

Gebeliğin Onikinci Haftasında Vaginal Ultrason İle Tanı Konmuş Kistik Higroma Olgusu Nedeniyle Fetal Cystic Hygroma Collii

FETAL CYSTIC HYGROMA COLII A PROPOS OF A CASE DIAGNOSED AT TWELFTH WEEK OF PREGNANCY WITH ENDOVAGINAL ULTRASONOGRAPHY

Bülent POTUR*, Betül ÇELİK**

* Uz.Dr., Kırıkkale Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,

** Uz.Dr., Kırıkkale Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, KIRIKKALE

Özet

12 hafta gebe bir hastada vaginal ultrason ve internet konsültasyonu ile teşhis edilen bir fetal cystic hygroma collii olgusu sunulmaktadır. Kistik higroma sıklıkla kromozomal ya da konjenital anomalilerle birlikte görülür. Dokuzuncu haftadan sonra vaginal ultrason ile tespit edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kistik higroma, Vaginal ultrasonografi, Fetal tanı

T Klin Jinekolo Obst 2002, 12:159-161

Summary

A case of fetal cystic hygroma collii diagnosed at 12th. week of pregnancy with vaginal ultrasound and internet consultation is presented. Cystic hygroma is a sign suggestive of chromosomal or congenital abnormalities. It can be diagnosed with vaginal ultrasound after the ninth week of pregnancy.

Key Words: Hygroma, Endovaginal ultrasonography, Fetal diagnosis

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:159-161

Olgu Sunumu

23 yaşında gravida 1, para 0 hasta, 3. gebelik ayında kasık ağrısı ve akıntı yakınması ile baş vurdu. Fizik muayenesinde pozitif bir bulgu yok idi. Jinekolojik muayenesinde uterus 3 aylık cesamette collum nullipar vasıfta ve vaginal candidiasis mevcut idi. Pelvik ultrasonografik tetkikinde baş popo uzunluğu 58 mm, biparyetal çap 19 mm olan 12 hafta 1 gün ile uyumlu canlı tek gebelik tesbit edildi. Fetal başın yanında şüpheli bir kitle de dikkati çekiyordu (Şekil 1).

Abdominal taramadaki şüpheli görünüm nedeni ile vaginal prob ile ultrasonografik tetkik de uygulandı. Fetal baş ve boyunun arkasında toraks duvarına kadar uzanan ve çapı fetal baş çapına yakın kistik bir yapı tespit edildi. Kist başlıca iki büyük loptan oluşuyor bu lopları birleştiren septum da birkaç minik kist içeriyor idi (Şekil 2).

Ensefalosel ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi için hasta sevk edildi. Ultrason resimleri ultrasound@obgyn.net forumunda konsülte edildi. Kistik higroma olarak değerlendirildi. Ekonomik nedenle hasta ileri tetkiklerini yaptırmadı ve bir hafta sonra tıbbi tahliye tercihi ile geldi. Tekrarlanan vaginal ultrasonografik tetkikte kistlerin çapında bir azalma görülmedi. Ayrıca fetusun etrafında fetal hidrops ile uyumlu jeneralize cilt ödeminin de geliştiği dikkati çekti (Şekil 3).

Tıbbi tahliye için misoprostol 400 µg P.O. ve 400 µg vaginal yol ile uygulandı. Ayrıca 1000 cc %5 dextrose ile 30 IU oksitosin perfüzyonuna da başlandı. Misoprostol dozu 8 saat sonra yinlendi. Abortus 12. saatte gerçekleşti.

Plasentanın da ayrıca bir kistik yapı içerdiği gözlemlendi (Şekil 4).

Fetüsün patolojik incelemesinde : Topuk tepe mesafesi 75 mm olan fetüste her iki boyun bölgesinde kistik yapı dışında ekstremite veya yüzde spesifik bir anomali saptanmadı. (Şekil 5). Kafa açıldığında beyin akıcı özellikte olduğu görüldü ve ileri bir değerlendirme yapılamadı. Göğüs boşluğu açıldığında organlar normal anatomik pozisyonlarında izlendi. Kalp ve büyük damarlar, fetus çok küçük olduğu için ileri değerlendirmeye alınamadı. Karın boşluğu açıldığında organlar normal anatomik pozisyonlarında izlendi. Böbrekler lobule olup kistik yapı saptanmadı. Pelvik bölgede her iki yanda testisle uyumlu iki doku saptandı.

