

Overin Dev Seröz Kist Adenofibromu: Olgu Sunumu

Giant Ovarian Serous Cyst Adenofibroma: A Case Report

**Ramazan ÖZYURT, Tamer GÜLTEKİN, Mehmet Aytaç YÜKSEL,
Serdar ÇELİK, Derya ASLAN, Ahmet Birtan BORAN**

ÖZET

Seröz tümörler, epitalyal ovaryan tümörlerinin en yaygın tipidir. Otuz dört yaşında, virgo işitme engelli kadın hasta, son üç aydır artan karında şişlik nedeniyle kliniğe kabul edildi. Manyetik rezonans görüntüleme tüm abdomeni dolduran kistik kitle ve myom nodülü izlendi. Laparotomide uterus fundusta subseröz leiomyom ve sağ overde büyük tamamıyla kistik mobil kitle bulundu. Myomektomi ve sağ salpingooferektomi yapıldı. Komplikasyon olmadı. Patoloji sonucu 30x28x18 cm boyutunda 8 kg ağırlığında seröz kist adenofibrom ve uterin leiomyom olarak geldi. Hasta bir problem olmadan taburcu edildi. Bizim hastanemizde daha önce bu ağırlıkta kitle rapor edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Dev; seröz kist adenofibrom; over.

SUMMARY

Serous tumors are the most common type of epithelial ovarian tumors. A 34-year-old virgin deaf woman was admitted to the clinic with increased abdominal swelling for three months, and a magnetic resonance (MR) scan showed a giant cystic mass that encompassed the whole abdomen and a myoma nodule. At laparotomy, uterine subserous leiomyomata on the fundus and a giant, totally cystic and mobile mass on the right ovary were found. Myomectomy and right salpingo-oophorectomy were performed, and there were no complications. Her pathology report disclosed a 30x28x18 cm serous cyst adenofibroma weighing 8 kg and uterine leiomyomata. She was discharged without any problems. No mass of this weight has been reported in our hospital previously.

Key words: Giant; serous cyst adenofibroma; ovary.

GİRİŞ

Ovaryan neoplazmlar hücre tipine göre epitalyal, stromal ve germ hücreli olmak üzere üç gruba ayrılır.^[1] Yaklaşık %85-95 epitalyal hücrelerden, %5-8 stromal hücrelerden ve %3-5 germ hücrelerinden gelişmektedir. Ovaryan tümör tipleri hasta yaşına bağlı olarak değişmektedir. Epitalyal hücreli tümörler genellikle 50 yaşının üzerindeki hastalarda, stromal hücreli tümörler herhangi bir yaşta ve germ hücreli tümörler genellikle daha genç hastalarda olmaktadır.^[2]

Bening seröz tümörler, kistadenoma, adenofibrom, kistadenofibrom ve yüzey papillomundan oluş-

maktadır. Bu tümörler yaygındır ve tüm benign ovaryan neoplazmaların %25'ini, tüm ovaryan seröz tümörlerinin %58'ini oluşturmaktadır.^[3]

Bu yazıdaki olguda, 8,5 kg ağırlığındaki overin kistik adenofibromu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında, bekâr ve işitme engelli kadın hasta son 3 aydır karında hızla büyüyen şişlik ve sol yan ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Abdominal ultrasonografik muayenesinde, tüm karını dolduran Douglastan ksifoide kadar uzanan yoğun içeri-rikli hipoekoik kistik kitle ve uterus fundusundan

Geliş tarihi (Submitted): 03.01.2011 Kabul tarihi (Accepted): 09.05.2011

Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

İletişim (Correspondence): Dr. Mehmet Aytaç Yüksel. e-posta (e-mail): maytacyuksel@gmail.com

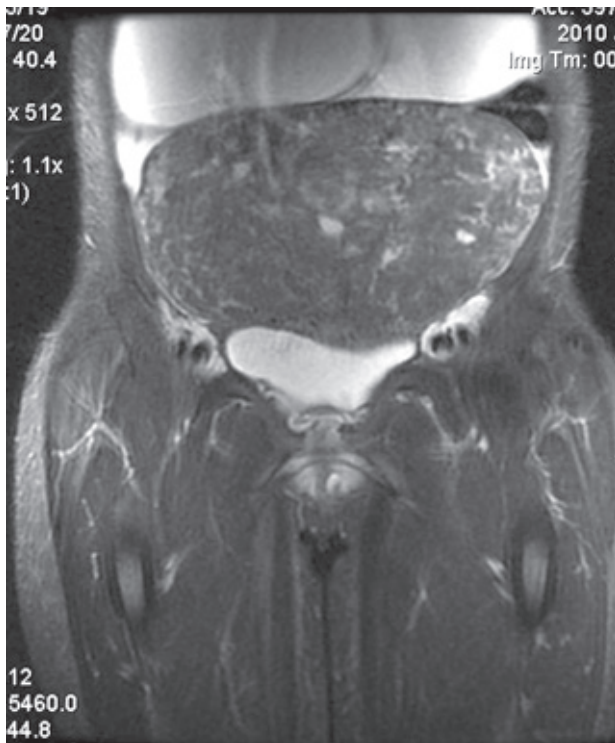
net ayrılamayan pelvisi dolduran myom izlendi. Sol over doğal idi. Muhtemelen kistik kitlenin sağ overden kaynaklandığı düşünüldü. Rektal muayenede uterus normal cesamette idi ve karını dolduran mobil kistik kitle mevcuttu. Ca 125:14 u/ml, Ca 15-3:18 u/ml manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde; 20x13x13 cm boyutlarında karına uzanım gösteren myom ve tüm karını dolduran kistik kitle rapor edildi (Şekil 1).

