

Ektopik gebelik ile karışan paraovaryen kistadenofibrom: olgu sunumu*

Umur KUYUMCUOĞLU (**), Hüsnü GÖRGEN (***), Zeki ŞAHİNOĞLU (***),
M. Nuri DELİKARA (****)

ÖZET

Abdominopelvik hastalıkları yakın anatomik komşuluk ve başvuru şikayetlerinin benzerliği sebebi ile ektopik gebelikten ayırt etmek güç olabilir. Bu nedenle hikaye ve fizik muayenenin yanısıra daha objektif tanı metodlarına ihtiyaç vardır. Paraovaryen seröz papillar kistadenofibrom ve erken bir intrauterin gebeliği birlikte bulunan olgumuzda hikaye ve fizik muayenenin yanısıra daha objektif tanı metodları olan transvaginal USG ve β -hCG ölçümü ile de ektopik gebelik lehine düşünülmesine neden olmuştur.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, seröz papillar kistadenofibrom, transvaginal ultrasonografi, operatif laparoskopi

SUMMARY

Paraovarian cystadenofibroma which causes confusion with ectopic pregnancy: case report

Many diseases of the abdomen and pelvis are difficult to distinguish from ectopic pregnancy because of anatomic proximity and similar presenting symptoms and signs. History and physical findings as the only criteria for the detection of early tubal gestation cannot be relied on; other more objective diagnostic techniques must be used. A case with serous papillar cystadenofibroma and early intrauterine pregnancy suggested ectopic pregnancy is presented.

Key words: Ectopic pregnancy, serous papillary cystadenofibroma, transvaginal ultrasonography, operative laparoscopy

GİRİŞ

Abdominal kavitede ve pelvisteki birçok hastalığı özellikle yakın anatomik komşuluk ve başvuru şikayetlerinin benzerliği sebebi ile ektopik gebelikten ayırt etmek güç olabilir. Ancak β -hCG'nin radyoimmunoassay ile tayini ve yüksek rezolüsyonlu transvaginal ultrasonografi ile ektopik gebelik ayırıcı tanıya giren pek çok hastalıktan ayırtelebilmektedir. Bu özellikleri ile ektopik gebelik olarak değerlendirilen paraovaryen seröz papiller kistadenofibrom olgusu sunuldu.

OLGU BİLDİRİSİ

H.G. 22 yaşında, kadın hasta, 3 aylık evli. G:1, P:0, 23.11.1994 günü vaginal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. SAT: 13.9.1994 olan hastanın adet gecikmesi nedeni ile müracaat ettiği sağlık ocağında yaptırdığı gebelik testi müspet çıkmış.

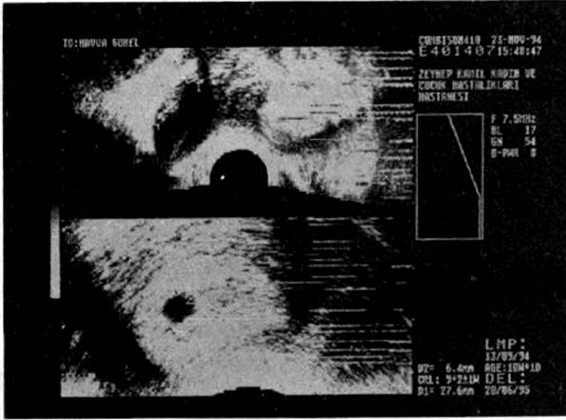
Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde; EGO: doğal, Kollum: nullipar görünümde, eksternal servikal ostan kanama gözükmemekte, Korpus: antevent, antefleksiyo, normalden az iri, Adneksler: sol serbest, sağ adneksiyal bölgede 5x5 cm'lik mobil, yumuşak kitle. Hasta bu semptom ve bulgularla ektopik gebelik ön tanısı ile hospitalize edildi. Menstrüasyon düzeni: düzenli, 27-28 gün/7 gün/2 ped/gün. Özgeçmiş, soygeçmiş ve sistemik muayenesinde bir özellik saptanmadı. TA: 120/60 mmHg, Nabız: 70/dk, ritmik ve dolgun.

(*) Bu çalışma II. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nde tebliğ edilmiştir (14-16 Eylül 1995, İstanbul).

(**) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doç. Dr.

(***) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Op. Dr.

(****) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Asis. Dr.



