

Over Kistlerinde Cerrahi; Ama Ne Zaman-Nasıl?

SURGICAL MANAGEMENT IN OVARIAN CYSTS; BUT WHEN AND HOW?

Bülent ÖZÇELİK*, Mehmet YILMAZER*, Cemil KAYA*, Bülent KARALI*, Fırat ORTAÇ**

* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hst. ve Doğum AD, Araştırma Görevlisi,
** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hst. ve Doğum AD, Öğretim Üyesi,
ANKARA

Özet

Overlerden köken alan kistik yapılar, jinekoloji pratiğinde en sık karşılaştığımız problemlerden biridir. Bu yapıların pelvik muayene, ultrasonografi ve CA 125 seviyeleriyle değerlendirilmesi neticesinde kistlerin benign yada malign olabileceği konusunda doğru tahminler yapılabilmektedir. Tüm yaş gruplarında karşılaşılabileceğimiz bu kistlere cerrahi uygulamadan önce spontan regresyon için gereken süreler mutlaka verilmelidir. Basit over kistlerinde malignite ihtimalinin çok düşük olduğu ve bu ihtimalin yaş ve kist boyutu ile orantılı olarak artış gösterebildiği de bilinmektedir.

Belirli süreler boyunca takip edilen ve bu süreler içerisinde spontan rezolüsyona uğramayan ya da komplikasyon gelişen basit kistik yapılar laparotomik ya da laparoskopik olarak çıkartılmalıdır. Yapılacak her türlü cerrahi girişimde overlerin travmaya çok hassas olduğu akılda tutulmalı ve titiz bir cerrahi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ovaryan kist, İzlem, Kist cerrahisi

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:52-58

Summary

Cystic structures originating from ovaries are one of the most common problems in gynecological practice. Whether these structures are benign or malignant can be correctly described by CA 125 levels, ultrasound and pelvic examination. Before surgical management, suitable observation periods for spontaneous resolution must be given to these cystic structures which we could meet in all age groups. Meanwhile, malignant potential is very low in simple ovarian cysts and this risk can be increased corresponding to patient's age and cyst's size.

Benign ovarian cysts which do not regress at the end of the follow-up time or complicated (torsion, rupture etc.) must be removed by laparoscopy or laparotomy. In every kind of surgical approach, we have to know that ovarian tissue is very sensitive to surgical damage and that is why we have to do careful surgical approach.

Key Words: Ovarian cyst, Observation, Cyst surgery

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:52-58

Yıllar boyunca, jinekologların sıkça karşılaştıkları ve çözüm bulmak zorunda kaldıkları en büyük problemlerden biri de benign overyal kistlerdir. Overler, fallop tüpleri ve uterusun ligamentleri ile birlikte uterusun adneksiyal bölgeyi oluşturduğu için overyal patolojiler genellikle adneksiyal patolojiler başlığı altında incelenmektedir. Adneksiyal patolojiler sıklıkla bu yapıardan bir ya da bir kaçını ilgilendiriyor olsa da, zaman zaman non-jinekolojik komşu dokulardan kaynaklanan patolojiler de olaya karışabilmektedir.

Geliş Tarihi: 17.01.2000

Yazışma Adresi: Dr.Bülent ÖZÇELİK
II. Dedeefendi Sok. No:25/12
Kurtuluş, ANKARA

Jinekolojik muayene adneksiyal kitlenin değerlendirilmesinde oldukça pratik bir yöntem olup, tespit edilen kitlenin karakteristiğinin belirlenmesi, takibimize yardımcı olması açısından önemlidir. Muayene sırasında kitlenin lokalizasyonu, boyutu, kıvamı, şekli, mobilitesi, gerginliği, bilateral olup olmadığı ve eşlik eden diğer patolojiler (asit vb.) belirlenmelidir.

Adneksiyal kitlelerde bazı klinik bulgular, kitlenin benign - malign ayrımında bize yol gösterici olmaktadır. Genç yaşlarda, yavaş ilerleyen, asitin iştirak etmediği, düzenli, mobil, kistik ve unilateral kitleler benignite yönünde yorumlanır iken; yaşlı hastalarda, hızlı gelişen, asitin eşlik ettiği, düzensiz, fiks, solid ve bilateral kitleler daha çok malign olma ihtimalini taşımaktadır.

Overyal orjinli non-neoplastik kitleler içerisinde en sık karşılaştığımız yapılar tüm overyal tümörlerinde %10-15'ini teşkil eden dermoid kistler ya da benign kistik teratomlardır. Bu kistler tüm yaş gruplarında görülebilirse de en sık olarak doğurgan çağdaki genç kadınlarda tespit edilmektedir. Bu kistler sebace materyal, kıl, kemik, diş gibi yapıları içermektedir.