Fetüsün mikroskopik incelemesinde tüm organlarda spesifik bir patoloji veya enfeksiyöz bir ajan görülmedi. Testisle uyumlu iki dokuda immatür seminifer tübüller izlendi. Boyun bölgesinin transvers kesitinde epiteli bulunmayan fibröz duvarlı kistik doku kistik higroma olarak rapor edildi. Plasentanın incelenmesinde umbilikal kord ve damarlarda anomali saptanmadı. Yapılan kesitlerinde de



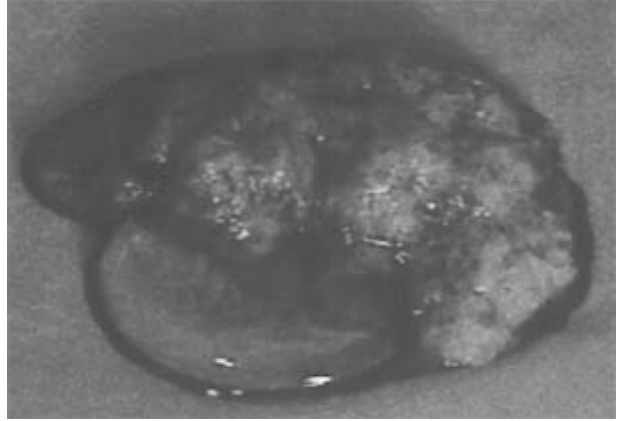
Şekil 1. Lineer proba çekilen resimde sağdaki karede BPD 19 mm olan fetal başın yanında şüpheli kistik görünüm.



Şekil 2. 7.5 Mhz vaginal proba çekilen resimde fetal başın arkasında bilobule septalı nuchal kistik higroma görünümü.



Şekil 3. Bir hafta sonraki kontrol ultrasonografisi:Fetüs etrafında generalize cilt ödemi gelişmiş ve kistik higroma sebat ediyor.



Şekil 4. Abort sonrası plasentanın da kistik yapı içeren görünümü.

spesifik bir enfeksiyöz ajan gözlenmedi. Genetik inceleme uygulanmadı.

Tartışma

Fetal kistik higroma lenfatik sistemin konjenital bir malformasyonudur. Tek ya da çoğul sıvı ile dolu kistler şeklinde en çok ense bölgesinde görülür. Boyundaki lenf keseleri ile juguler venler arasında iletişim kanallarının zayıf ve yetersiz gelişimi sonucunda kistik higromalar ortaya çıkar. Tıkanıklığın derecesine bağlı olarak çapları değişir. Kistik higroma nadir bir hastalık olup 1:6000 gebelikte bir görülür (1,2). Genellikle sporadiktir. Bazı olgularda resesif hatta dominant kalıtım da söz konusu olabilir

(4). En önemlisi olguların %75'inin bir kromozom anomaliliği ile birlikte görülmesidir. Olguların en sık 45 X0 Turner sendromu (%33) ile birlikte olmasına karşın Down sendromu (%15), Trizomi 18 (%7), Trizomi 13 (%2) de nadir değildir (3-5). Diğer olgularda da Mendelian anomaliler birlikte (2). Bazı olgularda kistik higromanın in utero olarak gerilediği bildirilmiştir (6). Literatüre göre olguların ancak % 9'u normal karyotipte sağlıklı bebeklerle sonuçlanır. Kalan % 91'i ya sonlandırılır (%89) ya da canlı doğar (%2), fakat çeşitli kromozom anomalilikleri veya malformasyonları vardır. Kötü prognoz belirtileri anormal karyotip, birlikte anomalilerin bulunması, higroma hacminin büyük olması ve septumların bulunmasıdır (7,8).



Şekil 5. Fetüsün patolojik tetkik öncesi resmi.

Hidrops da kötü prognoz belirtisidir ve olguların %60'ında görülür. İyi prognoz belirtileri ise karyotipin normal olarak değerlendirilmesi ve higromanın ikinci trimesterde kendiliğinden geçmesidir. Ancak ikinci trimesterde kistik higromanın spontan gerilemesi, hastalıkla birlikte görülebilecek anormal karyotip veya ağır bir konjenital malformasyon ihtimalini ekarte ettirmemektedir. Karyotipi normal olarak saptanan olguların %30'unda da ağır malformasyonlar (kemik, böbrek ve sindirim sistemi) görülmektedir (2-4).

