



## BENİGN ADNEKSİYEL KİTLELERDE TANI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

### APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENİGN ADNEXIAL MASSES

Fuat AKERCAN

Teksin ÇIRPAN

Pınar SOLMAZ YILDIZ

Serdar ÖZŞENER

Nedim KARADADAŞ

Mustafa ULUKUŞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

**Anahtar sözcükler** : Adneksiyel kitle, CA125, Ultrasonografi**Key Words** : Adnexial masses, CA125, Ultrasonography

#### ÖZET

Adneksiyel kitlelere jinekoloji pratiğinde oldukça sık rastlanılmaktadır. Takip ve tedavilerinin uygun biçimde yapılabilmesi için başta benign/malign ayrımı olmak üzere kitlelerin karakteristikleri ve yönetiminin çok iyi bilinmesi zorunludur. Bu retrospektif çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2002/2003 yıllarında opere edilen ve histopatolojik incelemede benign karakterde olduğu saptanmış adneksiyel kitle tanılı toplam 80 hastanın anamnez, fizik muayene, transvajinal ultrason (TV USG), küretaj ve CA 125 sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Benign karakterli adneksiyel kitlelerde özenli bir öykü alımı, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve TV USG bir arada kullanıldığında oldukça yüksek güvenilirliğe sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

#### SUMMARY

*Adnexial masses are commonly seen in gynecology practice. The management should be made according to the differentiation of the characteristics of the masses. Totaly 80 cases that the operation were performed at Ege University Faculty of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology investigated in years 2002/2003 with benign histology in this retrospective study. The aim of the study was the evaluation of the history, physical examination, transvaginal ultrasound, curettage and CA 125 levels of the patients.*

#### GİRİŞ

Adneksiyel alan, lateralde pelvis yan duvarı ile medialde uterus kornları arasında kalan anatomik bölgedir. Anatomik olarak fallop tüpleri, ligamentum rotundum, overler, ligamentum latum, mezosalpinks ile bunlara ait embriyolojik artıkları kapsar. Ancak adneksiyel kitle denildiğinde ilk akla gelen, overe ait kitle lezyonları ve sıklıkla da neoplazileridir. Fakat fonksiyonel kistler, inflamatuvar kitleler, endometriozis ya da dış gebelik olasılığı daima akılda tutulmalıdır.

Malign epitelyal over tümörleri en sık 50 yaş üzeri kadınlarda görülür. Yedinci dekatta pik yapar. Beş yıllık yaşam beklentisi %30-40 civarındadır. Bu tip tümörlerde genel toplum taraması yapılması önemlidir. Tarama amacıyla tümör belirleyicilerden özellikle CA-125 kullanılır. Yaş ve ırk, riski etkileyen faktörler arasındadır. Nulliparite, infertilite, genetik yatkınlık, meme ve endometrium kanseri öyküsü de riski arttıran faktörler arasındadır.

Fizik muayene sırasında pelviste palpe edilen kitle overlere, uterusu, tubalara, barsaklara ya da üriner sisteme ait olabilir. Bu nedenle hasta sistematik olarak (anamnez, muayene, USG, BT, MRI, tümör belirteçleri,

hormonal tetkikler, biyopsi ve gerekirse operasyon patoloji sonucu ile) değerlendirilmelidir (1).

Menarş öncesinde ve postmenopozal dönemde palpe edilen kitlenin malign olma riski çok yüksek olduğu için hastanın yaşı önemlidir. Üreme çağındaki kadınlarda tespit edilen kitlelerin çoğunluğu benign karakterdedir. Over tümörleri belirti verme açısından diğer organlara göre daha sessizdir. Belli başlı yakınmalar ise karın ağrısı, karında şişlik, adet düzensizlikleri, gastrointestinal sistem ve üriner sisteme ait bası semptomları olabilir. Adet düzensizliği yapan over tümörleri genellikle korpus luteum kisti, follikül kisti gibi fonksiyonel veya neoplastik olmayan kitlelerdir. Daha az sıklıkla granüloza hücreli tümör, sertoli leydig hücreli tümör gibi tümörler de adet düzensizliği yapabilir. Bu tümörler postmenopozal dönemde vaginal kanamaya yol açabilirler. Androjen salgılayan tümörler ise kıllanma, kliteromegali, ses kalınlaşması gibi virilizasyon belirtileri ile karşımıza çıkabilirler.