İkinci sıklıkla karşılaştığımız kistler ise, fiz-yolojik over kistleri olarak nitelendirdiğimiz basit kistler ya da fonksiyonel korpus luteum kistleridir. Bu kistler follikül rüptüründeki ya da regresyonundaki bir problemden veya kullanılan ovulasyon indüksiyonu ilaçlarından kaynaklanabilmektedir. Normalde 6 cm'nin altında düzgün yüzeyli, mobil ve muayenede hafif gergin olarak hissedilirler. Menstrüel irragularite ile ilişkili olabilecek bu kistlerin içeriği saman renginde akışkan bir sıvıdır. Fizyolojik kistler sıvının absorpsiyonu ile gerileyebileceği gibi spontan rüptür ile de kaybolabilmektedir. Premenopozal dönemde bu tür hastalara konservatif yaklaşılmalı ve 2-3 siklus, aylık rekto- vaginal muayene ile takip edilmelidirler. Fizyolojik kistlerde kombine oral kontraseptifler, hipofiz üzerinden etki ederek overler üzerindeki gonadotropin etkisini azalttıkları ve böylece de kistin regresyonuna yol açtıkları düşüncesi ile takip sırasında alternatif tedavi yöntemi olarak kullanılabilir. Buna karşılık bazı yazarlar fizyolojik kistlerin gerileme oranının östrojen-progesteron tedavisinden etkilenmediğini, hatta kombine oral kontraseptif (KOK) alan hastalarda da ilaca bağlı fizyolojik kistlerin gelişebildiğini ve bu nedenle kistlerin takibinde sadece izlem yapılmasını savunmaktadır (1).

Gebe olmayan hastalarda, korpus luteumun gerilemesindeki bir bozukluktan dolayı korpus luteum kistleri oluşabilmektedir. Bu kistlerin boyutu içerdiği kan miktarına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Büyük kistler rüptüre olup intraperitoneal hemorajiye yol açabilmektedir. Amenore ya da düzensiz kanamalar korpus luteum kistlerinin gelişimine eşlik edebilir. Hassas gebelik testleri ve ultrasonografi bu tür vakaların ektopik gebelik ile ayırımında kullanılabilir.

Teka-lutein kistleri, gestasyonel trofoblastik hastalık ya da gebelikte görülebilen ve overyal kistlerin hCG ile luteinizasyonu neticesinde oluşan bir

diğer benign overyal patolojidir. Multikistik, genellikle bilateral, 15-20 cm'ye kadar genişleyen overler ile karakterize bir durumdur. Genellikle hCG seviyelerindeki düşüş ile beraber spontan regresyon göstermektedirler. Solid bir tümör olan ve gebelikte komplike benign overyal patolojiler içinde sınıflandırılan gebelik luteomasi da akılda bulundurulması gereken bir problemdir. Solid, genellikle unilateral ve geç gebelik döneminde tespit edilen bu tümör de teka-lutein kistleri gibi spontan regresyon göstermektedir.

Düzenli yüzeyli, overlerin genişlemesi ile giden, subkortikal dizilim gösteren çok sayıda follikül kisti içeren polikistik over hastalığı da benign kistik over patolojilerinden biridir. Bu hastalıkta anovulasyona hirsutizm ve obesite de iştirak edebilmektedir. Hormonal status ve USG ayırıcı teşhiste önemlidir.

Endometrial kistler endometriomaya dönüşebilmekte ve oldukça büyük boyutlara erişebilmektedir. Kistin rüptürü ve içeriğinin peritona boşalması ile irritasyon, dens adhezyonlar ve pelvik organ fiksasyonları görülebilmektedir.

Postmenopozal dönemde overler genellikle küçük ve non-palpabldır. Bu dönemde overlerdeki her türlü büyüme ayrıntılı değerlendirme gerektirir. Overyal neoplazilerde semptomlar genellikle boyutuna, büyüme oranına ve pelvis yada abdomendeki pozisyonuna bağlıdır. Semptomlar müphem dolgunluk ya da kitle basıncına bağlı rahatsızlık şeklinde görülebilir. Pelvis dışına taşan büyük kitleler abdominal genişlemeye, alt ekstremité varislerine ve ödeme neden olabilir. Çoğu neoplaziler hayati organlarda disfonksiyona yol açmaya kadar fark edilmeyebilir.

Overlerde görülebilecek bu kistik yapıların yanısıra, overler haricinde komşu dokulardan kaynaklanabilecek patolojiler, gerek muayenede gerekse diagnostik testlerde overyal bir problem gibi değerlendirilebilir. Bunlar arasında embriyolojik kalıntılardan ve konjenital anomalilerden kaynaklanan kistler, hidrosalpenks ve pyosalpenks gibi tubal patolojiler ve ektopik gebelikler sayılabilir.

