

Laparoskopi Yoluyla Over Kist Aspirasyonu Yapılan Vakaların Değerlendirilmesi

ASSESSMENT OF CASES MANAGED VIA LAPAROSCOPIC OVARIAN CYST ASPIRATION

Dr.Utku ÖZCAN, Dr.Kubilay VİCDAN, Dr.A-Turhan ÇAĞLAR,
Doç.Dr.Oya GÖKMEN, Doc.Dr.Hawa ORAL

Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, ANKARA

ÖZET

İnfertilite kliniğimize değişik endikasyonlarla laparoskopik tetkik için yatırılan ve birlikte over kisti bulunan bir grup hastada, laparoskopi yoluyla kist aspirasyonu yapıldı. Makroskopik olarak benign, unilatéral, unilokuler, düzgün duvarlı, mobil, laparoskop ışığında transluminasyon veren ve 8 cm'den daha küçük olan bu kistlerde aspirasyonun laparotomiye gerek kalmadan yeterli iyileşmeyi sağladığı ve nüks görülmediği tespit edilmekle beraber, histopatolojik tanının konulamamasından dolayı, tek başına bu işlemin tatminkâr olmadığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Over kisti, Laparoskopik aspirasyon

T Klin Jinekoloj Obst 1992,2:139-142

Operatif laparoskopi günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve endikasyonları içinde kalmak koşuluyla çok yararlı sonuçlar sağlamaktadır. Tamam ve tedavi amaçlı operatif laparoskopinin uygulama alanlarından birisi, belirli kriterleri taşıyan over kistlerinin aspirasyonudur. Bu şekilde, birçok vaka da laparotomiye gerek kalmadan over kistlerinin tedavi edilebileceği bildirilmiştir (1,2,4,5,10). Geçirilmiş pelvik operasyonların açıklanamayan infertilitenin nedeni olabileceğine dair yayınlar mevcuttur (3). Bu nedenle özellikle infertil olgularda operatif laparoskopi, atravmatik bir cerrahi teknik olanağı sağlamasından dolayı bazı koşulların varlığında laparotomiye tercih edilebilir.

Gelis Tarihi: 7.10.1991

Kabul Tarihi: 24.10.1991

Yazışma Adresi: Dr.Kubilay VİCDAN
Güvenlik Cad. Alidede. Sok. 23/4
A.Ayrancı - ANKARA

SUMMARY

Aspiration was performed via laparoscopy in a group of patients of ovarian cysts, accepted to infertility department with various indications for laparoscopic examination. Although, it has been concluded that cysts, macroscopically smaller than 8 cm in size, could be sufficiently cured by aspiration and no recurrence was seen, laparoscopic aspiration of ovarian cysts is unsatisfactory alone as the cysts are left without being histologically examined.

KeyWords: Ovarian cyst, Laparoscopic aspiration

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:139-142

miye tercih edilebilir. Tartışmalı olmakla beraber, basit over kistlerinin laparoskopik aspirasyonunun daha iyi bir tıba-over ilişkisi yaratarak fertilitiyi artırabileceği ileri sürülmektedir (4).

Bununla beraber laparoskopi esnasında over kistlerinin aspirasyonu konusunda tam bir fikir birliği yoktur. 1976 yılında Amerikan Jinekolojik Laparoskopistler Birliği'nin (American Association of Gynecologic Laparoscopists) 50 üyesinin bu konudaki görüşleri alınarak yapılan bir araştırmada 43 üyeden elde edilen yanıtlara göre, üyelerin 34'ünün (%79) laparoskopi sırasında over kist aspirasyonu yaptığı, 5'inin (% 11.6) hiç yapmadığı ve 4'ünün (%9) ara sıra yaptığı ya da fikir belirtmediği tespit edilmiştir (5). Bu yanıtlardan elde edilen kişisel görüş ve öneriler doğrultusunda Kleppinger laparoskopik yolla aspire edilebilecek over kistleri için gerekli kriterleri bildirdi (Tablo 1).

Tablo 1. Laparoskopi yoluyla over kist aspirasyonu kriterleri

1. Hasla 35 yaş ve altında olmak
2. Unilateral
3. Uniloküler
4. 48 cm. büyüklükte
5. Yumuşak
6. Mobil
7. Düz-berrak ve ince duvarlı
8. Laparoskopi ışığı altında şeffaf ve transluminasyon veren
9. Genellikle asemptomatik
10. Benign görünüşlü
- 11 Laparoskopiyi yapan kişinin yeterince deneyimli olması

Kaynak: Kleppinger RK: Ovarian cyst fenestration via laparoscopy
 J.Reprod med. 1978;21:1:16.