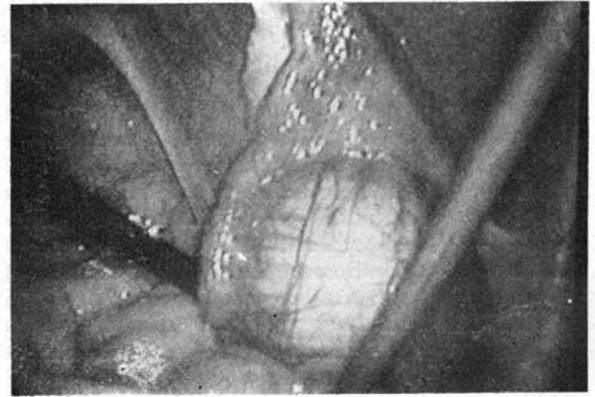
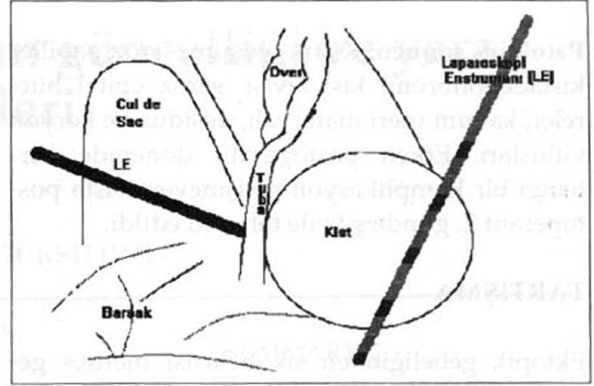
Resim 1. Transvaginal ultrasonografi: Altta; intrauterin 6.4 mm'lik hipoekojen alan (psödogestasyonel sac?), üstte; uterusun sağında 40x35 mm'lik düzgün kenarlı hipoekojen oluşum ve içerisinde 27.6 mm'lik hiperekojen imaj (9 haftalık embriyo? FKA: yok).

Laboratuar bulguları: Kan grubu: 0 Rh (+), hemoglobin: 11.6 gr/dl, gebelik testi: (+), tam idrar analizi: normal, β -hCG: 9600 mIU/ml (IRP).

Transvaginal ultrasonografi: (Combison 410 Kretz Ultrasound Technic) Uterus 74x54x35 mm, orta hatta, intrauterin 6 mm'lik hipoekojen alan (psödogestasyonel sac?), uterusun sağında 40x35 mm'lik düzgün kenarlı hipoekojen oluşum ve içerisinde 27.6 mm'lik hiperekojen imaj (9 haftalık embriyo? FKA: yok), sağ over 40x26 mm, sol over 26x11 mm, Douglas'da sıvı izlenmedi (Resim 1). Hastaya ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopi yapılmasına karar verildi.

Teknik

Batın içi basıncı maksimum 15 mmHg olacak şekilde pnömoperiton sağlandıktan sonra intraumbilikal olarak 10 mm'lik trokar batına sevk edildi. Laparoskopik, mikro-kamera ve monitör yardımı ile inspeksiyona geçildi: Uterus orta hatta, normal cesamette, sol over ve tuba normal konum ve görünümde, sağda over normal cesamet ve görünümde, bu overle devamlılık gösteren 5 cm'lik beyaz-mavi refle veren kistik oluşum izlendi. Sağ tuba bu kitlenin üzerine yapışık olarak izlendi (Resim 2). Ön ve arka cul-de-sac normal olarak görüldü. Suprapubik olarak her iki pararektal alandan inferior epigastrik arterin gözlemi altında 5 mm'lik 2 trokar batına sevk edildi. Sağdaki kis-



Resim 2. Sağ over normal cesamet ve görünümde, bu overle devamlılık gösteren 5 cm'lik beyaz-mavi refle veren kistik oluşum, bu kitlenin üzerinde sağ tuba görülmekte.



Resim 3. Kistin iç yapısında beyaz renkli papillar yapılar.

tik oluşum unipolar elektrokoter ile açılıp aspire edildi, mayi sitolitik inceleme için patolojiye gönderildi. Kistin iç yapısı incelendiğinde beyaz renkli papillar yapılar gözlemlendi (Resim 3). Patolog ile konsültasyonu takiben bu kistik oluşum unibipolar koter ve makas yardımı ile ekstirpe edildi. Endobağ yardımı ile batın dışına çıkarıldı. Batın 1000 cc ringer laktat ile irrigasyon ve aspire edildi. Ayrıca D&C yapıldı.

Patolojik sonucu: Kistik oluşum, seröz papiller kistadenofibrom, kist sıvısı, seröz epitel hücreler, kavum uteri materyali, desidua ve koryon villusları. Erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 2. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ektopik gebeliğin en sık belirtisi menses gecikmesini takiben anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve palpabl pelvik kitledir. Ancak bu semptom ve bulgular diğer abdominopelvik hastalıklarda da görülebilir. Bu nedenle hikaye ve fizik muayenenin yanısıra daha objektif tanı metodlarına ihtiyaç vardır. Ektopik gebeliklerde tanı son yıllardaki yüksek rezolüsyonlu transvaginal USG ve biyokimyasal β -hCG ölçümleri ile % 70-95 oranında doğru olarak konulabilmektedir (1,2,3).