Benign Overyal Kistlerde Tanı: Günümüzde adneksiyel kitlelerin dolayısıyla da overyal patolojilerin tanı ve takibinde sıklıkla ultrasonografi (USG)'den, nadir olarak da manyetik rezonans

görüntüleme (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT)'den yararlanılabilmektedir. Bu non-operatif ve non-invaziv yöntemlerden biri olan, hem abdominal hem de transvajinal yoldan yaygın olarak kullanılan USG ile over kistlerinin lokalizasyonu, büyüklüğü, içeriği ve eşlik eden diğer patolojilerin olup olmadığı yüksek doğruluk oranları ile tespit edilebilmektedir. MR ve BT ise benign patolojilerden ziyade malignite ihtimali olan overyal kistlerde tercih edilebilecek yöntemler arasında yer almaktadır.

USG'de; internal eko içermeyen ya da dağınık milier ekojeniteleri bulunan basit kistik görünüm, polikistik ekolar, kalın septum içeren polikistik görünüm, sesil düzgün yüzeyli duvar görünümü, santral yoğunluğu çevreleyen ekonun izlenmesi ve ince ya da kalın çok sayıda lineer ekojenitelerin olması, basit kistlerdeki benign kriterler olarak değerlendirilmektedir. Benign kistlerdeki sonografik karakteristiğinin bilinmesi ve bu kistlere yaklaşım, jinekologlarca oldukça önemlidir. Bu sayede gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılabileceği gibi, açıklanamayan infertilite olgularında da tedaviye yön verilebilecektir (LUF, PCOD vb.).

Transvajinal USG ve Doppler bulgularının birlikte kullanılmaya başlanması ve overyal patolojilerdeki kan akımları ve direnç ölçümleri ile benign-malign ayırımında yardımcı bilgiler sağlanabilmektedir(5). Weiner ve arkadaşları malign tümörü olan hastalarda TVUSG ile düşük pulsatilite indeksinin (PI) birlikteliğini göstermişlerdir. Bu çalışmada malign over tümörü tespit edilen hastalarda PI'nin sensitivitesini %94 spesifitesini %97 olarak belirtmektedirler (2). Kurjak da benzer bir çalışmada düşük rezistans indeksleri (RI) ile malignite arasında yüksek oranlarda korelasyon bulunduğunu saptamıştır (3). Bu bilgilerin ışığında TVUSG renkli doppler görüntüleme yöntemi overyal kistlerin benign-malign ayırımında preope-ratif değerlendirmede faydalı bir klinik metod olarak görülmektedir. Bu indekslerin ölçümünün fizyolojik kistler ile benign over tümörlerinin ayırımında kullanılabileceği ile ilgili tam bir görüş birliği yoktur (6).

Over kistlerinin ayırıcı tanısı ve takibinde kullanabileceğimiz diğer bir yöntem tümör belirleyicileridir. CA-125 bir tümör spesifik antijen olup epitelyal over tümörlerinin %80'inde artış göster-

mektedir. CA-125 plevra ve peritonun iştirak ettiği diğer malignitelerde ve asit oluşumu ile giden benign hastalıklarda da yükselme gösterdiği için genel popülasyonda bir tarama testi olarak kullanılamaz. Gerek CA-125, gerek TVUSG screening test olarak ancak familial eğilimi olanlarda kullanılmalıdır. CA-125 düzeylerinin yanlış-pozitif sonuç verebileceği jinekolojik hastalıklar postmenopozal dönemde daha az olduğu için bu test postmenopozal periyotta daha sensitif ve spesifik kabul edilmektedir.

Bugünkü bilgilerimize göre premenopozal dönemde ultrasonografi, çoğu over kisti olgusunun tanısında cost-efektif bir yöntem olarak yerini korumaktadır. Transvajinal USG'de malignite kriterleri olan olgularda CA-125 ve Doppler USG'den yararlanılmalıdır. Şu da unutulmamalıdır ki evre Ia over malignitelerinin ancak %50'sinde CA-125 yüksek bulunabilir (7).