Bu çalışmada hastanemiz infertilite servisinde değişik endikasyonlarla laparoskopi yapılan ve over kisti bulunan bir grup hastada laparoskopik kist aspirasyonu sonuçlarını araştırdık.

MATERYEL VE METOD

1984-1990 yılları arasında hastanemiz infertilite servisinde çeşitli endikasyonlarla laparoskopi yapılan ve Tablo 1'de özetlenen kriterleri taşıyan over kisti bulunan 55 hastaya laparoskopi yoluyla kist aspirasyonu yapıldı. Laparoskopi endikasyonları, primer infertilite (35), sekonder infertilite (7), pelvik ağrı (3), hirsutizm (3), dismenore (3), tüp ligasyonu isteği (3) ve dış gebelik şüphesi (1) olup aspirasyon sonrası hastalar 3 aydan iki yıla kadar değişen sürelerde izlendi.

SONUÇLAR

Hastaların yaş ortalaması 26.9 (18-37) olup, 35 yaş ve üzerinde 7 hasta mevcuttu. 29 kist sağ ve 26 kist sol överde yerleşmişti. Aspirasyon uygulanan kistlerin hepsi unilateral, uniloküler, mobil, düzgün duvarlı, transluminasyon veren ve makroskopik olarak benign görünüşte olup, 2 vakada 2 cm ve altında, 52 vakada 3-6 cm ve 1 vakada 7 cm büyüklüğünde idi. Aspire edilen kist mayi miktarı 5-150 cc arasında, ortalama 27 cc olarak bulundu. 50 vakada kist mayi berrak, 3 vakada kanlı olup, 2 vaka da ise aspirasyon mayinin sarımsak ve koyu kıvamlı olması üzerine kistik teratom düşünülerek laparotomiye geçildi. Oofektomi yapılan bu vakalarda patolojik tanı sırasıyla benign kistik teratom ve follikül kisti olarak değerlendirildi. Tüm hastalardan alınan kist mayi sitolojik incelemeye gönderildi. 5 tanesinde yetersiz

materyal nedeniyle değerlendirme yapılamazken, 48 vakada atipik hücre tespit edilemedi.

Enfeksiyon riskini azaltmak ve kısmen kist duvarlarının adezyonunu sağlamak amacıyla, aspirasyondan sonra içine 2 cc Batticon solüsyonu verildi.

Laparoskopi sırasında ya da sonrasında hastaların hiçbirisinde komplikasyon görülmedi. Laparotomi yapılan 2 hasta dışındaki 53 hastanın hepsi 1. ve 3. ay sonunda vajinal muayene ve ultrasonografi ile değerlendirildi. Bu hastaların büyük çoğunluğu devam eden infertilite tetkiklerinden dolayı 1 yıla, bir kısmı ise 2 yıla kadar değişen sürelerle izlendi. 3 aydan 2 yıla kadar süren takip döneminde hastaların hiçbirinde yeniden kist oluşumu tespit edilmedi.

TARTIŞMA

Operatif laparoskopi tamamen laparotominin yerini alacak bir uygulama olmamakla beraber endikasyonları giderek genişlemekte ve bazı avantajları beraberinde getirmektedir. Hastanede yatış süresini kısaltması, deneyimli ellerde postoperatif komplikasyonları azaltması, hastaya daha az bir ekonomik yük getirmesi ve kozmetik avantajlarının yanısıra özellikle infertil hastalarda travmatik bir cerrahi yaklaşım sağlanmasıyla batin içi yapışıklıkları en aza indirgenmesi bu yöntemi daha çok kullanılabilir hale getirmektedir (4-6).

Över kistlerinin çoğunun fonksiyonel olup, spontan kaybolacağı ve müdahale etmenin gerekmediğini savunan yazarlara karşın, diğer bir grup bu kistlerin bir kısmının persiste kalacağını ve semptomlara yol açacağını, aynı zamanda hem doktor hem de hasta için belirsizlik yaratacağını ileri sürmektedir (5,10). Bu belirsizliği ortadan kaldırmak, histopatolojik ve sitolojik tanı koymak ve semptomatik vakalarda kesin tedaviyi sağlamak için karşımıza çıkan seçenekler laparotomi ve operatif laparoskopidir.

