

## İntestinal Obstruksiyona Neden Olan Neonatal Over Kisti

### Neonatal Ovarian Cyst Causing Intestinal Obstruction

Merve MISIRLIOĞLU\*<sup>1</sup>, Mustafa DİLEK\*<sup>2</sup>, Hülya ÖZTÜRK\*<sup>3</sup>, Çetin BORAN\*<sup>4</sup>

<sup>1</sup>\* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, Adana ;

<sup>2</sup>\* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji BD, Bolu;

<sup>3</sup>\* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ABD, Bolu;

<sup>4</sup>\* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji ABD, Bolu

### ÖZET

İntrauterin dönemde ultrasonografinin sık kullanılması sonucu, fetal anatominin ayrıntılı değerlendirilebilmesi nedeniyle, intrauterin kistlerin tanı insidansı artmaktadır. Bu nedenle fetal ve neonatal over kistlerinin tespiti ve tedavisinde yakın perinatal takip önemlidir. Kistin boyutuna ve içeriğine, gelişen komplikasyonlara göre tedavisi planlanmaktadır. Bu vaka sunumunda antenatal tanı alan ve postnatal intestinal obstruksiyona neden olması nedeniyle ooferektomi ve over kist eksizyonu yapılan yenidoğan sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Neonatal intraabdominal kitle, Follikül kisti, Gelişimsel over kisti

### SUMMARY

Because of the frequent use of ultrasonography in intrauterine period, the diagnostic incidence of intrauterine cysts is increasing due to the detailed evaluation of fetal anatomy. For this reason, close perinatal follow-up is important in the detection and treatment of fetal and neonatal over cysts. Treatment is planned according to the size and content of the cyst and the complications that develop. In this case report, newborn with oophorectomy and overcystic excision is presented because of antenatal diagnosis and postnatal intestinal obstruction.

**Key words:** Neonatal intraabdominal mass, Follicular cyst, Developmental overcyst

### GİRİŞ

Neonatal dönemde ayrıntılı ultrasonografik takipler sayesinde fetuslarda overian kistler sık olarak saptanmaktadır (1). Dişi bir fetusta kistik karın içi kitle saptandığında ayırıcı tanısının iyi yapılması gerekmektedir. Ayırıcı tanıda intestinal duplikasyon, hidronefroz, mesane distansiyonu, mekonyum peritoniti, intestinal obstruksiyon, hidrometrokolpos, duodenal atrezi, mezenterik, urakal ve over kistleri vardır (2).

Yeni doğanlarda overian kistlerde 2 cm üzeri patolojik olarak kabul edilmektedir (3). Kistin büyüklüğünün yanında ultrasonografik bulguları ile hastanın semptomları da prognoz ve tedaviyi belirlemektedir. Eğer kist torsiyonu varsa veya komplike ise tedavi cerrahidir ve etkilenmiş overin alınmasıyla sonuçlanır (4, 5).

### OLGU SUNUMU

27 yaşındaki sağlıklı G2P1 annenin 38 haftalık gebeliğinden 3330 gram ağırlığında sezaryenle doğan kız bebek; antenatal dönemde yapılan usg'lerde belirlenmiş abdominal kistik yapı olması nedeniyle doğum sonrası takibe alındı. Gebeliğin 28 haftasında yapılan fetal ultrasonografide batın sol alt kadranda anterior yerleşimli 5x6 cm boyutlarında ince duvarlı basit kistik lezyon izlendiği öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde abdominal distansiyon ve sol alt kadrandan