Benign Over Kistlerinde Tedavi: Pratikte sık karşılaşılan patolojilerden olan over kistleri, her yaş grubunda görülebilmektedir. Premenopozal dönemde malignite ihtimali çok düşük iken bu risk postmenopozal dönemde giderek artmaktadır. Menarş öncesi dönemde, neonatal kızlar da dahil olmak üzere, overyal kistler en sık görülen jinekolojik problemler arasındadır. Yenidoğanda görülen kistler genellikle küçük boyutlarda karşımıza çıkmakta ve %25-50 oranında spontan regresyon göstermektedir (8). Bu kistlerde pre ya da postnatal komplikasyonlar sıkça görülebilmektedir. Bunlar arasında intrakistik kanama, overyal yada adneksiyal torsiyon ve kistin self-amputasyonuna bağlı peritonit sayılabilir. Eğer tespit edilen kist 4 cm'nin altında ise, ultrasonografi ile kistin büyüklüğünde bir artış görülmediği sürece ya da herhangi bir komplikasyon gelişmez ise spontan involüsyonuna kadar takip edilebilir. Bu boyutlar üzerindeki, büyüme gösteren kistik yapılarda ya da komplikasyonun eşlik ettiği kistlerde cerrahi girişim endikedir. Laparoskopik girişim, neonatallerde bile güvenle uygulanabilecek bir teknik olarak görülmektedir (8). Yetişkinlerdeki teknikten farkları, intraabdominal basıncın daha düşük tutulması, adölesanlarda karın cildinin daha esnek olduğu ve çocuklarda cilt altı amfizem oranlarının daha yüksek olduğunun bilinmesi gerekliliğidir.

Benign over kistleri gebe kadınlarda da sıkça

karşılaşılabileceğimiz patolojilerdendir. Gebelikle beraber görülebilen benign over tümörlerinin gerçek insidansı net bilinmemekle beraber, bunların sadece %2'sinin malign olabileceği bir gerçektir. Benign kistler içinde en sık karşılaştığımız %40'lık oran ile benign kistik teratomdur. Bunu %30 ile korpus luteum ve basit kist gibi fonksiyonel kistler takip eder. Daha az oranlarda endometrial, epitelyal ve paraovaryan orjinli kistler görülebilmektedir. Solid komponentin ağırlıkta olduğu ve yer yer kistik yapılar içeren teka-lutein kistleri ile gebelik luteomasi da gebelikte görülebilecek benign overyal patolojiler arasında unutulmaması gereken problemlerdendir. Eğer gebe bir kadında bilateral yada unilateral, solid komponentler bulunan geniş overyal kitleler tespit edilir ve teka-lutein kisti yada luteomadan şüphe edilir ise, bu vakalarda basit bir biyopsi ile tanının doğrulanması hastayı gereksiz bir cerrahiden kurtaracaktır. Çünkü bu tümörler değişmez bir şekilde gebeliğin sonuna doğru ya da doğumdan sonra spontan olarak kaybolmaktadır.

İlk trimesterde tespit edilen pek çok kistik yapı, gebeliğin korpus luteumu ile ilişkili görüldüğünden, bu dönemde elektif cerrahiden kaçınılmalı ve spontan regresyon beklenmelidir. İlk trimester cerrahi girişimlerde 1900'lü yılların başında %21 maternal %50 fetal mortaliteden bahsedilir iken, tıptaki gelişim ile birlikte bu tablo daha ılımlı hale gelmiştir. 1973'te Buttery ilk trimesterde yapılan cerrahi girişimlerde abortus oranının %30 olduğunu bildirmektedir (9). Tüm bunlara rağmen ilk trimesterde tespit edilen solid, bilateral, kompleks ve semptomatik kitleler bir an önce laparatomik yada laparoskopik olarak değerlendirilmelidir. Son yıllarda vaka takdimi şeklinde yapılan yayınlarda özellikle laparoskopi ile problemsiz operasyonlar bildirilmektedir (10).

Gebelikte benign kistik yapılar için cerrahi girişime en elverişli zaman 16-18. haftalardır. İlk trimesterde tespit edilen bir basit kist 16-18. hf'ya kadar takip edilmeli ve rezolüsyona uğramaz ise cerrahi için yeniden değerlendirilmelidir. Eğer laparotomi planlanıyor ise, bu haftalarda overler abdominal bir yapı olduğu için batına vertikal ya da paramedian bir insizyon ile girilmesi tercih edilmelidir. Son yıllarda ikinci trimesterde persiste overyal kistlerin laparoskopik olarak güvenle

çıkarılabildiğine dair yayınlar artmıştır (11). Bunlara göre gebe olmayan kadınlarda yapılan laparoskopinin laparotomiye olan üstünlükleri ve yararları gebelerde de aynı derecede sağlanabilmektedir.

Asemptomatik kitlesi olan ve doğuma yakın yada doğum sırasında tespit edilen vakalarda, doğumda yada doğumdan sonra gelişebilecek torsiyon, rüptür ve hemoraji ihtimalinden kaçınmak için vajinal doğum yerine, adneksin direk olarak değerlendirilmesine de izin verebilecek sezaryen doğumu tercih etmek gerekmektedir.

