

BENİGN KİSTİK OVER TERATOMLARI

Dr. Hikmet Yavuz*

Dr. Sevim Dinçer**

Over teratomları çoğu kez kistik ve solid tümörler diye iki grupta incelenmiştir. Ayrıca kistik over teratomlarının benign olanları da yakın zamanlara kadar, embriyolojik yönden büyük oranda ektodermal elementler taşıdıklarından «dermoid kist» adı altında ifade edilmekteydiler. Fakat son zamanlarda dermoid kist terimi daha az kullanılmaya başlanmış ve yerini «benign kistik teratom» deyimine bırakmıştır. Nedenine gelince, her ne kadar dış görünüş olarak egemen doku ektodermal nitelikte ise de, histolojik yönden 3 germ yaprağına ait doku ve yapı özelliklerini taşıyabilirler. Ve de benign ve kistik olduklarından, benign teratom deyimini kullanmak daha doğru ve yerinde olur kanısındayız.

Kistik over teratomları, şaşırtıcı klinik şekilleri ve çok değişik görünüşleri nedeniyle oldukça ilgi çekici bulunmuş ve halk arasında dahi fantastik görüşlere, yanlış değerlendirmelere yol açmıştır (3, 5, 11). Örneğin bu tümörler uzun bir süre kötü düşüncelerin bir karşılığı veya genç kızların evlenmemesine bir neden sayılmıştır (11). Peterson ve arkadaşlarının bildirdiğine göre bu tümörlerin orijiniyle ilgili yanlış değerlendirmelerin saçmalığını ilk defa 1875 yılında Pauly ortaya koymuştur (11).

Tüm over tümörlerinin % 20 si kistik over tümörleridir (3). Bu konuda daha düşük oranlar bildirenler olduğu gibi, daha yüksek olarak ifade edenlerde vardır (1, 11, 14). Her yaşta görülebilir-se de, genç yaştaki kadınlarda daha çok bulunurlar. (3). Çoğunlukla tek taraflıdır. Peterson ve arkadaşları kistik teratomların % 15 oranında iki taraflı, geriye kalanların ise tek taraflı olduklarını (sağ veya sol) bildirmişlerdir (11).

* A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın - Doğum Kürsüsü Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın - Doğum Kürsüsü Asistanı.

(A. Ü. T. F. Mec., XXIII, VI, 1724 - 1736, 1970)

Yukarıda bazı özelliklerine kısaca değindiğimiz kistik over teratomları klinik yönden büyük önem taşırlar. Çünkü benign oldukları halde birçok komplikasyonlara sebep olabilir, karsinamatöz değişim gösterebilirler. İşte bu nedenle, kliniğimizde teşhis ve tedavi edilmiş kistik teratom vak'alarını yeniden değerlendirmek, yol açtıkları komplikasyonları ve tümörlerin klinik özelliklerini ortaya koymak amacıyla bu klinikopatoojik incelemeyi yaptık.

KLİNİK MATERYEL VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmalarımızı 1950 - 1970 yılları arasında A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde teşhisle operasyon uygulanan ve histopatolojik incelemelerle doğrulanan vak'alar üzerinde yaptık. Bu yıllar arasında kliniğimiz jinekoloji bölümünde 650 over tümörü saptanmış; bunların da 60'ında teratom teşhisi konmuştur. Teratom vak'alarının 51'i benign kistik teratom (dermoid kist) ve 9'u (% 15) solid teratom olarak nitelendirilmiştir. Biz burada kistik over teratomu vak'alarımızla ilgili klinik, histopatolojik bulgularımızı ve tedavileri konusundaki görüşlerimizi belirtmek istiyoruz.

