

Matur Kistik Teratomlarda Klinik ve Tedavi Yaklaşımları

CLINICAL FEATURE AND TREATMENT
MODALITIES OF MATURE CYSTIC TERATOMAS

M.Zeki TANER, Nezh BARLAS, M Bülent TIRAŞ,
Haldun GÜNER, Onur KARABACAK, Mülazım YILDIRIM

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ANKARA

ÖZET

Amaç: Son 4 yılda kliniğimizde opere edilen matür kistik teratomların klinik ve patolojik özellikleri ile tedavi yaklaşımlarını değerlendirmek.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara.

Materyal ve Metod: Ocak 1990-Şubat 1995 tarihleri arasında opere edilen 28 matür kistik teratom vakası retrospektif olarak klinik, patolojik özellikleri ve tedavi yaklaşımları yönünden incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 34.63, en sık şikayet olarak kasık veya karın ağrısı saptandı. Olguların %57.14 asemptomatikti. Hastaların 2'sinde torsiyon 2'sinde rüptür olduğu bulundu. Olguların %17.85'ine (5 olgu) radikal cerrahi uygulanırken %82.14'üne (23 olgu) de konservatif tedavi uygulandı.

Sonuçlar: Çocuk isteği olan ve perimenopozal veya menopozal yaş grubunda olmayan olgularda konservatif tedavi uygulanmalıdır. Laparoskopik yaklaşım daha önce süpüre olmamış olguların tümüne güvenle ve başarılı bir şekilde uygulanabilir görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Matür kistik teratom, Laparoskopi, Komplikasyon

T Klin Jinekoloj Obst 1995, 5:303-306

Matur kistik teratomlar over tümörleri arasında %15 gibi en sık görülme oranına sahiptirler. Üretkenlik çağında pik yaparlar (1). Primordial germ hücresi kaynaklı olduklarından ektodermal, mezodermal ve endodermal tabakaların iki veya üçünden oluşan dokuları içerirler. Klinik olarak hiç semptom vermeyecekleri gibi karında şişlik, müphem karın veya

Geliş Tarihi: 28.2.1995

Yazışma Adresi: Dr.M.Zeki TANER
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 1995. 5

SUMMARY

Objective: To evaluate the clinic and pathologic findings and therapy modalities of patients who had been operated for mature cystic teratom in our clinic.

Institution: Gazi University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara.

Material and Methods: The records of 28 patients who had been operated for mature cystic teratom were evaluated.

Results: The mean age of patients was 34.63 years 57% of the patients were asymptomatic. There were 2 torsion and 2 rupture in patients. We have treated 17.85% of patients by radical surgery and 82.14 % conservatively.

Conclusion: In patients who wishes to preserve their child-bearing ability and not at perimenopausal and menopausal age group conservative treatment should be preferred. Laparoscopic approach seems to be safe and effective in patients who had not supurated before.

Key Words: Mature cystic teratom, Laparoscopy, Complication

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5:303-306

kasık ağrısı gibi şikayetler ya da torsiyon ve rüptürle akut karın tablosu yaparak karşımıza çıkabilirler (2). Son yıllarda over dokusu ve fonksiyonunun korunmasının önemi daha iyi anlaşıldığından, bu olgularda konservatif cerrahi uygulamaları ağırlık kazanmaktadır (3).

Bu araştırmanın amacı, son 4 yılda kliniğimizde opere edilerek "Dermoid Kist" tanısı konulan olguların klinik ve patolojik özellikleri ile tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesidir.

MATERYEL VE METOD

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 1990-Şubat 1995 tarihleri

arasında öpere edilen ve patoloji sonucu matur kistik teratom olarak bildirilen 28 olgu, hasta dosyası, ameliyat defteri ve patoloji kayıtlarından elde edilen bilgilerle retrospektif olarak yaşları, geliş şikayetleri, tümör büyüklüğü, bilateralite, torsiyon, rüptür, gebelikte rastlanma oranı, karşı taraf överin durumu ve uygulanan cerrahi tedavi özellikleri yönünden değerlendirildiler.

BULGULAR

En genci 13 en yaşlısı da 68 yaşında olmak üzere yaş ortalaması 34.63 olarak bulundu. Olguların %82.14'ü 15-45 yaş arası, %3.57'si 15 yaşın altında, %14.28'i de 45 yaşın üstünde idi.

Hastaların geliş şikayetleri incelendiğinde Tablo 1'de görüldüğü gibi hanların %57.14'ünün tümörle ilgili olmadığı görülmektedir.