Pelvik muayenede kitlenin lokalizasyonu, büyüklüğü, şekli, kistik ya da solid kıvamda oluşu, hareketli ya da fiks oluşu, hassasiyetin tek ya da iki taraflı oluşu ve birlikte asit varlığı gibi özellikler belirlenmelidir. Kitlenin 5 cm'den küçük ya da büyük olması, benign veya malign olma olasılığı açısından önemlidir. Benign lezyonlar daha çok mobil olma eğiliminde olup, çevre dokuyla iltisaklı değildir. Unilateral lezyonların benign, bilateral lezyonların ise malign olma olasılığı yüksektir. Asit varlığına sıklıkla malign patolojilerde rastlanır.

Başlıca tanı yöntemlerinden biri USG' dir. USG ile kitlenin overe ait olup olmadığı, büyüklüğü, şekli ve sınırları, kistik veya solid olup olmadığı saptanabilir. Doppler USG ile kitlenin vaskülarizasyonu ve kanlanma düzeyi incelenir. Basit kistlerde kanlanmada artışı gözlenmez. Bu şekilde benign karakterli kitlelerin maligniteden ayrımı da yapılabileceği için, tedavi yaklaşımının belirlenmesinde önem taşımaktadır (2). BT ve MRI daha ayrıntılı bilgi verebilir fakat uygulanmaları daha zahmetli ve pahalıdır (3).

İnsan Koriyonik Gonadotropini (hCG), Alfa fetoprotein (AFP) ve CA-125 tetkikleri, ayırıcı tanı bakımından önemlidir (1). CA-125, epiteliyal over kanserlerinin % 80'inde yüksek bulunmuştur. Buna karşın gebelik, endometriozis, salpenjitisi, tuboovaryan abse, tüberküloz ve aşırı sigara içme gibi durumlarda da yükselebilmektedir. Bu nedenle CA-125'in serum düzeyi ölçümünün malignite riskini belirlemek için sensitivitesi oldukça yüksek olmakla birlikte, spesifitesi oldukça düşük olduğu söylenebilir (4). Kesin tanı operasyon materyalinin histopatolojik incelemesi ile konulur.

## MATERYAL- METOD

Çalışmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2002/2003 yıllarında opere olan ve histopatolojik olarak benign adneksiyel kitle saptanan toplam 80 hasta dahil edilmiştir. Hasta bilgileri retrospektif olarak hasta dosyalarının taranması sonucu elde edilmiştir. Sonuçların istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 10.0 istatistik programı ile yapıldı, yüzdeler ki-kare test ile karşılaştırıldı,  $p < 0,05$  olan değerler anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya toplam 80 hasta dahil edildi. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı yapıldığında; 5'si 20 yaşından küçük (%6,25), 66'sı 20 ila 50 yaş arasında (%82,50), 9'u 50 yaşından büyük (%11,25) idi, (tablo-1). Ağrı en sık rastlanan başvuru sebebi (39, %48,75) olup sıklıkla kasık ağrısı şeklinde idi; bunu vajinal kanama (20, %25,00) ve karın şişliği (10, %12,50) yakınmaları takip ediyordu; onbir (%13,75) hastada ise polikliniğimizdeki rutin kontrolleri esnasında adneksiyel kitle saptanmıştı (tablo-2). Vajinal tuşe ile olguların 48'inde (%60,00) 5 cm'den büyük adneksiyel kitle saptanmıştır. Otuziki olguda ise kitle 5 cm'in altında olarak değerlendirilmiştir (%40,00), (tablo-3). Yapılan transvaginal USG'de ise kitlelerin %46,25'i (37 olgu) 5 cm'in altında iken, %53,75'i (43 olgu) 5 cm'in üzerinde saptanmıştır, (tablo-3). Otuzbeş hastaya laparotomi, kırkbeş hastaya ise ek jinekopatolojiler nedeniyle (myoma uteri vb) laparotomi uygulandı. Batın gözleminde 5 cm'den büyük kitle oranı %51,25 (41 olgu) ve 5 cm'den küçük kitle oranı ise %48,75 (39 olgu) idi, (tablo-3). Tuşe vajinale, TV USG ve batın gözleminde 5 cm altında ve üstünde olan kitlelerin yüzdeleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı,  $p < 0,05$ . Hastaların 37'sine (%46,25), ek jinekolojik patolojiler nedeniyle, fraksiyone küretaj uygulandı. Tüm hastaların operasyon ve fraksiyone küretaj materyallerinin histopatoloji sonuçları benign olarak geldi. Histopatolojik tanıları endometrioma, dermoid kist, basit kist, teka-lutein kisti, benign seröz kist adenom, paraovaryan kist ve korpus hemorajikum idi. CA-125 düzeyi 34 (%42,50) olguda bakıldı; 15 olgunun sonucu normalden yüksek olarak saptandı.

