

Torbiele jajnika wykrywane prenatalnie u płodu – postępowanie i rokowanie

Prenatally reported fetal ovarian cysts – treatment and prognosis

Rozmus-Warcholińska Wioletta¹, Włoch Agata¹, Czuba Bartosz¹, Koszutski Tomasz², Sadowski Krzysztof¹, Skrzypulec Wioletta¹

¹ Katedra Zdrowia Kobiety Wydziału Opieki Zdrowotnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Klinika Chirurgii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

W pracy przedstawiono opis 6 przypadków prenatalnie rozpoznanych torbieli jajnika, postępowanie w trakcie ciąży oraz po porodzie. W żadnym przypadku nie stosowano terapii inwazyjnej u płodu. Większość torbieli zresorbowała się samoistnie (w 1 przypadku obserwowano pęknięcie cysty u płodu), tylko w jednym przypadku wymagane było wykonanie laparoskopii u dziewczynki po porodzie.

Słowa kluczowe: **torbiele jajnika / diagnostyka prenatalna /**

Summary

We present 6 case reports of ovarian cysts, diagnosed in the prenatal and postnatal period, as well as treatment. There was no need for invasive prenatal therapy in any of the reported fetuses. Most of the cysts disappeared spontaneously (in one case uncomplicated cyst rupture in fetus have been observed), only in one case laparoscopy was performed after birth.

Key words: **ovarian cysts / prenatal diagnosis /**

Adres do korespondencji:

Wioletta Rozmus-Warcholińska
Katedra Zdrowia Kobiety
Wydział Opieki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków, 10, 40-752 Katowice
tel: 032-2088730

Otrzymano: 30.07.2008

Zaakceptowano do druku: 10.09.2008

Wstęp

Według literatury 5% wszystkich guzów u płodów żeńskich to guzy jajnika. Około 85% z nich to torbiele (pochodzenia folikularnego lub lutealnego), 12% to potworniaki i torbiellogruczolaki, jedynie 3% stanowią raki [1].

U około 38% może dojść do skręcenia torbieli przed porodem. Pojawiają się zazwyczaj w trzecim trymestrze ciąży, zazwyczaj nie wymagają stosowania terapii inwazyjnej.

Opis przypadków

W latach 2007-2008 w Oddziale Klinicznym Położnictwa i Ginekologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Rudzie Śląskiej zostało wykrytych prenatalnie 6 przypadków torbieli jajnika u płodów żeńskich. Rozpoznanie miało miejsce w trzecim trymestrze ciąży. Wywiad rodzinny i medyczny we wszystkich przypadkach był negatywny. W żadnym przypadku nie stwierdzono innych wad płodu, ani komplikacji pod postacią skrętu torbieli jajnika. Rozwój płodu we wszystkich przypadkach był w normie. U dwóch pacjentek w trakcie obserwacji struktura torbielowata z hipoechogeniczną zmieniała echogeniczność na hiperechogeniczną.

U żadnego z płodów nie wykonywano nakłucia torbieli. W 1 przypadku torbiel samoistnie pękła w 34 tygodniu ciąży bez ujemnych następstw klinicznych dla płodu. Samoistną regresję torbieli stwierdzono w 2 przypadkach przed porodem, w 1 przypadku po porodzie. W 1 przypadku po porodzie leczenie laparoskopowe torbieli było zastosowane ze względu na powiększanie się zmiany u noworodka.

W tabeli 1 oraz na rycinach 1-4 przedstawiono dane kliniczne z analizy poszczególnych przypadków torbieli jajnika. U noworodków przeprowadzono badanie USG jamy brzusznej, a następnie przekazano noworodki pod opiekę Poradni Chirurgii Dziecięcej w Katowicach.

Dyskusja

Uważa się, że przyczyną powstawania torbieli jajnika jest stymulacja jajnika płodu zarówno przez łożyskową gonadotropinę kosmówkową jak i matczyne estrogeny. Prawdopodobnie dlatego większość z nich to łagodne cysty folikularne lub czynnościowe tekalutealne. Spadek poziomu działających na dziewczynkę hormonów po porodzie prowadzi najczęściej do samoistnego wchłonięcia się cysty. Opisano również związek zaobserwowanych zmian z cukrzycą i niedoczynnością tarczycy u ciężarnej [1, 2].

Torbiele jajnika u płodu powstają zazwyczaj dopiero w momencie, gdy gonada jest odpowiednio dojrzała do odpowiedzi na stymulację hormonami, dlatego rozpoznanie ma miejsce w drugim lub trzecim trymestrze.

Rozpoznanie torbieli jajnika u płodu jest często przypadkowe, są to zmiany zazwyczaj jednostronne o średnicy 3-5cm. W badaniu ultrasonograficznym struktura cysty jest najczęściej hipoechogeniczna z niewielką ilością naczyń ułożonych obwodowo, nie obserwuje się również perystaltyki obserwowanej zmiany. Żeby rozpoznać torbiel jajnika, jej wielkość powinna przekraczać 2cm. Należy ponadto uwidocznąć w tej okolicy pęcherz moczowy otoczony przez dwie tętnice pępowinowe. Torbiele jajnika są umiejscowione powyżej pęcherza moczowego oraz poniżej żołądka i pęcherzyka żółciowego. Opiswany jest również objaw „cysty córki” w obrębie torbieli, który ma świadczyć o pochodzeniu jajnikowym zmiany. Objaw ten polega na obecności dodatkowej małej przetrzeni echoujemnej w obrębie badanej zmiany [3, 4].

