

6

56. ÉVFOLYAM 6. SZÁM

1993. NOVEMBER

ISSN 0025—021X

MAGYAR
NŐORVOSOK
LAPJA



Különnyomat

PRENATÁLIS DIAGNOSZTIKA

Magyar Nőorvosok Lapja 56, 395 — 397 (1993).

Magzati petefészek cysták ultrahang-diagnosztikája és terápiája

MAJOR TAMÁS DR., TÓTH ZOLTÁN DR.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája
(igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye*

Összefoglalás: A szerzők a DOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1986 és 1992 között rutin ultrahangszűrés kapcsán nyolc esetben diagnosztizáltak magzati petefészek cystát. Gondos ultrahang-ellenőrzést és terhesgondozást követően mind a nyolc esetben terminusban hüvelyi szülés zajlott le. Irodalmi adatok és saját tapasztalataik alapján intrauterin diagnosztizált ovarális cysta esetén rendszeres ellenőrzések melletti várakozást javasolnak. Sebészeti beavatkozás, csak alapos megfontolást követően, szövődményes esetekben szükséges.

Kulcsszavak: petefészek cysta, prenatális diagnosztika

Az ultrahang diagnosztika fejlődésével mind finomabb részletek válnak ismertté a magzati diagnosztika terén. Rutin ultrahangszűrés kapcsán ugyanakkor ritkán diagnosztizálunk magzati petefészek tömlőt, holott kisebb cysták az újszülöttkorban gyakran előfordulnak. De Sa 1 mm-nél nagyobb átmérőjű folliculáris cystát perinatális korban elhaltak több mint 30%-ban írt le [1]. A cysták többségének nincs klinikai jelentősége, azonban a nagyobbak hasi terime formájában jelentkeznek és számos szövődményt (respirációs distress, ileus, kocsánycsavarodás, ruptura stb.) okozhatnak. Keletkezésük oka nem pontosan ismert, de az anyai ösztrogének, a magzati gonadotrop hormonok, és a lepényi choriális gonadotropin magzati petefészekre kifejtett stimuláló hatásának minden bizonnyal szerepe van. Gyakrabban fordul elő toxæmia és cukorbetegség kapcsán.

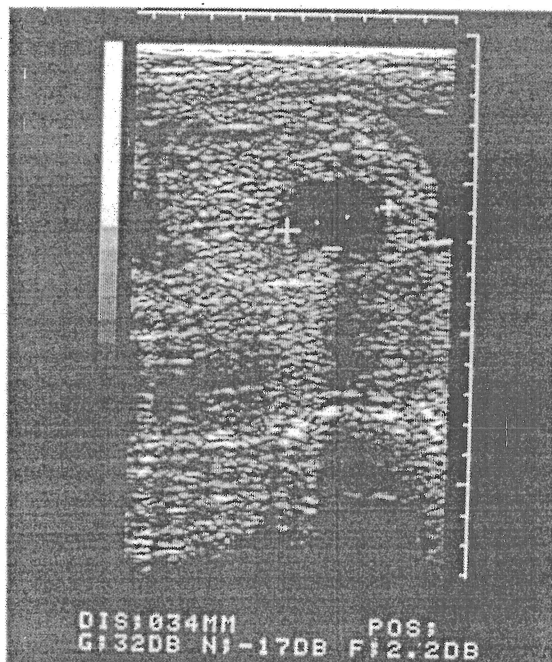
Anyag és módszer

A DOTE Női Klinikán a terhesgondozás keretében végzett rutin ultrahangszűrés kapcsán észlelt magzati hasi cystózus elváltozások közül a petefészek cystákat vizsgáltuk. A petefészek cysta diagnózisának felállításakor kíváncsi volt a magzat nemének meghatározása, normális felépítésű és működésű húgyúti és gastrointestinális rendszer ábrázolása. Vizsgálatainkat Picker LS 5000 UH készülékkel, 3,5

MHz transzducerrel végeztük. A terhességi kortól, a cysta nagyságától, szerkezetétől függően 2, ill. 4 hetente kontroll UH-vizsgálat történt. A megszületést követően 24 órán belül, illetve a második, ill. a hatodik hét végén ismételt ultrahangvizsgálatot végeztünk.