TABLO : 1

BENİGN KİSTİK TERATOM VAK'ALARINDA YAŞ DURUMU

Yaş	Hasta sayısı
0 - 10	0
11 - 20	4
21 - 40	16
21 - 30	22
41 - 50	8
51 - 60	1
Toplam	51

Vak'alarda yaş :

Vak'alarda en küçük hasta yaşını 18, en büyüğünü 55 olarak bulduk. Yaş ortalaması ise 32.2 olarak saptandı. 42 vak'ada (% 82.4) yaş durumu 40 ve 40'ın altında idi. Geriye kalan 9 vak'ada ise 40 - 60 arasındaydı. Bu 9 vak'adan 6'sı menapozal veya postmenapozal devredeki hastalardı. Geriye kalan 3 vak'ada da siklus normaldi.

Parite :

51 vak'adan 6'sı (% 11.7) evlenmemiş, 45'i evli olan hastalardı. Bunlardan 4'ü hiç doğum yapmamış, geriye kalanı 1 ve 1 den fazla doğum yapanlardı.

Doğum yapanlardan en büyük grup 4 den fazla doğum yapmış olanlardı ve bunu sayıca fazlalık yüzünden 3 ve 2 doğum yapmış olanlar izliyordu. Yine doğum yapmışlardan 21 inde 1 veya 1'in üzerinde spontan abortus tesbit edilmiştir.

TABLO : 2
KİSTİK TERATOM VAK'ALARINDA
PARİTE

	Hasta sayısı
Evlenmemiş	6
Evli	45
Doğum yapmamış	4
1 doğum yapmış	6
2 doğum yapmış	8
3 doğum yapmış	9
4 doğum yapmış	5
4 ten fazla doğum yapmış	13
Spontan abortus	21

Vakalarda semptomlar :

Kistik teratomlarda saptanan semptomlar Tablo 3. de gösterilmiştir.

TABLO : 3

Semptom	Premenapozal Hasta sayısı	Postmenapozal Hasta sayısı
Semptomsuz	2	—
Abdominal pelvik ağrı	25	6
Dispareunia	2	1
Sık, sancılı idrar	2	—
Amenore	1	—
Oligomenore	6	—
Dismerone	1	—
Menometroraji	3	1
Akut karın	4	—
İnfertilite	1	1
Vajinal akıntı	3	2
Karında şişlik hissi	8	—
Konstipasyon	1	1

Bu tabloda görüldüğü gibi, kistik teratomlu hastalarda en sık karşılaşılan şikayet pelvik bölgede yerleşen kronik ağrı olmuştur. (% 60.7). 4 vak'a-

da (% 7.8) bulantı, kusma, miusküler defans; alt karın kadranında kolik şeklinde sancı nedeniyle akut karın sendromu teşhisi konmuş; laparatomide bu durumun sebebinin kistik teratomun torsiyonu olduğu anlaşılmış, ayrıca bunlardan ikisinde enfeksiyonun varolduğu görülmüştür. 11 vak'ada menstrüel siklusla ilgili bozukluklar saptanmıştır. Bu durumun tümüyle kistik teratomlarına bağlı olduğu söylenemezse de, operasyonu takiben 11 vak'adan 8 inde siklusla ilgili şikâyetlerin kaybolduğu tesbit edilmiştir. Bu da kistik teratomların overin hormon fonksiyonları üzerine direkt veya indirekt etkisi olduğunu göstermektedir. Fakat vak'alarda hormonal değerlendirme yapılamamıştır.

Bir vak'a infertilite şikâyetiyle kliniğimize gelmiş, tetkiklerini takiben laparatom yapılmış ve bir overden gelişmiş kistik teratom çıkarılmıştır. Fakat hasta operasyon sonrası devrede yeteriyle izlenemediğinden gebe kalıp kalmadığı öğrenilememiştir.

İdrar şikâyetlerinin klinik tabloya egemen olduğu 2 vak'ada, jinekolojik muayenede tümörlerin özellikle uterusun önünde ve ortaya doğru lokalize oldukları dikkati çekmiştir. Bu hastalarda operasyonu takiben idrar şikâyetleri kaybolmuştur.

