenidoğan sonuçlarına bakıldığında, çalışmamızda adneksiyele kitlelerin preterm ile ilişkisi gösterilmemiştir. Daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızda da ciddi neonatal mortalite ve neonatal morbidite mevcut değildi.

Sonuç olarak mevcut bulgular, adneksiyele kitleleri olan ve sezaryen doğum sırasında cerrahi olarak tedavi edilen gebelerin maternal ve fetal sonuçlar bakımından genel olarak olumlu bir prognoza sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Nadiren de olsa malignitelere rastlanabilir. Cerrahi sırasında oldukça şüpheli bir kitle tespit edildiğinde, jinekolojik onkologa danışılmalıdır. Sezaryen sırasında saptanan adneksiyele kitleler malignite olasılığı ve sezaryen sonrası ek cerrahi işlem olasılığını ortadan kaldırmak için çıkarılmalıdır.

Kaynaklar

1- Nelson MJ, Cavalieri R, Sanders RC. Cysts in pregnancy discovered by sonography. *J Clin Ultrasound* 1986; 14: 509–512.

2- Bernard LM, Klebba PK, Gray DL et al. Predictors of persistence of adnexial masses in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93:585–589.

3- Usui R, Minakami H, Kosuge S, Iwasaki R, Ohwada M, Sato I.A retrospective survey of clinical, pathologic, and prognostic features of adnexal masses operated on during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26: 89–93.

4- Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61(7):463–70.

5- Thornton JG, Wells M. Ovarian cysts in pregnancy: does ultrasound make traditional

management inappropriate? *Obstet Gynecol* 1987; 69(5):717–21.

6- Bignardi T, Condous G. The management of ovarian pathology in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(4):539–48.

7- Whitecar MA, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:19-24.

8- Cengiz H, Kaya C, Ekin M, Yeşil A, Yaşar L. Management of incidental adnexal masses on caesarean section. *Niger Med J* 2012; 53(3):132-34.

9- Horowitz NS. Management of adnexal masses in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2011; 54(4):519–27.

10- Condous G, Khalid A, Okaro E, Bourne T. Should we be examining the ovaries in pregnancy? Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first-trimester sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24(1):62–6.

11- Başer E, Erkilinc S, Esin S, Togrul C, Biberoglu E, Karaca MZ, Gungör T, Danisman N. Adnexal masses encountered during cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2013; 123: 124–126.

12- Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005; 105(5): 1098–1103.

13- Ulker V, Gedikbasi A, Numanoglu C, Saygı S, Aslan H, Gulkilik A. Incidental adnexal masses at cesarean section and review of the literature. *J Obstet Gynecol Res* 2010; 36:502-5.

- 14-** Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK, et al. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009;91:1895-902.
- 15-** Dede M, Yenen MC, Yilmaz A, Goktolga U, Baser I. Treatment of incidental adnexal masses at cesarean section: A retrospective study. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:339-41.
- 16-** Koonings PP, Platt LD, Wallace R. Incidental adnexal neoplasms at cesarean section. *Obstet Gynecol* 1988;72:767-9.
- 17-** Ustunyurt E, Ustunyurt BO, Iskender TC, Bilge U. Incidental adnexal masses removed at cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 2007;96:33-4.
- 18-** Stein AL, Koonings PP, Schlaerth JB, Grimes DA, d'Ablaing G3rd. Relative frequency of malignant paraovarian tumors: Should paraovarian tumors be aspirated? *Obstet Gynecol* 1990;75: 1029-1031.
- 19-** Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012;379:2162-72.

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

	Ortalama \pm SD	Minimum	Maksimum
Yaş	31.3 \pm 5.86	16	41
Gravida	2.43 \pm 1.13	1	4
Parite	1.09 \pm 1.02	0	3

Tablo 2. Sezaryen doğum endikasyonları

Sezaryen endikasyonu	Sıklık
Geçirilmiş sezaryen	12 (% 37.5)
Makat geliş	5 (% 15.6)
Makrozomi	4 (% 12.5)
Fetal distres	6 (% 18.8)
Sefalopelvik uyumsuzluk	1 (% 3.1)

İkiz gebelik	3 (%9.4)
Transvers duruş	1 (%3.1)

Tablo 3. Adneksiyel kitlelerin patoloji sonuçları

	n	%	Ortalama± SD (cm)
Non-Neoplastik grup			
Basit Seröz Kist	10	31.2	6.3±1.2
Korpus Luteum	2	6.3	7±1
Paratubal-paraoveryan kist	8	24.9	5.8±1.3
Neoplastik grup			
Dermoid Kist	5	15.6	5.2±0.8
Seröz Kistadenom	4	12.5	7.2±0.8
Müsinöz Kistadenom	3	9.4	6.3±1.2