1978'de Kleppinger'in bildirdiği kriterlere göre; 35 yaş altında genellikle asemptomatik, 4-8 cm büyüklüğünde, unilatéral, uniloküler yumuşak, hareketli, düzgün yüzeyli, ince duvarlı, berrak, laparoskop ışığında transluminasyon veren ve görünüm olarak benign olan över kistleri laparoskopik yolla aspire edilebilir. Bu kriterlerin olmaması durumunda laparoskopistin deneyimi, izlenecek yolu belirleyecektir (5).

Laparoskopik yolla över kistlerinin basit aspirasyonu değişik yazarlar tarafından bildirilmiştir (1,2,7,8,9). Frangenheim fonksiyonel fizyolojik kis-

lerin %60'ının aspirasyon sonrası tekrarlamayacağını bildirdi (1). Senim, kist aspirasyonu yanında kist duvarına açılan bir pencere yoluyla kistin devamlı drenajının sağlanması ve kist duvarından biyopsi yapılmasını önerdi. Bu durumda kistlerin %85 oranında tekrarlamadığını ileri sürdü (2).

Kleppinger aspirasyon, kist duvarından biyopsi ve kist duvarına ufak bir pencere açma yoluyla (fenestration) tedavi ettikleri 54 hastada iki endometrioma vakası dışında nüks olmadığını bildirirken, yalnız kist aspirasyonu yaptıkları 10 vakada ise işlem sonrası 6. ve 12. aylarda olmak üzere 2 nüks görüldüğünü bildirdi. Bunlardan bir tanesi seröz kist ve diğeri follikül kisti idi. Ayrıca bu grupta 2 tanesi teratom ve 2 tanesi papiller seröz adenom olan 4 vakada acil laparotomi yapıldığını rapor etti (5).

1986 yılında I. arşen ve arkadaşları over kistlerinin basit aspirasyonunun daimi drenajı sağlayamadığı ve histopatolojik tanı konulamadığı için tatmin edici olmadığını belirtti (10). Laparoskopik yolla basit kist aspirasyonu ya da laparotomi ile kistin çıkarılmasına karşın tanımladıkları yöntemde, mikroskopik olarak benign, unilaterale, uniloküler, mobil şeffaf ve düzgün duvarlı kistlerde laparotomi ile kist duvarına bir pencere açılmasının (fenestration) atravmatik cerrahi teknikle kistin daimi drenajını sağlayacağı gibi histolojik tanının konulmasını da olanaklı hale getireceğini bildirdiler. Bu yöntemi uyguladıkları 19 hastalarının 4'ünde patolojik tam konulmazken, 1 hastada kazayla bir dermoid kistin açıldığı ve 1 hastada da nüks görüldüğünü saptadılar. Basit aspirasyon yaptıkları 52 hastanın birinde ise 7 ay sonra aynı overde lokalize olan ve metroraji nedeniyle yapılan laparotomi sonrasında kistin patolojik incelemesinde kist içinde küçük bir alanda seröz kist adenokarsinom bulunduğunu rapor ettiler. Sonuç olarak bu hastada laparoskopik yolla aspirasyonla beraber biyopsi yapılsaydı, en azından epiteliyal bir kist olduğunun anlaşılacağını ve gecikmeden laparotomiye alınabileceğini bildirdiler.

Laparoskopik gözlem altında ayırıcı tanıda güçlüklerle karşılaşmak her zaman olasıdır. Multiloküle, external ya da internal uzantıları bulunan kısaca maligniteden şüphelenilen kistlerin yanında, belirli büyüklükteki endometriomalar (3 cm.den büyük) laparotomi ile çıkarılmalıdır (5,6,10). Yine epiteliyal kaynaklı over kistleri (seröz ve müsinöz kistadenom) ile germ hücreli kistlerin en büyük alt grubunu yapan dermoid kistlerde laparotomi seçilecek yöntemdir (5,10).

Epiteliyal kistler yüksek malignite sıklığından ve dermoid kistler ise kist sıvısının peritonda kimyasal irritasyon ve granülomatöz peritonitis yapabilmesinden dolayı laparotomi ile tedavi edilmelidir (5,10). Ancak laparotomi esnasında her zaman benign bir fonksiyonel kistin kistik teratomdan ya da seröz müsinöz kistadenomdan ayrılabilmesi mümkün olmayabilir. Kist sıvısının aspirasyonu sırasında bu durumlardan şüphelenildiğinde hemen laparotomiye geçilmelidir (5).