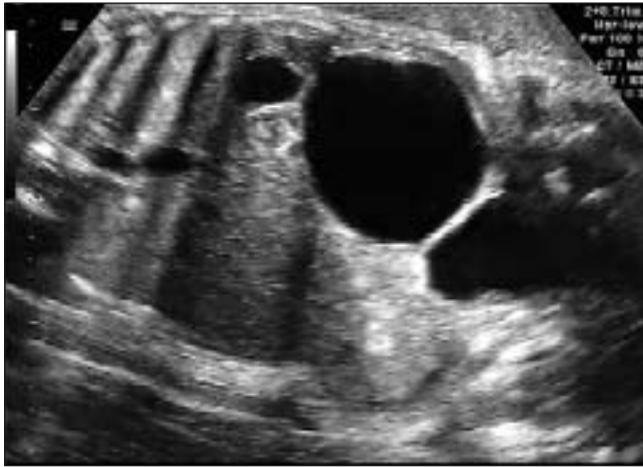
Zarówno w życiu pre- jak i postnatalnym mogą pojawić się powikłania w postaci skrętu, krwotoku lub pęknięcia cysty.

W naszym materiale stwierdzono pęknięcie cysty w 1 przypadku. Zazwyczaj w okresie płodowym zmiany te przebiegają bezobjawowo, natomiast u noworodków mogą prowadzić do większych komplikacji, a nawet do zniszczenia i utraty jajnika.

Tabela 1. Dane kliniczne 6 przypadków płodów z rozpoznaną torbielą jajnika.

	Przypadek 1	Przypadek 2	Przypadek 3	Przypadek 4	Przypadek 5	Przypadek 6
	CI PI 28TC	CII PI 32TC	CII PII 29 TC	CI PI 24TC	CII PII 30TC	CI PI 35TC
Rozpoznanie	Hipoechogenna torbiel	Hipoechogenna torbiel (po 35 tyg. hiperechogenna)	Hipoechogenna (przegrody w obrębie cysty)	Hipoechogenna (samoistne pęknięcie)	Hipoechogenna	Hiperechogenna
Wielkość torbieli	3x3,4 cm	4x4,5 cm	3,5x3 cm	3,2x4 cm	3x2 cm	3,2x4 cm
Skręt torbieli	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Nakłucie torbieli u płodu	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Wady towarzyszące	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Inwolucja torbieli	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Postępowanie po porodzie	Nie	Laparoskopia	Nie	Nie	Nie	Nie

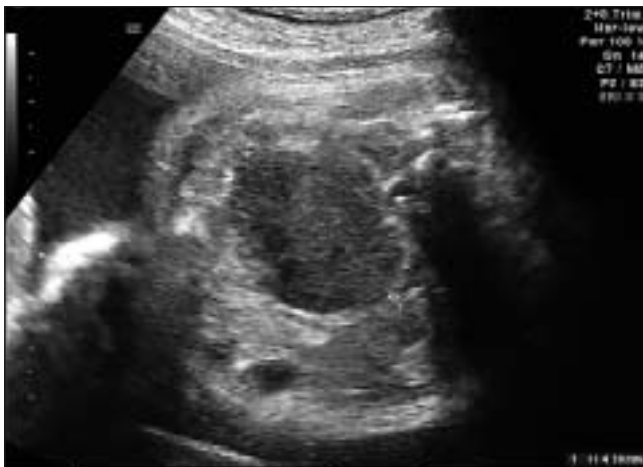
Torbiele jajnika wykrywane prenatalnie u płodu



Rycina 1. Obraz torbieli jajnika w 36 t.c.



Rycina 3. Torbiel jajnika w 30 t.c.



Rycina 2. Hiperechogeniczna torbiel jajnika w 32 t.c.



Rycina 4. Hiperechogeniczna torbiel jajnika w obrębie miednicy mniejszej w 36 t.c.

W diagnostyce ultrasonograficznej można rozróżnić cechy torbieli mogącej ulec powikłaniom. Są to: mieszane heterogenne echo, pogrubiałe ściany z osadem, poziomy płynów, przegrody oraz wolno zawieszony struktury zmieniające ułożenie po poruszeniu zmianą, jak również brak przepływów w trakcie badania metodą Dopplera. Takie obserwacje mogą nasuwać podejrzenie skrętu torbieli. Opisywano również tachykardię u płodu jako wynik skręcania się torbieli jak też samoistne wyłuszczenie lub pęknięcie cysty [5].

Do innych objawów mogących świadczyć o powikłaniach należą objawy ucisku na układ pokarmowy. W literaturze opisywano przypadki wielowodzia oraz wolnego płynu w jamie brzusznej w wyniku przesięku lub pęknięcia zmiany [6].