Eredmények

1986 és 1992 között a DOTE Női Klinikán 8 esetben diagnosztizáltunk magzati petefészek



1. ábra. Tipikus, echomentes magzati petefészek cysta—27 hetes terhesség

*Dr. Lampé László professzor intézetvezetői kinevezésének 20. évfordulójára ajánlott közlemény

cystát rutin ultrahangszűrés kapcsán. A diagnózis felállításakor az átlagos gestációs kor 32,1 hét (27—38 hét) volt. A terhességek egyéb szempontból patológiamentesek voltak. A lényeges klinikai adatokat és az ultrahang nyomkövetés eredményét I. táblázatunkban tüntettük fel.

I. táblázat

Prenatálisan diagnosztizált petefészek cysták klinikai adatai, ultrahang nyomon követése

Sor-szám	Év	Terhességi kor diagnózis-kor	Cysta mérete mm	Szülés utáni UH-vizsgálat és nyomon követés
1.	1986	27	22x27	cysta nem mutatható ki
2.	1987	38	46x31 septumot is tartalmaz	48x38 mm-es szeptált cysta, tapintható hasi terime
3.	1988	34	48x45	29x13 mm 2. hét: cysta nem mutatható ki
4.	1989	35	24x25	cysta nem mutatható ki
5.	1989	28	39x37	25x10 mm 2. hét: 15x10 mm 6. hét: cysta nem mutatható ki
6.	1989	37	50x50	38x40 mm 6. hét: 15x10 mm
7.	1990	31	42x36	42x40 mm 2. hét: 35x20 mm 8. hét: cysta nem mutatható ki
8.	1991	30	46x44	30x40 mm 6. hét: cysta nem mutatható ki

A cysta nagyságát a szülésig rendszeresen ellenőriztük. Egy eset kivételével egyszerű, echómentes tömlő ábrázolódott (1. ábra), míg a 2. esetünknel septumot is tartalmazott a cysta (2. ábra). Az 5. esetünkben a cystát egy gemini „A” magzatban észleltük, míg a „B” fiúmagzat eltérést nem mutatott. Minden esetünkben terminusban spontán hüvelyi szülés történt. Két esetben a szülés után petefészek cystát már nem sikerült kimutatni. Második esetünkben a szülést követően elvégzett ultrahangvizsgálat szeptált, 48x38 mm-es tömlőt igazolt. Klinikai vizsgálattal fájdalomtalan, mobilis hasi terime volt tapintható. A méretbeli növekedés és az ultrahangkép alapján a 3. napon laparotomia és cystakiagyazás történt. *Szöveti diagnózis:* cysta follicularis. Többi esetünkben rendszeres ultrahang- és klinikai ellenőrzéseket végeztünk, ezek során a cysta spontán regresszi-



2. ábra. Septumot is tartalmazó magzati petefészek cysta (2. eset)

óját észleltük. Eseteinkben (kocsánycsavarodás, vérzés, ascites stb.) nem jelentkezett.

II. táblázat

Prenatálisan kimutatható cystikus hasi képletek

Húgyúti Cysta
polycystás vese
multicystás vese
hydronephrosis
Gyomor-bél rendszer cystikus képletei
obstrukció okozta dilatáció
mesenterális cysta
choledochus cysta
Hydrometrokolpos

Megbeszélés

A rutinszerűen elvégzett UH vizsgálat során nemritkán észlelünk a magzat hasában cystózus elváltozásokat. A képlet pontos eredetének meghatározása lényeges, mivel a különböző magzati hasi cysták kezelése és prognózisa jelentősen különbözik. Magzati petefészek cystát ultrahanggal első ízben *Valenti és mtsai* írtak le 1975-ben [2]. Magyarországon 1981-ben jelent meg közlemény szülés előtt ultrahangvizsgálattal felismert magzati hasi cystáról, ami a szülés után elvégzett műtét során petefészek tömlőnek igazolódott [3].

A diagnosztika fejlődésével ma már több mint 250 eset ismert az irodalomból [4,5]. Diagnózisának felállításakor a differenciál-

diagnosztika szempontjából leggyakrabban szöbajövő kórképeket a II. táblázatban tüntetjük fel.