Bu konuda gündeme gelen diğere bir soru malign over kistlerine laparotomi öncesinde laparoskopik yolla müdahale etmenin prognozu nasıl etkilediğidir. Laparotomi sırasında kazayla rüptüre olan malign over kistlerinin prognoz üzerindeki etkilerini araştıran çeşitli yayınlar mevcuttur. FIGO sınıflamasına göre Stage I ai'deki bir over kanserinin, laparotomi sırasında rüptür olursa Stage I ai'den Stage I aii'ye dönüşebileceği belirtilmiştir (10).

Laparoskopik fenestrasyondan sonra folliküler ve corpus luteum kistlerindeki nüks oranını araştıran bir çalışmada, follikül kistlerinde %2 ve corpus luteum kistlerinde %14'lük bir nüks oranı ile beraber mevcut pelvik adezyonların nüks oranını artırdığı buna karşın işlem sonrası hormonal tedavinin (progesteron veya kombine oral kontraseptif) nüksü engelleyici etkisinin bulunmadığı saptanmıştır (11).

Anesteziye gerek kalmadan over kistlerinin transabdominal yolla ince iğne aspirasyonu ile tedavisini araştıran bir çalışmada bu yöntemin over kistlerinin tedavisinde önerilemeyeceği sonucuna varılmıştır (12).

YORUM

Üreme çağındaki, özellikle infertil hastalarda belirli kriterleri taşıyan over kistlerinin laparoskopik yöntemle aspirasyonu atravmatik bir teknikle yeterli iyileşmeyi sağlamakla beraber, belirli açılardan eksik kalmaktadır.

Makroskopik olarak kistin gerçek yapısını saptamak kesinlik taşımadığı gibi, sadece aspirasyon yoluyla histopatolojik tanının konulamaması ve kist mayinin sitolojik tetkikinde patoloğların karşılaştıkları zorluklar yanında mevcut malignitenin atlanabilme olasılığı bu yöntemin dezavantajlarıdır. Laparoskopik girişimi yapacak kişinin kendisinin ultrasonografik değerlendirmeyi yaparak benignite kriterlerini doğrulaması ve yeterli deneyime sahip olması bu dezavantajları azaltacaktır.

Bizim gözlediğimiz hastalarda nüks görülmesine ve başka herhangi bir sorunla karşılaşılmasına karşın bunun tesadüfi olabileceğini gözönüne alarak tüm kistlerden aspirasyonla beraber biyopsi yapılmasının bu işlemi eksiksiz hale getireceğini belirtmek istiyoruz. Biyopsi ile tamamlanan aspirasyon işleminin özellikle infertilite problemi bulunan hastalarda gereksiz bir laparotomiye önlenmenin yanında kesin tanıyı ve büyük bir oranda da kesin tedaviyi sağlama söz konusu olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Frangenheim H. Laparoscopy and culdoscopy in gynecology. London. Butterworth and co ltd 1972; 109.
2. Semm K. Adas of Gynecologic Laparoscopy and Hysteroscopy. Philadelphia, Saunders 1977; 329.
3. Musich JR, Behnnan SJ. Infertility laparoscopy in perspective: Review of five hundred cases. Am J Obstet Gynecol 1982;143:293.
4. Corson SL. Use of Laparoscope in the infertile patient. Fertility and sterility 1979; 32: 4: 359.
5. Kleppinger RK. Ovarian cyst fenestration via laparoscopy. J ReprodMed 1978; 21: 1: 16.
6. Hassa H. Jinekolojide Laparoskopî. T.C. Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınlan No:54, Sayfa: 253, Eskişehir, 1987.
7. Corson SL, Bolognese RV. Laparoscopy: an overview and results of a large series G Reprod Me4 1972; 9: 148.
8. Rioux JE. Operative Laparoscopy. J Reprod Med 1973; 10: 249.
9. Siegler AM. Trends in Laparoscopy. Am J Obstet Gynecol 1971; 109:794.
10. Larsen JF, Pedersen OD, Gregersen E. Ovarian cyst fenestration via the laparoscope Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65:539.
11. Wilde RLD. Recurrence of functional ovary cysts after Laparoscopic fenestration. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 839.
12. Diernaes E, Rasmussen J, Soerensen T, Hasch E. Ovarian cysts management by puncture. The Lancet 1987; 1084, May.