Kasık veya karın ağrısı yakınması ile gelenler tüm hastaların %25'ini, karında şişlik yakınması ile gelenler de %17.85'ini oluşturmaktaydı. Tümör büyüklüğü ve doktora geliş yakınması karşılaştırıldığında ortalama dermoid kist çapı karında şişlik ile gelenlerde 17.5 cm, kasık veya karın ağrısı ile gelenlerde 7.71 cm, muayene sırasında kitle saptananlarda 7.14 cm olarak bulundu. Bilateralite oranı %21.42, ortalama kist büyüklüğü 9.5 cm, en küçüğü 3 en büyüğü de 30 cm olarak saptandı. Tümör büyüklüğüne göre olguların dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Komplikasyon olarak iki olguda torsiyon, iki olguda da rüptür saptandı. Rüptür saptanan olguların birinde yapışıklığa bağlı ileus ve gangren gelişmişti. Bu nedenle ileum rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz zorunlu olduğu doğdu. Gebeliğe eşlik eden dermoid kist olgumuz yoktu.

Uygulanan tedavi şekline göre hastaların yaş ortalamaları Tablo 3'de görülmektedir. Postoperatif dönemde ileum rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz yapılan olgu dahil komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Matur kistik teratomların histogenezi ile ilgili olarak en çok kabul gören teori, bunların primordiyal germ hücre kaynaklı oldukları teorisi (4). Tüm benign ovaryen teratomların 46XX karyotipe sahip olması, anatomik lokalizasyon olarak primordiyal germ hücrelerinin yolk saktan primitif gonada göç yoluna uyan alanda lokalize olmaları ve daha çok üretkenlik çağında görülmeleri bu teoriyi destekleyen gözlemlerdir (4,5,6). Patolojik değerlendirme sırasında immatur komponenti atlamamak için multipl kesitler alınmalı ve dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

Görülme yaşı matur kistik teratomların genel karakteristiği ile uyumlu olarak 34.63 olarak saptandı (2). Hastaların başvuru nedenlerinin %57.14 oranında dermoid kist ile ilgili olmaması bunların hiçbir semptom vermeden uzun süre sessiz kalabileceğini göstermektedir. Beşyüz onyediy olguluk geniş bir seri yayınlayan Co-

Tablo 1. Başvuru nedenlerine göre hastaların dağılımı
Table 1. Presenting symptoms of the cases

Başvuru nedeni	n	Tümör çapı	%
Karın veya kasık ağrısı	7	7.7	25
Karında kitle	5	17.5	17.85
Muayenede saptanan	16	7.14	57.14
	28		100

Tablo 2. Tümör büyüklüğüne göre olguların dağılımı

Table 2. Patients distribution in respect of mass diameter

Tümör büyüklüğü (cm)	n	%
≤5	4	14.28
6-10	15	53.57
>10	9	32.14

Tablo 3. Uygulanan cerrahi tedavi ve ortalama yaşa göre hastaların dağılımı

Table 3. Treatment of choose and patients age

Uygulanan Tedavi	n	%	Ortalama yaş
TAH+BSO*	2	7.14	57.75
TAH+USO"	2	7.14	42.50
BSO**	1	3.5	16
USO+karşı övere			
inspeksiyon palpasyon	9	32.14	37.12
Kistektomi	9	32.14	35.85
Laparoskopik kistektomi	5	17.85	27.33

* Total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi.

" Total abdominal histerektomi. unilateral salpingooferektomi.

*** Bilateral salpingooferektomi.

merci ve arkadaşları asemptomatik olgu oranını %60.0 olarak bildirmişlerdir (3). Matur kistik teratomların çoğunluğunun asemptomatik kalabilmeleri sıklıkla mobil oldukları için pelvis dışına rahat çıkabilmeleri ve komşu organlara bası yapmadan ya da torsiyone veya rüptür olmadıkça da semptom vermemelerine bağlanabilir. Bilateral dermoid kist görülme sıklığı literatürde %10-20 arasında değişen sıklıkta rapor edilmiştir (1). Çalışmamızda olgu sayısı değerlendirme için az olmakla beraber bilateralite literatürle uyumlu sıklıkta bulundu. Ortalama kist çapı 9.5 cm ile yayınlarda bildirilen 6.4 cm ortalamasından büyük bulunmuştur (3).