Gebelikte en sık karşılaştığımız benign overyal kistlerden olan dermoid tümörlerde de son yıllarda artan oranlarda laparoskopik girişimler uygulanmaktadır. Dermoid kist tespit edilen vakalarda torsiyon, rüptür ve doğum eyleminin obstrüksiyonu gibi komplikasyonlardan kaçınmak ve gebelikte acil cerrahi girişim riskini önlemek amacıyla, cerrahi girişimin indüklediği spontan abortus riskinin en düşük olduğu ve uterusun cerrahi için yeterli alan sağlayabilecek boyutlarda olduğu ikinci trimesterin erken dönemlerinde laparoskopik girişimlerin yapılması tercih edilmektedir. Belirgin bir kist rüptürü riski olmasına rağmen, dikkatli bir cerrahi teknik ve bol irrigasyon ile kimyasal peritonit ve olası yan etkiler önlenmektedir (12,13).

Premenopozal dönemde, reproduktif çağda gebe olmayan kadınlarda rastlayabileceğimiz benign kistler sıklık sırasına göre benign kist adenomlar, fizyolojik kistler, endometriomalar, kistik teratomlar ve indeferansiye kistik yapılar şeklindedir. Bu dönemde rastladığımız uniloküle anekoik, düzgün duvar yapıları olan kistlerde malignite ihtimalinin %2'den daha az olduğu bilinmektedir (14,15). Pelvik muayenede ve ultrasonografide benign bulgular tespit edilen ve CA-125 seviyeleri normal limitlerde olan bu hastalarda pratik olarak benign bir patoloji düşünmek gereklidir (16). Bu dönemde basit over kistleri ile karşılaşıldığında, 2-3 siklus boyunca herhangi bir cerrahi girişim düşünülmeden takip etmek gereklidir (17). Bu süre içinde regresyon göstermeyen, büyüyen yada komplikasyon gelişen kistik yapılarda cerrahi girişim düşünülmelidir.

Basit over kistlerinin gerek takibinde, gerekse de tedavisinde USG eşliğinde ya da laparoskopik olarak kist aspirasyonundan bahsediliyor ise de son yıllarda yapılan araştırmalar bu konunun aleyhinde sonuçlar vermektedir. Kliniğimizde 1996

yılında Kalyoncu Ş. tarafından yapılan tez çalışmasında hem terapötik hem de tanısal amaçlı olarak benign over kistlerinde TVUSG rehberliğinde kist aspirasyonları yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda premenopozal hastalarda kistin semptomatik yada persiste olması halinde aspire edilebileceği ve bunun neticesinde kistin natürü hakkında da bilgi elde edilebileceği belirtilmektedir. Bu çalışmaya referans olarak alınan literatürlerde %23 ile %48 arasında yüksek rekürrens oranları gösterilmiştir. 1996 yılında yapılan bir başka çalışmada ise laparoskopik yada transvajinal kist aspirasyonu neticesinde %85'lik rekürrens oranı tespit edilmiştir (18). Bunun yanı sıra, aspirasyon sıvılarından yapılacak sitolojik incelemelerde benign-malign ayırımının yapılabileceği de ayrı bir tartışma konusu olmuştur. Çoğu yayına göre sitolojideki benign epitelial karakterler maligniteyi ekarte edememektedir. Sitolojik örneğin bazı kesimlerinde malign bölümler atlanabilmektedir (19,20). 1993 yılındaki bir yayında Moran ve arkadaşları 25 invaziv over kanserinden sadece 9 tanesinde pozitif sitoloji tespit ederken, borderline tümörlerinin hiçbirisinde pozitif sitoloji elde edememişlerdir (16,21). Buna karşılık 1996 yılındaki, ultrason ve sitolojiye göre over kistlerinin tedavi kriterlerini tespit etmeyi amaçlayan bir yayında AgNOR ile yapılan sitolojik çalışmalar neticesinde, sitoloji ile %100 spesifite, %100 pozitif prediktivite ve %93 doğruluk oranı gösterilebilmiştir (22). Buradan da anlaşılacağı üzere overyal kistlerde tanı ve tedavi için kist aspirasyonunun uygulanabilirliği hala tartışılan bir konu olup, özellikle de tedavide yerleşmiş bir yöntem değildir.

Adneksiyal kitlelerin ve overyal kistlerin değerlendirilmesinde ana gaye malign bir durumun ekarte edilmesidir. Malign patolojiler yaşa bağlı olarak bir risk göstermektedir ve bu risk 50 yaşın üzerinde belirgin şekilde yükselmektedir. Yaş ile birlikte tümör boyutundaki artışta malignite ile korelasyon göstermektedir. Postmenopozal dönemde yada 50 yaşın üzerinde 5 cm'den küçük kistik yapılarda malignite riski %1 iken bu değer 5-10 cm arasında %11'e 10 cm'nin üzerinde %72'ye kadar yükselebilmektedir (23). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; 10 cm'nin altındaki kistlerde, ultrasonografide benign bulgular mevcut ise ve CA-125 seviyeleri normal sınırlarda tespit ediliyorsa bu kistler yüksek oranda benign karakter taşımaktadır (24-26). Bu doğrultuda postmenopozal dönemde bir overyal kist tespit edildiğinde, hikaye,

fizik muayene, ultrasonografi ve CA-125 seviyeleri normal ise, 6 hf sonra yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede kitle tespit edilemez ise hasta 3 ay sonra ve 1 yıl sonra rekürrens yönünden yeniden değerlendirmek amacıyla takibe alınabilir. Eğer kitle sebat ediyor ise bu vakaya mutlaka diagnostik cerrahi girişim tercihen de laparoskopi yapılmalıdır.

