

Giant serous cystadenofibroma originating from the left ovary

Sol over kaynaklı dev seröz kistadenofibrom

Kağan Gökçe¹, Cihan Aydın¹, Emrah Doğan², Serkan Akbulut³

T.C.S.B. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi EA Hastanesi, Genel Cerrahi¹ ve Radyoloji² Klinikleri, Muğla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji³ BD., Ankara, Türkiye

Corresponding address: Dr. Kağan Gökçe, kgngkc@hotmail.com

J Surg Arts (Cer San D), 2019;2:37-40.

ABSTRACT

In women, adnexal mass is a common gynecologic problem. Serous cystadenoma is a benign ovarian tumor which is seen in gynecological pathologies, especially in the reproductive period. Serous cystadenoma is usually detected during the gynecological examination and sometimes as a mass in the abdomen. Benign ovarian tumors can rarely present as giant masses of the abdomen. Surgical exploration and resection are recommended for the treatment of benign ovarian tumors.

The aim of this case report is to present a 39 years old female patient with a giant abdominal mass, who underwent surgery.

Keywords: Abdominal mass, ovarian tumor, serous cystadenofibrom.

ÖZET

Kadınlarda adneksiyel kitleler sık görülen jinekolojik problemlerden biridir. Seröz kistadenom, jinekolojik patolojiler içerisinde, özellikle üreme çağında görülen benign bir over tümörüdür. Seröz kistadenom genellikle jinekolojik muayene esnasında bazen de batında kitle olarak tespit edilir. Benign yumurtalık tümörleri nadiren dev karın kitleleri olarak ortaya çıkabilirler. Benign over tümörlerinin tedavisinde cerrahi eksplorasyon ve rezeksiyon önerilir.

Bu olgu sunumunun amacı, dev abdominal kitlesi olan ve cerrahi tedavi uygulanmış olan 39 yaşındaki kadın hastayı sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Abdominal kitle, over tümörü, seröz kistadenofibrom.

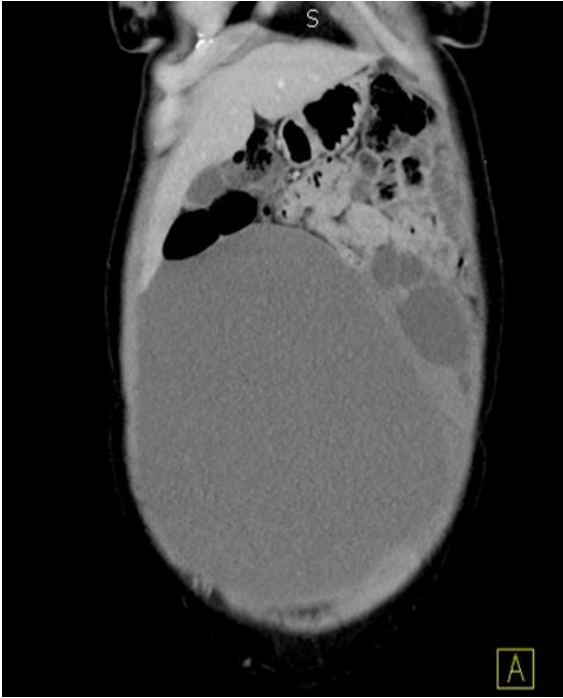
GİRİŞ

Overin seröz kistadenofibromu hem epitelyal hem stromal komponent içeren benign bir tümördür. Bu tümörler içerdikleri epitelyal ve stromal komponent oranlarına ve epitelyal komponentin sekretuar aktivitesine göre solid, yarı solid ya da kistik olarak görülebilirler. Seröz kistadenofibroma genellikle 4. ve 5. dekatlarda görülür (1,2). Histopatolojik incelemede seröz kistadenofibroma makroskopik olarak tek ya da multiloküle kistik yapılar içerir. Mikroskopik olarak bu yapılar tubal diferensiyasyon gösteren tek sıra epitel hücreleri ve buna eşlik eden stromal komponent içerirler (3). Adneksiyel kitleler kadınlarda yaygın bir jinekolojik problemdir. Kitlelerin ameliyat öncesi dönemde doğru teşhisi önemlidir. İleri yaş, postmeno-