umbilikusa doğru uzanım gösteren ele gelen kitle dışında patolojik bulgu saptanmadı. Tam kan tetkikleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolitleri normal sınırlarda bulundu. Postnatal çekilen abdominal ultrasonografide batın sağ ve solda izlenen 5x7x8 cm boyutlarında ince duvarlı basit kistik lezyon izlendi. Doğum sonrası 6. saatinde batın distansiyonu arttı ve çekilen ayakta direk batın grafisinde ileus ile uyumlu görüntü izlendi (Resim 1-B). Öncelikle yediklerini içerir tarzda kusma gözlemlendi. Antenatal ultrasonografide kist boyutlarının çok büyük olması nedeniyle çevre dokuları bası yaptığı düşünüldü. İntestinal obstrüksiyon kliğinin gelişmesi nedeniyle operasyon kararı alındı. Hastaya ekploratif laparomi işlemi ile kistin tüm overi etkilemesi nedeniyle sol over kist eksizyonu ve ooferektomi işlemi uygulandı. Çıkarılan kistik dokunun patolojik incelemesinde follikul kisti olduğu değerlendirildi. Operasyon sonrası takiplerinde komplikasyon izlenmedi ve taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Neonatal dönemde ayrıntılı ultrasonografik takipler sayesinde fetuslarda overian kistikler sık olarak saptanmaktadır (1). Boyut olarak 2 santimetre üzerindeki kistler patolojik olarak kabul edilmektedir (3). Antenatal dönemde ultrasonografinin yaygın olarak kullanılması tanı sıklığını arttırmaktadır. Genellikle üçüncü trimesterde tanı konulmaktadır (1, 6). Bizim hastamız da üçüncü trimesterde tanı almış ve kist boyutları 5x6 cm olarak raporlanmıştır.

Neonatal over kistlerinin etyolojisinde maternal ve fetal hormonal uyarılar sorumlu tutulmaktadır (3). Yeni doğanlarda over kistleri; plasental koryonik gonadotropin hormonunun fazla salınması veya plasentanın bu hormona aşırı duyarlılığı sonucunda meydana gelmektedir. Annede diyabetin olması, toksemi veya Rh uyuşmazlığı gibi durumlar da plasentada koryonik gonadotropin hormonunun aşırı salgılanmasına ve bunun sonucunda yeni doğanda overlerin boyutlarında ve kist oluşma ihtimalinde artışa yol açmaktadır. Buna bağlı olarak doğum sonrası hormon seviyesinde azalma nedeniyle bu kistler çoğunlukla gerilemektedir (7-9).

Fetal overian kistler; genellikle asemptomatik ve tek taraflıdır. Bilateral kistler unilaterale kistlere göre mortalite ve morbidite açısından daha risklidir (10). Büyük boyutlu kistlerde ve solid komponente, septalara, içinde debris veya pıhtıya sahip olanlarda torsiyon, rüptür ve malignansi riski olduğundan dolayı postnatal dönemde komplikasyonlar ortaya çıkmadan cerrahi müdahale düşünülmelidir (11-13). Özellikle kist çapı 5 cm üzerinde ise torsiyon riski artmaktadır (14). Ayrıca kist rüptürü sonrasında peritonit gelişimi veya nekrotik kist ile çevre bağırsaklar arasında enflamatuvar adezyona neden olabileceği gibi; kistlerde spontan gerileme de görülebilmektedir.

Dişi fetusta; kistik abdominal kitle izlendiğinde fetal over kistleri de akla gelmelidir. Over kistlerinin spesifik ultrasonografik görünümü yoktur. Urakus, enterik, mezenterik duplikasyon kistleri fetalover kistlerine göre tübüler olma eğilimindedir. Urakal kistler genellikle orta hattadır ve umbilikusa uzanım göstermektedir. Fetal over kitlelerinin büyük oranda benign olduğu bildirilmiştir. İntraabdominal kitleler yerleşim yerlerine, komşuluklarına, şekline ve iç yapısına dikkat edilerek incelenmelidir (14). Ayırıcı tanısının iyi yapılması gerekmektedir.