Vak'alardan 10 u karınlarında şişlik hissettiklerini, bir kısmı da karınlarına ellediklerinde bir kitle ele geldiğini bildirmiştir.

Bunların dışında 3 vak'da dispareunia, 1 vak'ada konstipasyon, 4 vak'ada vajinal akıntı saptanmış, buna karşılık struma ovarii vak'alarında hipertroidi ile ilgili şikâyet saptanmamıştır.

Tesadüfen yapılan jinekolojik muayenelerde ortaya çıkartılan 2 vak'ada, daha önce teratomla ilgili hiçbir semptom görülmemiştir.

Teşhiste yardımcı araçlar.

51 vak'anın 14 ünde direkt pelvis grafisi çekilmiş, bunlardan 8 inde (% 50.7) kistik teratoma özgü görünüm saptanmış, 3 vak'ada (% 21) pelviste lokalize gölge koyuluğu dikkati çekmiş; 3 vak'ada ise (% 21) ovarial tümöre işaret edecek herhangi bir görünümle karşılaşılmamıştır.

Tümörle ilgili komplikasyonlar

Akut karın sendromu tablosu içinde kliniğe gelen 4 vak'aya derhal laparotomi yapılmış ve kistik teratomun torsiyone olduğu görülmüştür. 3 vak'ada infekte kist saptanmıştır. Bunların ikisi kist torsiyonuna eşlik ederek akut karın sendromu tablosuna yol açmıştır. Diğer infekte vak'a belirgin bir klinik tabloya sebep olmamıştır. Daha önce öntgenölojik olarak kalsifikasyon gösteren bir vak'anın operasyon materyelinde de bu durum gözlenmiştir. Kalsifikasyonla ilgili olarak hastada herhangi bir şikâyet ve muayene bulgusuna rastlanmamıştır.

TABLO : 4

KİSTİK TERATOM VAK'ALARINDA UYGULANAN TEDAVİ

	Vak'a sayısı	
	Premenapozal	Menapozal + Postmenapozal
Yalnızca kist rezeksiyonu (Kistektomi - Normal over) dokusu yerinde bırakarak)	1	0
Tek taraflı ooforektomi veya salpingo - ooforektomi	40	1
Tek taraflı ooforektomi veya salpingo - ooforektomi + öteki overde konservatif kistektomi	1	2
İki taraflı salpingo - ooforektomi + total histektomi	0	2
İki taraflı ooforektomi veya salpingo - ooforektomi	0	4

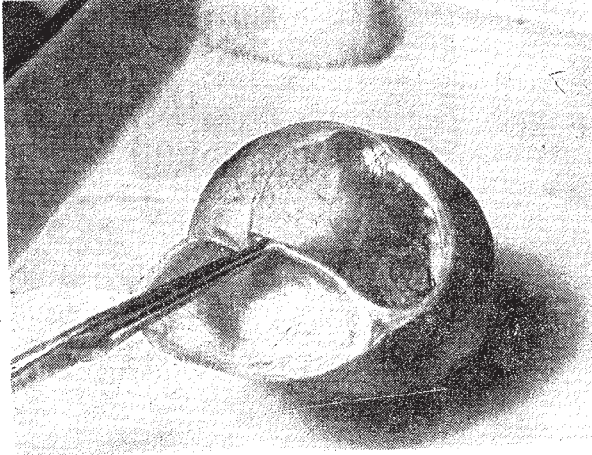
Tedavi

Bu tabloda görüldüğü gibi vak'aların büyük çoğunluğunda, yani 51 vak'adan 40'ında (% 80.3) tek taraflı ooforektomi veya salpingo-ooforektomi uygulanmıştır. Geriye kalan vak'alarda iki taraflı ooforektomi veya salpingo-ooforektomi, ve daha da az olmak üzere radikal operasyon uygulanmıştır. Radikal operasyonun yani (iki taraflı salpingo-ooforektomi + total histerektomi) az uygulanış nedeni hastalarımızın genellikle üreme çağında oluşları (yaş ortalaması (32.2) ve ayrıca yapılan jinekolojik muayenede ve de laparotomi sırasında maligniteyi düşündürecek bulguların saptanmamış oluşudur.