pozal dönem ve ≥ 5 cm kitle over kanseri açısından riski artıran faktörlerdir. CA-125 over kanseri tanı ve takibinde kullanılan bir tümör belirteçidir, epitelyal kaynaklı over kanserlerinde yüksek (>35 U/ml) saptanabilir (4). Adneksiyel kitlelerin tanı aşamasında transvajinal ultrasonografi başta gelen modalitedir. Batın ultrasonografisi kistik-solid lezyon ayırımında faydalı olabilir. Bilgisayarlı tomografi (BT) ameliyat öncesi dönemde benign-malign lezyon ayırımında kullanılabilir. Magnetik rezonans (MR) görüntüleme tıpkı BT'de olduğu benign-malign ayırımını sağladığı gibi malign lezyonların belli patolojik özellikleri hakkında da bilgi verebilir (5).

OLGU

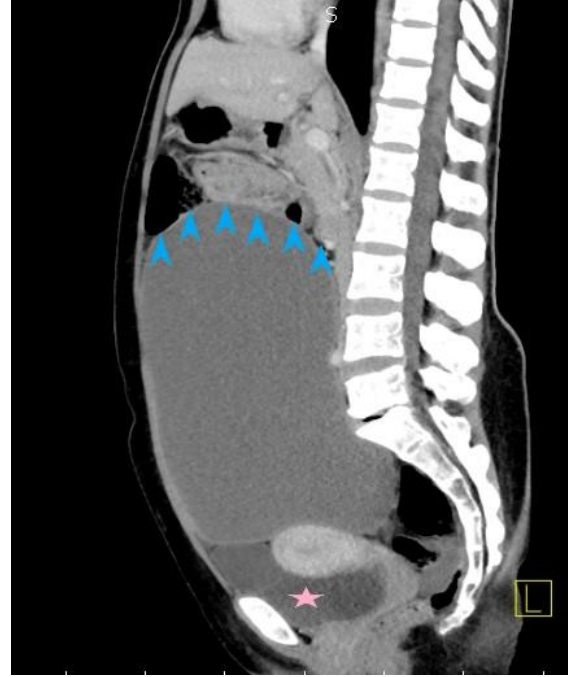
39 yaşında, g2p2a0 olan kadın hasta polikliniğimize karında kitle şikayeti ile başvurdu. Son bir ayda giderek artan pelvik ağrı ve konstipasyon hikayesi mevcuttu. Ameliyat öncesi yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemogram ve biyokimyasal parametreleri normaldi. CA-125 değeri 202.8 U/ml olarak yüksek tespit edildi. Transvajinal ultrasonografi adneksiyal kitleye işaret etmekteydi. Smear ve endometrial biyopsisinde patoloji saptanmadı. Hastaya tüm batin ultrasonografisi yapıldı; batin orta hattı dolduran barsak anslarını lateral ve posteriora iten, internal ekolar içeren 250x200x140 mm boyutlarında kistik kitle lezyon tespit edildi. Diğer batin içi organlarda patolojik bulguya rastlanmadı. Batin içi serbest sıvı gözlemlendi. Ultrasonografik bulguları müsin üreten bir over tümörü olabileceğine işaret etmekteydi. Ameliyat öncesi dönemde (i.v.) kontrastlı tüm batin BT tetkiki yapıldı; batin orta hattı tamamen dolduran (Resim 1), barsak anslarını iten, 250x250 mm boyutlarında lobüle konturlu septasyonlar içeren (Resim 2), belirgin solid komponent barındırmayan, yoğun içerikli kistik kitlesel lezyon ve serbest sıvı tespit edildi (Resim 3). Görüntüleme yöntemleri ile lezyonun sol over kaynaklı, kistik, benign bir lezyon olduğu kanaatine varıldı ve cerrahi eksplorasyon kararı verildi.