Ektopik gebelik düşünülen olguların sonografik incelemesinde, klinisyen konseptusun lokalizasyonunu tespit etmektedir. Ultrasonografi ile intrauterin gebelik (İUG) transabdominal olarak 4. postkonsepsiyonel haftada (son adetinden itibaren 6. haftada) ve transvaginal olarak 3. postkonsepsiyonel haftada saptanmaktadır (4,5). Son adet tarihine göre 10 haftalık gebelik olması gereken olgumuzun yapılan transvaginal sonografik incelemesinde 10 haftaya uyan intrauterin gebelik kesesi tespit edilmedi. Uterus kavitesinde merkezi yerleşimli 6.4 mm'lik hipokojenik oluşum psödogestasyonel kese olarak değerlendirildi.

Ektopik gebeliklerin % 10-20'sinde görülen psödogestasyonel kese uterus kavitesinin merkezinde lokalize olmaktadır (6,7). Ayrıca olgumuzda sağ adneksiyal bölgede overden ayrı olarak 40x35 mm'lik düzgün kenarlı hipokojen oluşum ve içerisinde 27.6 mm'lik hiperekojen imaj tespit edildi. Bu görünüm ekstrauterin gestasyonel kese ve içerisindeki hiperekojenik görünümde embriyo olarak değerlendirildi. Ek-

topik gebeliklerin transvaginal sonografisinde ekstrauterin gestasyonel kesenin en sık görülen bulgu (% 46-71) olduğu bildirilmiştir (7).

Karakteristik bir ekstrauterin gestasyonel kese, ektopik gebeliğin tanısında canlı ekstrauterin embriyonun görülmesi kadar yüksek prediktif değere sahiptir (8). Gebelikte görülen over kistleri genellikle corpus luteumdan kaynaklanır ve unilateraldir. Olgumuzda overin ayrıca görüntülenmesi nedeniyle over kaynaklı bir kist olasılığından uzaklaşmıştır. Transvaginal sonografisinde intrauterin gebelik sac'ının görülmesi için β -hCG eşik değeri 1000-2000 mIU/ml (IRP) olarak bildirilmiştir (7). Normal intrauterin gebelikte gestasyonun ilk 7 haftası boyunca β -hCG'nin iki katına çıkış süresi 2.3 gündür. Olgumuzda β -hCG değeri bir kez ölçülmüş ve seri takipleri yapılamamıştır. Bu bulgular ile diagnostik ve operatif laparoskopi ile kesin tanı ve tedavi sağlanabilmiştir.

Olgumuzda paraovaryen seröz papillar kistadenofibrom ve erken bir intrauterin gebeliğin birlikte bulunması, hikaye ve fizik muayenenin yanısıra daha objektif tanı metodları olan transvaginal USG ve β -hCG ölçümü ile de ektopik gebelik lehine düşünülmesine neden olmuş olup kesin tanı ve tedavi laparoskopi ile sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Romero R, Kadar N, Jeanty P. Diagnosis of ectopic pregnancy: value of the discriminatory human chorionic gonadotropin zone. *Obstet Gynecol* 1985; 66:357.
2. Robinson HP, de Crespingy LCH, Harvey J, Hay DL. Ectopic pregnancy- potential for diagnosis using ultrasound and urine pregnancy tests. *Obstet Gynecol* 1985; 25:49.
3. Timor-Tritsch IE, Yeh MN, Peisner DB, et al. The use of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J Obstet* 1989; 161:157-61.
4. Bateman BG, Nunley WC Jr, Kolp LA. Vaginal sonography findings and hCG dynamics of early intrauterin and tubal pregnancies. *Obstet Gynecol* 1990; 75:421.
5. Fossum GT, Davajan V, Kletzky OA. Early detection of pregnancy with transvaginal ultrasound. *Fertil Steril* 1988; 49:788.
6. Cartwright PS. Diagnosis of ectopic pregnancy. In *Ectopic pregnancy*. Diamond MP, DeCherney AH (eds). *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 18/1:19.
7. Nyberg DA. Ectopic pregnancy. In *Transvaginal ultrasound*. Nyberg DA, Hill LM, Böhm-Velez M, Mendelson EB (eds). 1992; p.105-32.
8. de Crespingy LCH. Demonstration of ectopic pregnancy transvaginal ultrasound. *Br J Obstet Gynecol* 1988; 95:1253.

Alındığı tarih: 11 Nisan 1996

Yazışma adresi: Hüsnü Görgeç, Eminalipaşa Cad. Tüccar Sokak, Paksa Apt. No:22/15, 81110 Bostancı-İstanbul