W opisywanym przez nas przypadku pękniętej torbieli nie rejestrowano powikłań u płodu. W przypadku krwawienia do cysty można zaobserwować cechy anemizacji u płodu w postaci przyspieszenia maksymalnej prędkości przepływu w tętnicy środkowej mózgu [7].

W diagnostyce różnicowej torbieli jajnika należy brać pod uwagę m.in.: zdwojenia układu pokarmowego, torbiele krezki, torbiel moczownika, zastój w obrębie układu moczowego, *hydrometrocolpos*, przedni guz okolicy krzyżowo-guzicznej, czy potworniak jajnika.

W grupie 52 torbieli jajnika obserwowanych przez Perrotti- większość uległa resorpcji przed porodem. Żadna z torbieli nie uległa powikłaniom w trakcie życia płodowego, natomiast wiele uległo skrętowi po porodzie a 56% z przetrwałych cyst wymagało interwencji chirurgicznej. Wszystkie cysty były torbielami pęcherzykowymi lub tekalutealnymi [7, 8, 9].

Aspiracja torbieli u płodu nie jest zalecanym rutynowym postępowaniem i powinna być wykonywana jedynie w wybranych przypadkach [1, 9]. W przypadku torbieli o wymiarach poniżej 40mm zmiany ulegają najczęściej samoistnej resorpcji, natomiast cysty o średnicy powyżej 50mm częściej mogą ulegać skrętowi i powikłaniom.

Rozmus-Warcholińska W, et al.

Torbiele jajnika są zmianami izolowanymi w 81% przypadków. Wśród wad towarzyszących opisywano przypadki: zwężenie odźwiernika, wodogłowie, agenezję ciała modzelewatego. W materiale 38 płodów z powikłanymi torbielami jajnika u 44% opisywano zmiany czynnościowe w obrębie serca pod postacią przerostu mięśnia sercowego, wysięku w worku osierdziowym, niedomykalności zastawki trójdziałnej oraz dysproporcji serca [11].

W metaanalizie 420 przypadków z bazy Medline w 50% doszło do samoistnej resorpcji torbieli, 35% cyst było powikłanych skrętem torbieli lub krwawieniem do wewnątrz zmiany, a leczenie operacyjne przeprowadzono u 41% noworodków. Torbiele o średnicy poniżej 50mm ulegały samoistnemu wchłonięciu w 98% przypadków, natomiast cysty większe łączyły się częściej z występowaniem powikłań. Wraz z rozwojem diagnostyki prenatalnej coraz rzadziej podejmowana jest decyzja o punkcji torbieli na rzecz postępowania zachowawczego [12].

Wnioski

Torbiele jajnika u płodu zazwyczaj nie powodują powikłań w trakcie ciąży i rzadko są wskazaniem do terapii inwazyjnej w trakcie ciąży. Pojawiają się najczęściej w drugim lub trzecim trymestrze ciąży.

Torbiele jajnika wymagają różnicowania z innymi zmianami w obrębie miednicy mniejszej wywodzącymi się z układu moczowego lub przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo

1. Heling K, Chaoui R, Kirchmair F, [et al.]. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002, 20, 47-50.
2. Strickland J. Ovarian cysts in neonates, children and adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002, 14, 459-465.
3. Meizner J, Levy A, Katz M, [et al.]. Fetal ovarian cysts: prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1991, 164, 874-878.
4. Quarello E, Gorincourt G, Merrot T. The 'daughter cyst sign': a sonographic clue to the diagnosis of fetal ovarian cyst. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003, 22, 433-434.
5. Mas M, Fontes J, Salcedo J. Ultrasonographic diagnosis of a twisted fetal ovarian cyst in utero. *Int J Gynecol Obstet.* 1996, 52, 185-186.
6. Degani S, Lewinsky R. Transient ascites with fetal ovarian cyst. *Fetal Diagn Ther.* 1995, 10, 200-203.
7. Abolmakarem H, Tharmaratnum S, Thilagnathan B. Fetal anemia as a consequence of hemorrhage into an ovarian cyst. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001, 17, 527-528.
8. Brandt M. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. *J Pediatr Surg.* 1991, 26, 276-281.
9. Perrotin F, Potin J, Haddad G, [et al.]. Fetal ovarian cysts: a report of three cases managed by intrauterine aspiration. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000, 16, 655-659.
10. Słodki M, Janiak K, Respondek-Liberska M, [et al.]. Sonography in fetal ovarian cysts. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007, 30, 547-552.
11. Respondek-Liberska M, Janiak K, Słodki M, [et al.]. Fetal echocardiography in ovarian cysts. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007, 30, 597.
12. Słodki M, Respondek-Liberska M. Fetal ovarian cysts – 420 cases from literature – meta-analysis 1984-2005. *Ginekol. Pol.* 2007, 78, 324-328.

Praca zgłoszona na Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Od pokwitania do przekwitania”, Katowice, 17-18.10.2008 r.