Kist büyüklüğü 10 cm'nin altında olan, laboratuvar testlerinde patoloji bulunmayan ve genel durumu operasyona müsait olmayan vakalar ise USG takipleri ve CA-125 monitorizasyonu ile takip edilebilirler (24).

Değişik yaş gruplarında belirli süreler boyunca takip edilen ve öncelikle benign olduğu düşünülen overyal kistler, bu süreler içinde spontan regresyona uğramıyor ise operatif olarak değerlendirme endikasyonu doğmaktadır. Günümüzde hemen her türlü jinekolojik operasyonda başarı ile kullanım imkanı bulan laparoskopik girişimler over kistlerinin cerrahisinde de ön plandadır. Benign kistlere laparoskopik yaklaşımın, kist rüptürü oranında belirgin bir artış olmaksızın morbiditeyi ve hastanede kalış süresini azaltması, hastanın ayağa kalkış zamanını kısaltması yönünden laparotomiyle karşılaştırıldıklarında belirgin avantajları mevcuttur (25). 10 cm'nin altındaki, gerçek pelvisi aşmayan ve büyük ihtimalle benign olduğunu düşündüğümüz kistlerde laparoskopi güvenle uygulanabilmektedir.

Kist cerrahisi ile ilgili, yıllardır üzerinde tartışılan ve laparoskopik cerrahi ile daha ön plana çıkan bir konu, işlem sırasında kistin rüptüre olup, içeriğinin peritona yayılmasıdır. Tartışmanın ana konularından birisi erken evre over kanserlerinde hastanın prognozunun kötüleştirilebileceği, diğeri ise benign kistlerde materyale bağlı periton irritasyon bulgularının gelişmesi ihtimalidir (26).

1973 yılında FIGO, intraoperatif rüptür olan Stage I malign kistleri stage Ia ve Ib subgruplarına ayırmasına rağmen, 1986'da yaptığı modifikasyon ile peritona yayılan kist içeriğinin hastanın prognozunu kötüleştirilebileceği varsayımından yola çıkarak, bu vakaları stage Ic olarak sınıflandırmıştır. Literatüre göz atıldığında intraoperatif rüptürün hasta prognozu üzerine etkileri ile ilgili pek çok retrospektif yayının mevcut

olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda rüptür olan hastalar ile olmayanlar arasındaki survey oranları tek değişkene bağlı analiz edilmiş ve beklendiği üzere prognoza olumsuz etkilerinin olduğu bulunmuştur (27,28). Son yıllarda bu görüşe zıt olarak yapılan yayınlarda ise yalnızca intraoperatif rüptür değil, bunun yanı sıra tümör tipi, grade'i, periovaryal adezyonların olup olmadığı ve asit mevcudiyeti de belirlenmiş, yapılan bağımsız çok değişkenli analizler neticesinde sadece malign kist rüptürünün prognostik bir faktör olmadığı bildirilmiştir (29-31). Burada akılda bulundurulması gereken bir diğer önemli nokta reproduktif çağıdaki kadınlarda, malign tümör görülme şansının zaten çok düşük olduğudur. Bu oran İsveç-Norveç kanser araştırmalarına göre 40 yaşın altında 100.000 kadın yılında 1.8 iken Amerikan kanser araştırmalarına göre 35 yaşın altında 100.000 kadın yılında 4.5 olarak bildirilmektedir (32).

Diğer tartışılan konu, özellikle dermoid kistlerde kist içeriğinin intraabdominal yayılımı ile oluşabilecek kimyasal peritonit ve adezyon formasyonunda artış konusu olup yine son yıllardaki yayınlara dikkate alındığında, boşalan materyalin dikkatlice toplanıp, bol miktarda sıvı ile (3-4 lt.) periton boşluğunun yıkanması neticesinde böyle bir komplikasyonun gelişmediği ya da korkacak bo-yutlarda olmadığı anlaşılmaktadır (12,13,33).