Tablo 1. Yaş grupları

Hasta yaş grupları	Hasta sayısı	Yüzde(%)
20 yaşından küçük	5	6,25
20-50	66	82,50
50 yaşından büyük	9	11,25
Toplam	80	100,00

**Tablo 2.** Başvuru nedeni

Şikayeti	Hasta sayısı	Yüzde(%)
Ağrı	39	48,75
Vajinal kanama	20	25,00
Karın şişliği	10	12,50
Kontrol	11	13,75
Toplam	80	100,00

**Tablo 3.** Tuşe vajinale, TV USG ve batın gözlemi bulguları (hasta sayısı, yüzde oranları)

Adneksiyel kitlenin büyüklüğü	5 cm> sayı (%)	5 cm< sayı (%)
Tuşe vajinale	32 (40)	48 (60)
TV USG	37 (46,25)	43 (53,75)
Batın gözlemi	39 (48,75)	41 (51,25)

## TARTIŞMA

Adneksiyel kitleler, benign veya malign karakterde olabilirler. Premenopozal dönemde fizyolojik follikül kistleri ve korpus luteum kistleri en sık rastlanan adneksiyel kitleler olmakla birlikte, ektopik gebelik veya adneksiyel torsiyon da hızlı müdahale gerektirmeleri nedeniyle ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gereken durumlardır (5,6). Reprodüktif yaş grubunda endometriomalar, polikistik overler, tuboovarian abse ve benign neoplaziler de göz önünde bulundurulmalıdır. Malign neoplaziler, yaşla birlikte artış gösterirler. Myom ve divertikülit, özellikle postmenopozal dönemde adneksiyel kitleler ile ayırımı yapılması gereken durumlardandır.

CA125 ölçümü, özellikle postmenopozal dönemde adneksiyel kitlenin malign/benign ayırımının yapılması açısından önem taşır (3). Pelvik muayene, tanıda ilk başvurulacak yöntemlerden olmakla birlikte, acil servislerde yapılan pelvik muayenelerin tanı koydurucu değerinin düşük olduğunu bildiren bir yayın mevcuttur (7). Endometrioma söz konusu olduğunda transvajinal ultrasonografinin tek başına, ultrasonografi / CA125 kombinasyonundan daha yüksek tanı değerine sahip olduğu

## KAYNAKLAR

1. Morgan A. Adnexial mass evaluation in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19(3):799-816
2. Guerriero S, Ajossa S, Garau N, Piras B, Paoletti AM, Melis GB. Ultrasonography and color Doppler-based triage for adnexal masses to provide the most appropriate surgical approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Feb;192(2):401-6.
3. Timmerman D, Verrelst H, Collins WP, Bourne TH, Vergote I. Re: Mol et al. Distinguishing the benign and malignant adnexial mass: an external validation of prognostic models. *Gynecol Oncol* 2001;83(1):166-8

bildirilmiştir (8,9). Çocuklarda akut abdominal ağrı durumlarında USG, en değerli tanı yöntemlerindedir. Maligniteden ayırıcı renkli doppler USG'nin faydası büyüktür (2). Solid adneksiyel kitlelerin varlığında MRG ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (10). MRG, adneksiyel kitleleri tanımlamada USG ve doppler USG'e göre daha üstün bir yöntemdir. Malignite için klinik olarak görece düşük risk taşıyan, ancak kompleks sonografik özellikleri bulunan kitlelerde, MRG'dan büyük ölçüde fayda görülebilir (11).