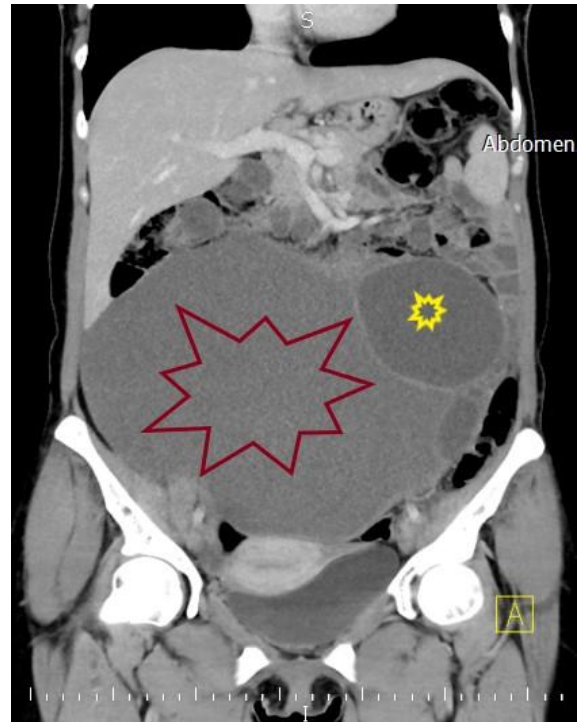
Resim 1: Anterior koronal BT kesitlerinde, batinın tümünü kaplayan dev kistik lezyon imajı.

Batin orta hat kesisi ile yapılan eksplorasyonda (Resim 4) kitlenin karaciğer ve dalak alt bölgelerine kadar uzandığı, tüm barsak anslarına baskı yaptığı, barsakları lateral ve posterior bölgelere doğru ittiği görüldü. Batin içinde seröz vasıfta serbest sıvı vardı, sitolojik inceleme amaçlı örnek alındı. Kitle sol over

kaynaklıydı, 260x260x120 mm boyutlarındaydı, düzgün yüzeyli ve kistik görünümdeydi (Resim 5).



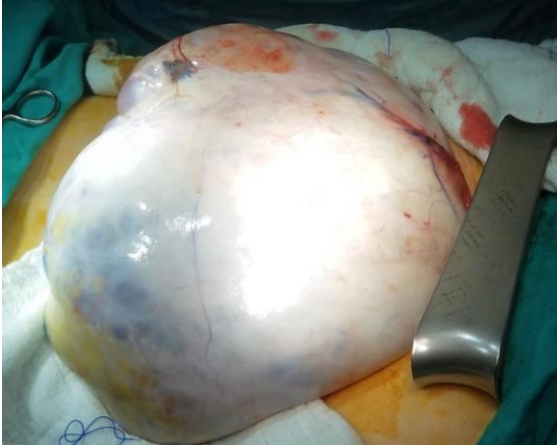
Resim 2: Koronal portal ven düzeyindeki kesitlerde, kist multilokuler homojen BT atenüasyonunda, regüler, düzgün kontürlü ve vejetasyon içermemekle birlikte farklı dansitelerde seröz sıvı cepleri içermektedir. Düşük (sarı işaret) ve yüksek atenüasyonlu (kırmızı işaret) sıvı dansiteleri görülmektedir.



Resim 3: Sagittal vertebra düzeyindeki imajlarda, üst abdomene ekspansive uzanım mevcut ve üst abdominal organlar itilmiştir (ok başları). Batin alt kadranda serbest sıvı mevcuttur (renkli işaret).