Primordiális tüszők a magzati petefészekben a 20. terhességi héttől kimutathatók. A szokásosnál erősebb hormonális stimulációnak (amely lehet anyai, magzati vagy lepényi eredetű), esetleg a magzati petefészek megváltozott érzékenységének lehet eredménye a cysták kialakulása.

A létrejött petefészek cysták prognózisa kedvező. Saját tapasztalataink is alátámasztják, hogy a terhesség vége felé, illetve az újszülöttkorban hajlamosak a spontán regresszióra. Ennek kézenfekvő magyarázata, hogy születés után a hormonszint hirtelen csökken, kiesik az anyai ösztrogének és a lepényi eredetű gonadotropinok stimuláló hatása. Ehhez társul még az a tény, hogy az újszülöttben igen alacsony ösztrogénszint elegendő az FSH-termelés visszaszorítására.

Az esetek 10%-ában polyhydramnion észlelhető, azonban ennél lényegesebb, hogy a nagyobb cysták számos szövődmény forrásai lehetnek: respirációs distress [6], ascites, bélezáródás [7], kocsánycsavarodás, necrosis. Ezeknek a szövődményeknek a megelőzését kívánta szolgálni a kezdeti időkből gyakran alkalmazott sebészi kezelés. Ma már egyértelmű, hogy a kisméretű (4 cm) tömlők különösebb kockázat nélkül obszerválhatók [4, 8]. Ha a cysta mérete, vagy szövődmény teszi szükségessé a beavatkozást, az lehet: prenatális UH-vezérelt transabdominális punkció [9], újszülöttkorban punkció, illetve laparotomia [7, 10]. Amennyiben laparotomia történik, feltétlenül törekedni kell az ovariumok konzerválására, minél több ép petefészekállomány visszahagyására.

Irodalom

1. De Sa DJ. Follicular ovarian cysts in stillbirths and neonates. Arch Dis Child 1975; 50: 45.
2. Valenti C, Kassner EG, Yermakow V et al. Antenatal

diagnosis of a fetal ovarian cyst. Am J Obst Gyn 1975; 15: 216.

3. Thurzó L, Németh P, Füzesi K. Szülés előtt ultrahangvizsgálattal felismert magzati hasi cysta. Orv Hetil 1981; 122: 1461.
4. Brandt ML, Luks FI, Filiatural D et al. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. J Pediatr Surg 1991; 26:276.
5. Croitoru DP, Aaron LE, Laberge JM et al. Management of complex ovarian cysts presenting in the first year of life. J Pediatr Surg 1991; 26:1366.
6. Vyas ID, Variend S, Dickson JA. Ruptured ovarian cyst as a cause of ascites in a newborn infant. Z Kinderchir 1984; 39: 143.
7. Holzgreve W, Winde B, Willital GH, Beller FK. Prenatal diagnosis and perinatal management of a fetal ovarian cyst. Prenat Diagn 1985; 5: 155.
8. Kis É, Verebély T, Balogh L, Szolnoki J. Újszülöttkori hasi cystosus elváltozások spontán regressziójának követése ultrahang vizsgálattal. Orv Hetil 1990; 131: 2743.
9. Giorlandino C, Rivosecchi M, Vilancioni E et al. Successful intrauterine therapy of a large fetal ovarian cyst. Prenat Diagn 1990; 10: 473.
10. Szigetvári I, Intódy Zs, Kontor E, Szebeni Á. Amagzatban ultrahangvizsgálattal intrauterin felismert petefészek cysta esete. Magyar Radiol 1983; 57: 111.

Major T, Tóth Z. *Fetal ovarian cysts: ultrasound diagnosis and therapy*

The authors present eight cases of prenatally diagnosed fetal ovarian cysts, identified during routine ultrasound screening in pregnancy. Based on personal experiences and literary data a review is given on the diagnosis and management policy. In cases of uncomplicated cysts the choice of treatment is to wait for the cyst to resolve under periodic ultrasound follow-up. Surgical treatment is indicated only in selected cases.

Key-words: ovarian cyst, prenatal diagnosis

Közlésre érkezett: 1993. március 30.