Adneksiyel kitlelerin çoğu benign karakterli olmakla birlikte değerlendirilmede primer amaç, malignitenin ekarte edilmesidir. Laparoskopi, bu amaçla kullanılacak diagnostik ve minimal invaziv bir yöntem olarak önem taşır (12,13). Laparoskopi daha çok, malignite olasılığı düşük olan adneksiyel patolojilerde uygulanır. Eğer rüptür ve kist içeriğinin yayılımı önlenilecekse, 10 cm'den büyük, benign karakterli kistik kitlelerde de uygulanabilir (14,15). Kiel Üniversitesinde 2001 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, ovarian tümörlerin laparoskopik ve laparotomik tedavileri arasında uzun dönem sonuçları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (16). Ancak yine de malignite şüphesi olan durumlarda daha geleneksel bir yaklaşım olan laparotominin seçilmesi tercih edilir (17,18).

Çalışmamızda yer alan adneksiyel kitleli olgular büyük oranda 20-50 yaş gurubundadır. Hastaların değerlendirme sonuçlarına bakıldığında operasyonda batın gözleminde %51,25 oranında 5 cm'den büyük adneksiyel kitle saptanması, kitlenin direkt değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Kitlenin boyutunun değerlendirilebilmesi açısından fizik muayene, USG ve operasyon sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu da adneksiyel kitlelerin değerlendirilmesinde dikkatli bir fizik muayene ve ultrasonografik incelemenin önemine işaret etmektedir. Tümör belirleyici olarak CA-125, malignitelerin yanı sıra benign olaylarda da arttığı için spesifitesi düşüktür. Bu da adneksiyel kitlelerin ayırıcı tanısı için daha farklı bir markerin bulunması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak benign karakterli adneksiyel kitlelerde özenli bir öykü alınması ve fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve TV USG ile bir arada kullanıldığında oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptirler.

4. Davies AP, Jacobs I, Woolas R, Fish A, Oram D. The adnexial mass: benign or malignant? Evaluation of a risk of malignancy index. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100(10):927-31
5. Drake J. Diagnosis and management of the adnexial mass. *Am Fam Physician* 1998;15;57(10):2471-6, 2479-80
6. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexial torsion: can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol* 1994;171(6):1506-10
7. Close RJ, Sachs CJ, Dyne PL. Reliability of bimanual pelvic examinations performed in emergency departments. *West J Med* 2001;175(4):240-4
8. Guerriero S, Mais V, Ajossa S, Paoletti AM, Angiolucci M, Melis GB. Transvaginal ultrasonography combined with CA-125 plasma levels in the diagnosis of endometrioma. *Fertil Steril* 1996;65(2):293-8
9. Guerriero S, Ajossa S, Paoletti AM, Mais V, Angiolucci M, Melis GB. Tumor markers and transvaginal ultrasonography in the diagnosis of endometrioma. *Obstet Gynecol* 1996;88(3):403-7
10. Schmitz-Stolbrink A. Gynecologic origin of acute abdomen in childhood *Radiologe* 1997;37(6):459-63
11. Sohaib SA, Mills TD, Sahdev A, Webb JA, Vantrappen PO, Jacobs IJ, Reznick RH. The role of magnetic resonance imaging and ultrasound in patients with adnexal masses. *Clin Radiol*. 2005 Mar;60(3):340-8.
12. Pejovic T, Nezhat F. Laparoscopic management of adnexial masses, the opportunities and the risks. *Ann N Y Acad Sci* 2001;943:255-68
13. Chapron C, Dubuisson JB, Capella-Allouc S. Salpingo-oophorectomy for adnexial masses. Place and results for operative laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;73(1):43-8
14. Buquet RA, Amato AR, Huang GB, Singla J, Ortiz J, Ortiz OC. Is preoperative selection of patients with cystic adnexial masses essential for laparoscopic treatment? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6(4):477-81
15. Ou CS, Liu YH, Zabriskie V, Rowbotham R. Alternate methods for laparoscopic management of adnexial masses greater than 10 cm in diameter. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001;11(3):125-32
16. Dietrich M, Osmer RG, Grobe G, Zech G, Suren A, Krauss T, Sander H, Fischer G, Kuhn W. Limitations of the evaluation of adnexial masses by its macroscopic aspects, cytology and biopsy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;82(1):57-62
17. Curtin JP. Management of the adnexial mass. *Gynecol Oncol* 1994;55:42-6
18. Argenta PA, Nezhat F. Approaching the adnexial mass in the new millennium. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7(4):455-71