Kist büyüklüğünün 10 cm'den büyük olması, rüptür ve adezyon bulunması malign değişim için risk faktörü olarak bildirilmiştir (7,8). Araştırmamızda 10 cm'den büyük 9 olgu, rüptüre 3 olgu ve torsiyone 2 olgu vardı. Ancak malignite saptanmadı. Teratomların en sık komplikasyonu olan torsiyon sık-

lığı (7.14) literatürde bildirilen (%3.2-16) oranlara yakın bulundu (9,10). Teratomların diğer bir komplikasyonu olan rüptür; akut veya granülatöz peritonitis, barsak ve genital organlarda yapışıklıklara neden olur. Oluşan konglomera! kitle karın «duvarına yapışarak malign bir olayı taklit edebilir (11). Stern ve ark. rüptür oranını %0.7 olarak bildirmişlerdir (12). Rüptür gördüğümüz iki olguda tümör, barsak, mesane ve genital organlar arasındaki yapışıklıklar dokuların birbirinden ayırt edilmesini imkansız kılacak derecede densti. Bu nedenle bir olguda gelişen ileus ve gangren barsak rezeksiyonu ile diğer olgudaki yapışıklıkların ayrılması sırasında sigmold kolon serozasında ve mesanede yaraianma ile sonuçlandı.

Matür kistik teratomlarda uygulanacak tedavi hastanın yaşı dikkate alınarak daha çok konservatif olmalıdır. Karşı övere rutin biyopsi yapılması terkedilmiş, inspeksiyon ve palpasyona yetinilmektedir. Aghan ve ark. ile Doss ve ark. yaptıkları çalışmalarda normal görünümü karşı överden biyopsi alındığında teratom yakalama sıklığını %1.1 bulmuşlardır (10,13). Ayrıca biyopsi ile alınan över dokusu kanamaya, infeksiyona, över folikül rezervinde azalmaya ve özellikle postoperatif yapışıklık yaparak infertiliteye neden olabilir. Bu nedenlerle normal görünümü karşı övere rutin biyopsi önerilmemektedir. Olgularımızın hiç birinde normal görünümü karşı övere biyopsi yapılmamıştır. Tek taraflı teratomu olan ve TAH+BSO yaptığımız 4 olgunun patolojik incelemelerinde karşı överleri normal bulunmuştur.

Büateral salpingooterektomi yapılan bir olgu: 16 yaşında bilateral gelişmiş 20 cm çapında, uterus arkasında, uterusla beraber konglomerat kitle oluşturmuş dermoid kist olgusu idi. Över dokusu görülemediği ve tubalar kitlenin içinde sertleşmiş, kalınlaşmış olduğu için adneksler total olarak büateral alındı. Bu olguya ileride, yardımcı üreme tekniklerinin uygulanabileceği düşüncesi ile uterusu korundu.

Laparoskopi birçok jinekolojik operasyonda olduğu gibi dermoid kistlerin tedavisinde de kullanılmaktadır. Ancak bu konuda çekingenliğe neden olabilecek iki nokta vardır. Bunlar; teratom ön tanısı ile girilen hastada, kesin tanı ancak histopatolojik olarak konabileceğinden malign ise fümöral hücrelerin batın içine yayılacağı endişesi ve teratom çıksa sebese materyalin şimik peritonit ve adezyon oluşturacağı korkusudur. Elimizde bu endişeleri giderecek veriler vardır. Teratomların pik yaptığı 35 yaş ve altında maügnitenin çok düşük olduğu gözlemi (4.5/100.000) (14) ayrıca Dembo ve ark.'nın Evre I över kanserinin rüptürünün surviye olumsuz etkisinin olmayacağını saptayan çalışması ve malign kist rüptüründen 15 gün sonraya gecikmiş radikal cerrahinin hastanın prognozunu kötü etkilemeyeceğini bildirmişlerdir (15). Ayrıca malign olduğu frozenla belirlenen olgularda laparotomiye geçip radikal cerrahi yapma imkanı vardır.

Bollen ve ark. ile Nezhat ve ark.'nın laparoskopik kistektomi yaptıkları dermoid kist olgularında second look laparoskopide az sayıda olguda hafif derecede adezyon saptamışlardır. Son 4 yılda laparoskopik olarak opere ettiğimiz 5 olguda postoperatif dönemde klinik olarak peritonit bulgusu gelişmemiştir. Erken dönemde hamile kalan ve sezaryen ile doğum yapan bir olguda sezaryen sırasında adezyon saptanmamıştır. Laparoskopinin minimal insizyon, hastanede kalma süresinde kısılma gibi avantajları yanında çocuk arzusu olan hastalar infertilite tedavisine ara vermeden devam edebilmeleri avantajları da vardır. Reich ve ark. yayınladıkları 25 vakalık makalelerinde laparoskopik yaklaşımın güvenli, cerrahi sonuçlarının iyi ve komplikasyonlarını nadir olarak bildirmekteyler (8). Ancak dermoid kist içinde bir veya birkaç immatur doku odağı bulunabilmektedir. Dermoid kist tamamen çıkarılırsa aynı överde tekrarlama muhtemel immatur teratom riski minime indirilmiştir. Bu kistin aspirasyonu kısmen çıkarılması veya vaporezasyonu ile yetiniimemeli, tamamen çıkarılması önerilmektedir (16,17).