Fetal over kistinde; boyutu uygun ve semptomu yoksa esas tedavi yöntemi konservatiftir; doğum sonrası iki haftalık izlemde kistlerin büyük bir kısmı regrese olmaktadır. Over kistlerinde hastanın kliniğine göre prenatal dönemde aspirasyon yapılabileceği gibi postnatal dönemde de takip veya operasyon kararı verilebilir (15). Yeni doğanlardaki over kistlerinin ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyonu ile tedavi edilmeleri de mümkündür. Ancak aspirasyonla kist kaybolsa bile tekrar oluşma olasılığı vardır (13). Tedavi, kistin lokalizasyonuna bağlı olarak ooferektomi veya kistin enükleasyonudur. Ooferektomi, geride sağlam over dokusu yoksa endikedir. Fallop tüpünün çıkarılmasına gerek yoktur (13, 16). Bizim olgumuzda da 5x6x8 cm boyutlarında kistik kitle, postnatal dönemde intestinal mekanik obstrüksiyona neden olarak hastada kusmalara ve enteral beslenememeye neden olması nedeniyle opere edilmiş kist ve over dokusu eksize edilmiş; fallop tüp yerinde bırakılmıştır.

## Sonuç

olarak; fetal ve neonatal abdominal kistik kitle ile doğan hastada bu kitle overe ait olabilir. Over kistlerine tedavi yaklaşımı kitlenin boyutuna ve yol açtığı sorunlara göre belirlenmesi gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Karasahin KE, Gezginc K, Ulubay M, Ergun A. Fetal ovarian cysts diagnosed during prenatal ultrasound screening. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47(2):215-7.
2. Sandler MA, Smith SJ, Pope SG, Madrazo BL. Prenatal diagnosis of septated ovarian cysts. *J Clin Ultrasound.* 1985;13(1):55-7.
3. Chiaramonte C, Piscopo A, Cataliotti F. Ovarian cysts in newborns. *Pediatr Surg Int.* 2001;17(2-3):171-4.
4. Luzzatto C, Midrio P, Toffolutti T, Suma V. Neonatal ovarian cysts: management and follow-up. *Pediatr Surg Int.* 2000;16(1-2):56-9.
5. Colby C, Brindle M, Moss RL. Minimally invasive laparotomy for treatment of neonatal ovarian cysts. *J Pediatr Surg.* 2001;36(6):868-9.
6. Fremont B, Guibert L, Jouan H, Milon J, Tekou H, Duval JM, et al. [Prenatal diagnosis of ovarian cysts]. *Chir Pediatr.* 1986;27(3):128-33.
7. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology.* 1988;168(3):817-21.
8. Meizner I, Levy A, Katz M, Maresh AJ, Glezerman M. Fetal ovarian cysts: prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164(3):874-8.
9. Vogtlander MF, Rijntjes-Jacobs EG, van den Hoonaard TL, Versteegh FG. Neonatal ovarian cysts. *Acta Paediatr.* 2003;92(4):498-501.
10. Yilmaz Y DG, Ulu HO, Celik IH, Oguz SS, Erdevi O, Dilmen U. Four neonates with giant ovarian cysts: difficulties in diagnosis and decision making process. *Jatern Fetal Neonatal Med.* 2011.
11. Alrabeeh A, Galliani CA, Giacomantonio M, Heifetz SA, Lau H. Neonatal ovarian torsion: report of three cases and review of the literature. *Pediatr Pathol.* 1988;8(2):143-9.
12. Bagolan P, Rivosecchi M, Giorlandino C, Bilancioni E, Nahom A, Zaccara A, et al. Prenatal diagnosis and clinical outcome of ovarian cysts. *J Pediatr Surg.* 1992;27(7):879-81.
13. Başaklar C. Over Tümör Ve Kistleri. *Bebek Ve Çocukların Cerrahi Ve Ürolojik Hastalıkları II. Cilt 87. Bölüm.* 2006:2041-57.
14. Ozcan HN, Balci S, Ekinci S, Gunes A, Oguz B, Ciftci AO, et al. Imaging Findings of Fetal-Neonatal Ovarian Cysts Complicated With Ovarian Torsion and Autoamputation. *AJR Am J Roentgenol.* 2015;205(1):185-9.
15. Monnery-Noche ME, Auber F, Jouannic JM, Benifla JL, Carbonne B, Dommergues M, et al. Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated? *Prenat Diagn.* 2008;28(1):15-20.
16. Russ J. Sequential torsion of the uterine adnexa. *Mayo Clinic Proc* 62: 623, 1987. 1987.