Vaginal ultrasonografik incelemenin gebeliğin erken döneminde pek çok konjenital anomaliyi tespit etmekte etkin bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Kistik higroma ve fetal hidrops erken teşhis ihtimali en fazla olanlarıdır (9). Vaginal ultrasonografik inceleme ile kistik higroma gebeliğin 9 haftasından itibaren tespit edilebilmektedir. Bir diğer çalışmada 17 haftadan küçük gebeliklerde fetal ense bölgesindeki sıvı ile kromozom anomalisi riski şöyle bildirilmiştir: Lokalize nuchal sıvı %12, diffüz nuchal sıvı %23, kistik higroma % 50, fetal hidrops %78. Lokalize veya diffüz nuchal sıvıda sıvı derinliğinin 5 mm den fazla olmasının kromozomal anomallik ihtimalini artırdığı gözlemlenmiştir (10).

Bizim olgumuz ilk defa 12 haftalık gebe iken saptanmış, 13 haftalık iken yapılan tetkikinde 25 mm çaplı septalı

kistler ve jeneralize fetal hidrops ile hastalığın ağır bir formunu göstermiştir. Kombine oral ve vaginal yol ile misoprostol kullanılarak (11) uygulanan tıbbi tahliye işlemi bu nullipar hastada emniyetle gerçekleştirilmiştir.

Yorum

Kistik higroma kromozomal ya da konjenital anomalilerin çok spesifik bulgularından birisidir. Gebeliğin çok erken döneminde ortaya çıkar ve 20. haftadan sonra da kaybolabilir. Bu belirti kaybolmadan teşhisin erken konulması erken dönemde genetik amniosentez yapılması ve gebeliğin riskli gebelik olarak izlenmesi açısından çok önemlidir. 9. haftadan itibaren vaginal ultrasonografi ile teşhis edilebilir. Bu şekilde genetik amniosentez veya tıbbi tahliye dahil tedavi planları erken dönemde yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sciarra JJ. Gynecology and Obstetrics. Lippincott Raven Publishers, 1997.
2. Descamps P, Jourdain O, Paillet C, Toutain A, Guichet A, Pourcelot D, Gold F, Castiel M, Body G. Etiology, prognosis and management of nuchal cystic hygroma: 25 new cases and literature review Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997 Jan;71(1):3-10.
3. Watson WJ, Thorp JM Jr, Seeds JW. Familial cystic hygroma with normal karyotype. Prenat Diagn 1990 Jan;10(1):37-40.
4. Bernard P, Chabaud J, Le Guern H, Le Bris MJ, Boog G. Cystic hygroma of the neck. Antenatal diagnosis, prognostic factors, management. 42 cases J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1991;20(4):487-95.
5. Shulman LP, Emerson DS, Felker RE, Phillips OP, Simpson JL, Elias S. High frequency of cytogenetic abnormalities in fetuses with cystic hygroma diagnosed in the first trimester. Review Obstet Gynecol. 1992 Jul;80(1):80-2.
6. Johnson MP, Johnson A, Holzgreve W, Isada NB, Wapner RJ, Treadwell MC, Heeger S, Evans MI. First-trimester simple hygroma: cause and outcome. Am J Obstet Gynecol 1993 Jan;168(1 Pt 1):156-61.
7. Bronshtein M, Bar-Hava I, Blumenfeld I, Bejar J, Toder V, Blumenfeld Z. The difference between septated and nonseptated nuchal cystic hygroma in the early second trimester. Obstet Gynecol 1993 May;81(5 (Pt 1)):683-7
8. Rosati P, Guariglia L. Early prognostic ultrasonographic indices in pregnancy with fetal cystic hygroma Minerva Ginecol 1997 Dec;49(12):541-4.
9. Guariglia L, Rosati P. Transvaginal sonographic detection of embryonic-fetal abnormalities in early pregnancy. Obstet Gynecol 2000 Sep;96(3):328-32.
10. Wilson RD, Venir N, Farquharson DF. Fetal nuchal fluid--physiological or pathological?--In pregnancies less than 17 menstrual weeks. Prenat Diagn 1992 Sep;12(9):755-63.
11. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. Obstet Gynecol May 1997; 89 (5 Pt 1): 768-72.

Geliş Tarihi: 11.01.2001

Yazışma Adresi: Dr.Bülent POTUR

Devlet Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, KIRIKKALE

bpotur@veezy.com