Resim 4: Epigastrik bölgeden pubise uzanan orta hat kesisi, tüm batını kaplayan kitle. Kitlenin superior kesimi karaciğer ile temas halinde.



Resim 5: Düzgün yüzeyli, kistik komponentleri olan batın içi kitle.

Kitle sol salpinks ile birlikte unblock rezeksiyon yapıldı. Kitle hakkında malign-benign lezyon ayrımının yapılabilmesi için histopatolojik olarak frozen inceleme yapıldı; lezyonun benign karakterde olduğu tespit edildi. Hastaya ameliyat sonrası 12. saatte oral gıda başlandı ve hasta ameliyat sonrası 4. günde problemsiz olarak taburcu edildi.

Histopatolojik inceleme sonucunda kitlenin fokal epitelyal proliferasyon ve papiller projeksiyon alanları içeren, sol over kaynaklı, seröz kistadenofibrom olduğu tespit edildi. Batın içi serbest sıvıdan yapılan sitolojik inceleme sonucu dejeneren nükleuslar saptandı, malign hücrelere rastlanmadı. Hastanın taburculuktan bir ay sonraki CA-125 değerinin 34.57 U/ml'ye düştüğü görüldü.

TARTIŞMA

Büyük boyutlu over tümörleri hastada ağrı, karında ele gelen kitle, dolgunluk ve bası semptomlarına yol açar. Bu kitlelerin erken tanı ve tedavisi hem semptomları düzeltir hem de kitlenin histopatolojik olarak incelenmesine olanak sağlar (4). Bu tümörler oldukça büyük boyutlara ulaşabilirler. Atak ve ark. ciddi intestinal obstrüksiyona ve dispneye yol açan 2 dev over tümörü vakası bildirmişlerdir. Bir tanesi 46 yaşında hastada, 50x45x55 cm boyutlarında müsinöz kistadenokarsinom; diğeri ise 85 yaşında hastada 50x40x50 cm boyutlarında müsinöz kistadenofibrom olgusudur (6). Over kaynaklı dev kistik adneksiyel

kitleler genellikle benign lezyonlardır, nadiren malign karakterlidirler. Malign adneksiyel kitleler premenopozal hastalarda %7-13, postmenopozal hastalarda ise %8-45 oranında görülürler.

Benign lezyonlar ya seröz ya da müsinöz tip kistadenomlardır. Seröz tümörler %70 oranında benign, %5-10 oranında borderline, %20-25 oranında malign lezyonlardır. Seröz tümörler %10 oranında bilateral görülebilirler. Seröz kistadenomlar over yüzey epitelinin invajinasyonu ve seröz sıvı sekresyonu sonucu oluşurlar, genellikle multilokülerdirler. Bazı olgularda papiller projeksiyon alanları gözlenebilir. Literatür taramasında seröz kistadenomların postmenopozal hastalarda premenopozal hastalara oranla çok daha nadir görüldüğü tespit edilmiştir. CA-125 değeri malign over tümörlerinde oldukça yüksek seyrederken, benign dev adneksiyel kitlelerde genellikle normal sınırlarda (<35 U/ml) saptanmıştır. Bununla birlikte yükseklik saptanan olgularda, yüksekliğin peritonun gerilmesine ve irritasyonuna bağlı olduğu kanaati mevcuttur (7,8).