Sonuç olarak, çoğu asemptomatik seyreden dermoid kist tanısı konulduğunda hastayı komplikasyonlarından korumak için opere edilmelidirler. Mümkün olduğunca över dokusu korunmalı, normal görünümü karşı över dokusundan biyopsi alınmamalıdır. Laparoskopik yaklaşım güvenilir ve avantajlı görünmektedir. Ancak deneyimli operatörlerce yapılmalı ve operasyondan önce malignite ihtimalini minime indirmek için gerekli tetkikler yapılmalı, hastaya laparotomiye geçilebileceği bildirilmeli ve gerekli hazırlıklar yapılmış olmalıdırlar. Laparoskopi sırasında sitoloji alınmalı, malignite düşündüren irrégularité, vejetasyon ve muhtemel metastazlar yönünden iyi bir gözlem yapılmalıdır. Adezyonu minime indirmek için kist içeriğinin batına yayılması engellenmeli, gerekirse endopoş kullanılmalıdır. İşlemden sonra da batın bol serum fizyolojik ile irrije edilmeli ve 300-500 ml kadar mayi bırakmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Disaia Philip J, Creasman William T. Ciinical Gynécologie Oncolog, 4* ed. Mosby Company 1993: 439.
2. Güner H. Jinekolojik onkoloji. Ankara: Hatipođiu Yayınevi, 1994:198.
3. Comerci John T Jr, Lucciardı Frederick, Bergh Paul A, Gregori Caterina and Breen James L. Mature cystic Teratoma: A clinicopathioçg évaluation of 517 cases and review of the literatüre. Obstet Gynecol 1994; 84:22-8.
4. Patoja E, Noy MA, Axtmayer RW, Colon FE, Peiegri-na I. Ovarlan dermoids and their complications. Comprehensive historical review. Obstet Gynecol Surv 1975; 30:1-20.

5. Corfman PA, Richart RM. Chromosom number and morphology of benign cystic teratomas. N Engl J Med 1964; 271:1241-44.
6. Rashad MN, Fathalla MF, Kerr MG. Sex chromatin and chromosome analysis in ovarian teratomas. Am J Obstet Gynecol 1966; 96:461-5.
7. Peterson WF. Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary: A collective review of the literature: Obstet Gynecol Surv 1977; 32:793-6.
8. Laining FC, Van Dalsen VF, Mark WM, Barton JL, Martinez DA. Dermoid cyst of the ovary; their ultrasonographic appearance. Obstet Gynecol 1981; 57:99-104.
9. Pantoja E, Rodhiguez-Ibanez I, Axtmayer RW, Noy MA, Pellegrina I. Complications of dermoid tumors of the ovary. Obstet Gynecol 1975; 45:89-94.
10. Ayhan A, Aksu T, Develioglu O, Tuncer ZS, Ayhan A. Complications and bilaterality of mature ovarian teratomas (clnncopathological evaluation of 286 cases). Aust N Z J Obstet Gynecol 1991; 31:83-5.
11. Stuart GL, Smith JP. Ruptured benign cystic teratomas mimicking gynecologic malignancy. Gynecol Oncol 1983; 16:139-43.
12. Stem JL, Buscema J, Rusenshein NB, Woodruff JD. Spontaneous rupture of benigne cystic teratomas. Obstet Gynecologic malignancy. Gynecol Oncol 1983; 16:139-43.
13. Doss N, Forney JP, Vellios F, Nalick RH. Covert bilaterality of mature ovarian teratomas, Obstet Gynecol 1977; 50:651-3.
14. Nezhat C, Winer WK, Nezhat F. Laparoscopic removal of dermoid cysts. Obstet Gynecol 1989; 73:278-80.
15. Dembo AJ, Davy M, Stenwig AE, Berle EJ, Bush RS, Kjors-tad K. Prognostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1990; 75:263-73.
16. Serafini P, Kerin J and Marss R. Management of unexpected ovarian dermoid cyst during laparoscopy for oocyte pick up. Fertil Steril 1987; 48:146-8.
17. Yanai-Inbar I and Scully RE. Relation of ovarian dermoid cysts and immature teratomas: an analysis of 350 cases of immature teratoma and 10 cases of dermoid cyst with microscopic foci of immature tissue. Int J Gynecol Pathol 1987; 6:203-12.