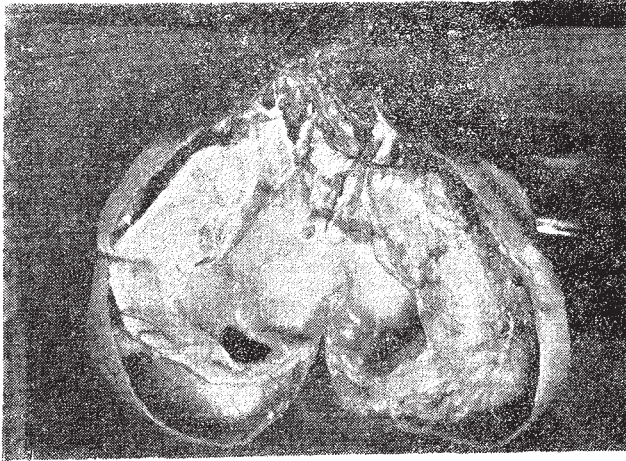
Kistik teratom vak'alarımızı lokalizasyon bakımından da değerlendirdik. Şöyle ki, 48 vak'ada (% 90.4) tek taraflı, bunlardan da 25 vak'ada (% 49) tümör sağ overde lokalize, 23 vak'ada (% 45) sol overde lokalizeydi; 3 vak'ada ise (% 5.4) iki taraflı lokalizasyon gösteriyordu.

Bütün vak'alarda operasyon materyellerinde histopatolojik inceleme uygulanmış, yapılan bu incelemede ektodermal elementler histolojik tabloya egemen olmak üzere, diğer tabakalara ait element-

lerde bulunmuştur. En önemlisi 2 vak'ada (% 3.9) struma ovarii-tümöre egemen doku olarak dikkati çekmiştir.



Resim : 1 — Kistik teratomda makroskopik görünüm (Klinik arşivinden)



Resim: 2 — Kistik teratom kesitinin makroskopik görünümü (Klinik arşivinden)

Bu arada over tümörü teşhisiyle 2 defa laparotomi geçirmesi nedeniyle özellikle ilgi çekici bulduğumuz bir vakaya da değinmek isteriz. Hasta 1952 yılında over tümörü teşhisiyle kliniğimizde yatmış, tetkiklerini takiben operasyona alınmış ve soldan kistik over

tümörü rezeksiyonu ve buna ek olarak uterusu da myom saptandığından, supra - servikal histerektomi yapılarak taburcu edilmiştir. Operasyon materyelinin histopatolojik incelenmesinde teratomla ilgili bulguya rastlanmamıştır. 1956 yılında alt katın kadranda lokalize ve beline vuran ağrılar nedeniye kliniğimize yatırılan hastaya sağda over tümörü teşhisiyle yeniden laparotomi yapılmıştır. Sağ overden gelişmiş kistik bir tümör rezeke edilmiş ve bu kez histopatolojik tetkik sonucunda over tümörü, kistik teratom olarak teşhis edilmiştir. Daha sonra hasta iyileşerek taburcu edilmiştir. Bunun dışında hiçbir vak'amız, over tümörü nedeniyle daha önce laparotomi geçirmemiştir.



Resim : 3 — Kistik teratomda mikroskopik görünüm (Klinik arşivinden)

51 adet kistik teratom vak'asından 4 ünde teratomla birlikte uterus myomu, 1 inde prolapsus uteri, 3 vak'ada, ki bunlar torsiyone ve infekte kistik teratomlardı, pelvik enfeksiyon; 15 vak'ada ise retroversiyon, retropozisyon v.b. gibi uterusun pozisyon bozuklukları ile ilgili patolojik durumlar saptandı (Tablo 5). 12 vak'a normal gebelikle beraberdi. Bu vak'alarda tümör rezeksiyonunun gebelik üzerine zararlı bir etkisi olmamıştır.