Benign over kistlerinde ister laparoskopik ister laparatomik girişim yapılsın, dikkat edilecek husus, premenopozal dönemde özellikle de reproduktif çağda mümkün olduğunca fazla miktarda sağlam over dokusunun korunması olmalıdır. Korunan over dokusu laparatomilerde genellikle ince sütür materyalleri ile onarılır iken laparoskopide genel olarak elektrokoagülasyon ile hemostaz yapıp, kesi kenarlarının karşı karşıya gelmesi sağlandıktan sonra sütür konulmadan bırakılmaktadır. Yapılan deneysel çalışmalarda laparoskopilerde sütür konulan vakalar ile konulmayan vakalar arasında postoperatif adezyonlar ve reproduktif sonuçlar yönünden bir fark gösterilememiştir (34,35).

Operasyon sırasında özellikle laparoskopilerde kist duvarları dikkatlice incelenmeli ve şüphe varlığında imkanlar dahilinde frozen ile intraoper-

atif değerlendirme yapılmalıdır (36).

Özellikle endometriomalarda çoğu zaman kist duvarları tamamen çıkartılmamaktadır. Bu konu ile ilgili, endometrioması olan infertil hastalardaki bir çalışmada, kistin fenestrasyonu ve koagülasyonu yapılan vakalar ile kistektomisi yapılan vakalar karşılaştırılmıştır. Sonuçta fenestrasyon ve koagülasyon yapılan grupta daha hızlı konsepsiyon sağlandığı ancak kümülatif gebelik oranlarında ve rekürrens görülme şanslarında bir fark olmadığı tespit edilmiştir (37).

Polikistik over hastalığında, uzun süreli indüksiyon tedavilerine cevap alınamayan vakalarda, gerek laparatomik wedge rezeksiyon ile gerekse de laparoskopik overyal drilling yöntemi ile cerrahi tedavi sağlanmaya çalışılmaktadır. PCO hastalarında laparoskopik ve laparatomiyi karşılaştıran çalışmalarda, ovulasyon ve gebelik oranlarındaki artışın birbirine yakın olduğu ancak postoperatif adezyonların laparoskopik drilling sonrasında çok daha fazla geliştiği görülmektedir. Göz önünde tutulması gereken diğer bir sorun da polikistik overin cerrahi tedavisinden sonra, hastalarda, overyal yetmezlik ihtimalinin olmasıdır (38).

Over kistlerinin takibi sırasında kiste bağlı over yada adneks torsiyonu veya kist rüptürü gibi komplikasyonlar ile de karşılaşılabilir. Jinekolojik aciller içinde yer alan bu vakalardan özellikle over torsiyonunda yakın zamana kadar yaş gözetmeksizin torsiyone olan over tromboemboli ve enfeksiyon riskinden dolayı detorsiyone edilmeden çıkartılmakta idi. Ancak son yıllarda bu görüş, uzun süre geçmeyen ve nekrozun belirgin olmadığı vakalarda overin detorsiyone edilip doku perfüzyonu ve canlılık açısından değerlendirilmesi ve mümkün olduğunca organın korunması yönündedir.

Yapılan deneysel çalışmalarda, gerek laparatomik gerek laparoskopik olarak aynı derecede hasar verilen overlerde postoperatif yapışıklık yönünden belirgin fark olmadığı görülmüş, overlerin cerrahi travmaya sanıldığından daha duyarlı olduğu fikri hakim olmuştur (39). Oluşan bu perioveryal yapışıklıklar, preovulatar follikül rüptürünü ve oosit atılımını olumsuz yönde etkilemektedir. Bundan dolayı, fonksiyonel kistlerin gereksiz cerrahisinden kaçınmak amacı ile dikkatli bir hasta seçimi büyük önem taşımaktadır.