Minimal invaziv bir yöntem olması ve kısa hastane yatışı gibi nedenlerle küçük boy over tümörleri için genellikle laparoskopik cerrahi altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Büyük boy over tümörlerinde batında yeteri kadar yer kalmaması, kistlerin rüptürü ve malign hücrelerin batına yayılma riski nedenleri ile açık cerrahi daha çok tercih edilen yöntemdir. Ultrason eşliğinde kistlerin aspirasyonu mümkün olursa laparoskopik cerrahi de uygulanabilir. Drenaj ameliyat öncesi dönemde yapılabileceği gibi drenajın laparoskopi esnasında tümör yüzeyi incelendikten sonra yapılması daha uygun olabilir. Bununla birlikte düşük bir ihtimalle olası malign hücrelerin batına yayılabileceği akılda tutulmalıdır (9). Dev over tümörlerine yaklaşımda ameliyat esnasında frozen yöntemiyle histopatolojik inceleme ameliyatın seyrini belirler. Over tümörlerinde frozen incelemenin genel tanısal doğruluk oranı %90-96 arasındadır. Tümör boyutu ≥ 10 cm ve tümör müsinöz histolojiye sahipse frozen incelemenin başarı oranı düşmektedir. Bununla birlikte malign histolojiye sahip tümörlerde frozen incelemenin tanısal doğruluk oranı %99'a kadar yükselebilir (10,11).

Sonuç olarak dev adneksiyel kitlelerde batın ultrasonografisi, BT, MR ve CA-125 değerleri tanı aşamasında kritik rol oynar. Benign olduğuna kanaat getirilen kistik lezyonlar büyük olasılıkla müsinöz ya da seröz kistadenomlardır. Bu lezyonlarda malignite ihtimali düşük de olsa vardır. Laparoskopik cerrahi bir seçenek olabilir ancak açık cerrahi esas tedavi yöntemidir. Bu lezyonların tanısı ancak rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelenmesiyle konabilir. Dev adneksiyel kitlelerde doğru tanı ve uygun vaka yönetimi onkolojik açıdan büyük öneme sahiptir.

Hasta onamı

Hasta onamı 16/04/2018 tarihinde alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Czernobilsky B, Borenstein R, Lancet M. Cystadenofibroma of the ovary: a clinicopathologic study of 34 cases and comparison with serous cystadenoma. *Cancer* 1974;34:1971-81.
2. Groutz A, Wolman I, Wolf Y, Luxman D, Sagi J, Jaffa AJ, David MP. Cystadenofibroma of the ovary in young women. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1994;54:137-9.
3. Diebold J. Seröse Tumoren des Ovars. *Pathologie.* 2014;35:314-21.
4. Işık Y, Ozcan Daga Z, Önal M, Bulanık M. Giant abdominal mass originating from the ovary. *J. Exp. Clin. Med.*, 2017;34(3):219-21.
5. Imaoka I, Wada A, Kaji Y, Hayashi T, Hayashi M, Matsuo M, et al. Developing an MR Imaging Strategy for Diagnosis of Ovarian Masses. *Radiographics* 2006;26:1431-48.
6. Atak T, Yalman H, Gökdağlı F, Yiğitbaşı R. İntestinal Obstruksiyona Sebep Olan Dev Over Tümörü: İki Olgu Sunumu. *Medical Journal of Bakırköy* 2012;8:41-3.
8. Fatema, N, Mubarak Al Badi, M. A Postmenopausal Woman with Giant Ovarian Serous Cyst Adenoma: A Case Report with Brief Literature Review. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2018, 5478328. doi:10.1155/2018/5478328.
9. Tolman CJ, Vaid T, Schreuder HW. Extremely elevated CA-125 in benign ovarian disease due to stretch of the peritoneum. *BMJ Case Reports* 2012; doi:10.1136/bcr-2012-006664.
10. Alobaid A, Memon A, Alobaid S, Aldakhil L. Laparoscopic Management of Huge Ovarian Cysts. *Obstetrics and Gynecology International.* *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:380854. doi: 10.1155/2013/380854.
11. Menzin AW, Rubin SC, Noumoff JS, LiVolsi VA. The accuracy of frozen section diagnosis of borderline ovarian malignancy. *Gynecol Oncol* 1995;59:183-5.
12. Ayhan A, Ozler A, Dursun P, Haberal AN. Potential role of increasing number of sections in frozen section diagnosis of ovarian tumors. *J Exp Ther Oncol.* 2016;11(4):245-50.