Göbek altı ve göbek üstü insizyon ile laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda smphizis ile ksifod arasını dolduran düzgün yüzeyle, vaskülarize, mobil, sağ over kaynaklı yaklaşık 30x30x20 cm boyutlarında kitle (Şekil 2) ve uterus fundusta subseröz 20x18x10 cm boyutlarında myom nüvesi izlendi. Sağ salpingoferekтоми ve myomektomi yapıldı.

Adneksiyel kitle frozına gönderildi ve sonucu selim geldi. Hasta ameliyat sonrası dördüncü gün taburcu edildi. Hastanın patoloji raporu seröz kistadenofibrom ve leiomyom olarak geldi.

TARTIŞMA

Reprodüktif dönem süresinde, ovaryan kitlelerin



Şekil 1. Tüm karını dolduran kitlenin MRG'si.

birçoğu beningdir ve ovaryan tümörlerin 2/3'üne de bu dönemde karşılaşılr. Primer ovaryan tümörlerin, 45 yaşından küçük olan genç hastalarda malign olma ihtimali 1/15 oranındadır.^[4]

Ovaryan kitleler unilateral, kistik, mobil, düzgün yüzeyle ise büyük ihtimalle benigndir. Bilateral solid, fikse, irregüler yüzeyle ve asitle ilişkili ise büyük ihtimalle maligndir.^[5]

Ovaryan kanser teşhisi koyabilmek, spesifik olmayan semptomlardan dolayı zor olabilir. Adölesan ve çocuklarda erken puberte, irregüler menses ve hirsutizm semptom olarak görülebilmesine rağmen en yaygın semptom karın ağrısıdır. Ovaryan kanserli hastalar abdominal ağrı, şişme ve spesifik olmayan gastrointestinal semptomlara tanıdan altı aydan daha uzun süre öncede sahip olabilirler.^[2] Akut ağrı, adneksiyel torsiyon, kist rüptürü ve kist içine kanama gibi durumlar da olabilir.^[5]

Pelvik muayene ovaryan kitlelerin tespiti için sensitif değildir.^[6] Doppler transvajinal ultrasonografi, adneksiyel kitlelerin ilk değerlendirilmesinde kullanılır. Solid ve kistik alanlar içeren kompleks yapılar, ekojenite, kalın duvar, septa ve papiller projeksiyon gibi sonografik görüntüler ovaryan kanseri düşündürür. Düzgün yüzeyle, sonolusent kitleler ise genellikle benigndir. Eğer ultrasonografide süpheli bir lezyon tespit edilirse ileri değerlendirme için MRG kullanılabilir.^[2]

Dev ovaryan kistin en belirgin tanımlamalarını 1903'de Spohn 148,6 kg ile, Symmonds ve arkadaş-



Şekil 2. Kitlenin ameliyat sonrası görünümü.

ları 1963 te 90 ve 136 kg ile yapmışlardır.^[7,8]

Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle günümüzde dev ovarian kistler nadir olarak görülmektedir.^[1] Bizim hastamızın işitme engelli olması ve iletişimin zor kurulması nedeniyle kitle bu ölçülere kadar büyümüş ve fark edilememiştir.

Tüm seröz tümör olgularının %10'u bilateral, %70'i benign, %5-10 borderline ve %20-25 maligndir.^[5]

Dev karıniçi kistlerin geleneksel yönetiminde tam orta hat laparotomiye ihtiyaç vardır. Dev ovarian kistlere her zaman rezeksiyon gerekmesine rağmen, kitlenin oluşturduğu semptomlar, komplikasyonlar ve ovarian malignite kuşkusu nedeniyle genellikle oofektomi yapılır.^[9]

Son zamanlarda Dolan ve ark.^[9] dev ovarian kistlerde tümör çapı önemsenmeden, normal tümör markırları ve benign imaj görüntüsü ile malignensi dışlanabilir ise laparoskopik yaklaşım olabileceğini rapor etmişlerdir.

Bizim hastamızda pelvisi dolduran myomların, tüm karını dolduran ve orjini preoperatif olarak konulamayan dev kitle nedeniyle laparotomi yapılmıştır.

Sonuç olarak, overin benign lezyonları büyük boyutlara ulaşabilir. Biz bu nadir görülen durumu tanı ve tedavi modalitelerini literatür eşliğinde vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Sujatha VV, Babu SC. Giant ovarian serous cystadenoma in a postmenopausal woman: a case report. *Cases J* 2009;2:7875.
2. Roett MA, Evans P. Ovarian cancer: an overview. *Am Fam Physician* 2009;80:609-16.
3. Kao GF, Norris HJ. Cystadenofibromas of the ovary with epithelial atypia. *Am J Surg Pathol* 1978;2:357-63.
4. Jonathan S, Berek Novak's gynecology, 12th ed. Mass Publishing Co., Middle East 1996;361-2.
5. Mülayim B, Gürakan H, Dagli V, et al. Unaware of a giant serous cyst adenoma: a case report. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273:381-3.
6. Drake J. Diagnosis and management of the adnexal mass. *Am Fam Physician* 1998;57:2471-6, 2479-80.
7. Spohn AE. Multicystic ovarian tumor weighing 328 lb. *Tex Med J* 1905-1906;1:273-4.
8. Symmonds RE, Spraitz AF, Koelsche GA. Large ovarian tumor: report of a case. *Obstet Gynecol* 1963;23:473-7.
9. Dolan MS, Boulanger SC, Salameh JR. Laparoscopic management of giant ovarian cyst. *JSLs* 2006;10:254-6.