Overlerin cerrahi travmaya fazla duyarlı olmaları nedeniyle over cerrahisi mümkün olduğunca titiz bir şekilde ve gerçek endikasyonlar varlığında yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Steinkampf MP, Harmond KR. Hormonal treatment of functional ovarian cysts: a randomized prospective study. *Fertil Steril* 1990; 54:775-7.
- Weiner Z, Thaler I. Differentiating malignant from benign ovarian tumors with transvaginal color flow imaging. *Obstet Gynecol* 1992; 79:159-61.
- Kurjak A, Predanic M. Transvaginal color and pulsed doppler assesment of adrenal tumor vascularity. *Gynecol Oncol* 1993; 50:3-4.
- Guerriero S. Transvaginal ultrasound and computed tomography combined with clinical parameters and CA-125 determinations in the differential diagnosis of persistent ovarian cysts in premenopausal women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9(5):339-43.
- Paicual MA, Hereter L. Transvaginal sonographic appearance at functional ovarian cysts. *Human Reproduction* 1997; 12(6):1246-49.
- Alcazar JL, Errasti T. Blood flow in functional cysts and benign ovarian neoplasms in premenopausal women. *J Ultrasound Med* 1997; 16(12):819-24.
- Jacobs I, Bast RC. The CA-125 tumour associated antigen: a review of the literature. *Hum. Reprod* 1989; 4:1-4.
- Espósito C, Garigali V. Laparoscopic management of ovarian cysts in newborns. *Surg Endosc* 1998; 12(9):1152-4.
- Buttery BW, Beischer NA. Ovarian tumors in pregnancy. *Med J Aust* 1973; 1:345.
- Schwartzberg BS, Conyers JA. First trimester of pregnancy laparoscopic procedures. *Surg Endosc* 1997; 11(12):1216-7.
- Yuen PM, Chang AM. Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(2):173-6.
- Parker WH, Childers JM. Laparoscopic management of benign cystic teratomas during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(5):1499-1501.
- Howard FM. Surgical management of benign cystic teratoma. *JRM* 1995; 40(7):495-9.
- Herrming UJ, Locher GW. Sonographic patterns of ovarian tumors: prediction of malignancy. *Obstet Gynecol* 1987; 69:777-81.
- Schillinger H, Kliem M. Assessing the extent of gynecologic tumors by a sonographic tumor score with special reference to ovarian cancer. *Arch Gynecol Obstet* 1989; 245:596-600.
- Magrina JF, Cornella JL. Office management of ovarian cysts. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(7):653-6.
- Gerber B, Müller H. Simple ovarian cysts in premenopausal patients. *Int J Obstet Gynecol* 1997; 57:49-55.
- Marana R, Caruana P. Operative laparoscopy for ovarian cysts: Excision versus aspiration. *J Reprod Med* 1996; 8-10.
- Trope C. The preoperative diagnosis of malignancy of ovarian cysts. *Neoplasia* 1981; 28:117-20.
- Diernaes E, Rasmussen J. Ovarian cysts: management by puncture? *Lancet* 1987; 1:1084-5.
- Moran O, Menczer J. Cytologic examination of ovarian cyst fluid for the distinction between benign and malignant tumors. *Obstet Gynecol* 1993; 92:444-6.
- Matthes AC, Moreirade Andrade JM, Bighetti S. Selection of criteria for the treatment of ovarian cysts on the bases of ultrasound and cytology. *Gynecol Obstet Invest* 1996; 42:244-8.
- Granbery S, Wilklend M. A comparison between ultrasound and gynecologic examination for detection of enlarged ovarian in a group of women at risk for ovarian carcinoma. *J Ultrasound Med* 1988; 7:59-60.
- Parker W, Berek JS. Management of selected cystic adnexal masses in postmenopausal women by operative laparoscopy: A pilot study. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(5):1574-77.
- O'Connell G, Ryan E. Predictive value of CA 125 for ovarian carcinoma in patients presenting with pelvic masses. *Obstet Gynecol* 1987; 70:930-2.
- Jacobs I, Stabile I. Multimodal approach to screening for ovarian cancer. *Lancet*. 1988; 1:268-71.
- Webb MJ, Decker DG. Factors influencing survival in stage I ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 116:222-5.
- Einhorn N, Nilsson B. Factors influencing survival in carcinoma of the ovary. *Cancer* 1985; 55:2019-21.
- Sigurdsson K, Alm P. Prognostic factors in malignant epithelial ovarian tumors. *Gynecol Oncol* 1983; 15:370-1.
- Dembo AJ, Davy M. Prognostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1990; 75:263-4.
- Finn CB, Luesley DM. Is stage I epithelial ovarian cancer overtreated both surgically and sistemically? Results of a five-year cancer registry review. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99:54-6.
- Cancer and Steroid Hormon Study of The Centers for Disease Control and The National İnstitute of Child Health and Human Development. The reduction in risk of ovarian cancer associated with oral contraceptives use. *N Eng J Med* 1987; 316:650-2.
- Edwards AG, Lawrence A. Ovarian dermoid cysts leakage. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1998; 38(3):332-3.
- Yuen PM, Yu KM. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(1):109-14.
- Marana R, Luciano A. Reproductive outcome after ovarian surgery: suturing versus nonsuturing of the ovarian cortex. *J Gynecol Surg* 1991; 7:155-6.
- Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopic management of organic ovarian cysts: is there place for frozen section diagnosis? *Hum Reprod* 1998; 13(2):324-9.
- Hemmings R, Bissonnette F. Results of laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: laparoscopic ovarian fenestration and coagulation. *Fertil Steril* 1998; 70(3):527-9.
- Donesky BW, Adashi EY. Surgically induced ovulation in the polycystic ovary syndrome: wedge resection revisited in the age of laparoscopy. *Fertil Steril* 1995; 63:439-41.
- Marana R, Luciano A. Laparoscopy versus laparotomy for ovarian conservative surgery: A randomized trial in the rabbit model. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 171:861-4.