Tablo 6. da görüldüğü gibi, vak'aların 21 inde (% 41) tümör önde, 13 ünde (% 25) yanda, 9 unda (% 17) arkada lokalize idi. 8 vak'ada ise (% 15) tümör pelvisi doldurduğu için uterus arkaya itil-

TABLO 5.

24 ADET KİSTİK OVER TERATOMU VAKASINDA SAPTANAN
DİĞER GENİTAL BULGULAR

	Hasta sayısı
Myoma uteri	3
Prolapsus uteri	1
Uterusun diğer pozisyon bozuklukları	15
Pelvik infeksiyon	3
Kistik teratom-Gebelik	2
Toplam	24

mişti. Bu 8 vak'adan 1 inde tümör pelvisi olduğu kadar, kaın boğ-
luğunu da doldurmuştu. Ayrıca iki vak'ada tümör göbeğin iki par-
mak üzerine kadar yükseliyor, 3 ünde ise göbeğe kadar yükselen tü-
mör tüm alt karın kadranını tutuyordu. 8 vak'anın dışında kalan
43 adet vak'ada tümör çapı 4 cm. ile 15 cm. arasında değişiyordu
(ortalama olarak 10 cm. kadardı).

TABLO 6

51 ADET KİSTİK OVER TERATOMU VAKASINDA TÜMÖR
LOKALİZASYONU VE UTERUSUN POZİSYONU

	Vaka sayısı
Uterus anteverti, tümör yanda	13
Uterus anteverti, tümör arkada	9
Uterus retroverti, tümör önde	21
Uterus retropoze, tümör pelvisi doldurmuş	8

YORUM

Kistik teratomlar her yaşta görülebilen bir tümör olmakla be-
raber genç kadınlarda daha fazla görüldüğü kanısı yaygındır (1, 3, 9,
11). Kliniğimizde saptanın 51 benign kistik teratom vak'asında biz,
en küçük hasta yaşını 18, en büyük yaşı ise 55 olarak bulduk. Vak'a-
larımızda yaş ortalamasının 32.2 olduğu ve 42 vakadaki (% 82.4)
yaş durumunun ise 40 ve 40 ın altında bulunduğu dikkate alınırsa,
kistik teratimların her yaşta görülebilmekle beraber, asıl üreme ça-
ğındaki genç ve orta yaşlı kadınların bir hastalığı olduğu ifade edi-
lebilir. Buna karşılık Kistner, Malkasian ve arkadaşları bu tera-
tomların çoğunlukla 40 yaşın üzerindeki kadınlarda, Peterson ve ar-

kadaşları ise çoğu vakanın 2--30 yaş arasındaki kadınlarda görüldüğünü bildirmişlerdir (7, 8, 11).

Biz kistik teratom vakalarının tüm over tümörlerine oranını % 7.8 olarak bulduk. Blackwell ve arkadaşları aynı konuda yaptıkları çalışmalarda bu oranı % 5, Smit % 23.2, Peterson ve arkadaşları ise % 11.1 olarak bulmuşlardır (6, 11, 14). Gerek klasik yayınlarda gerekse çeşitli araştırmalarda elde edilen sonuçlar arasında oldukça belirgin farklar vardır. Nedenleri çeşitlidir. Herşeyden önce incelemenin yapıldığı hastanenin özellikleri rol oynamış, ayrıca over tümörleri içine neoplazik olmayan over büyümelerinin de alınması sonuçların daha düşük çıkmasında etkili olmuştur.

Malkasian ve arkadaşları 581 adet benign kistik teratom serisinde evlenmemişlerde görülme oranının beklenilenden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (8). Bizim araştırmamızda 51 adet kistik teratom vakasından 6 sı (% 11.7) evlenmemiş, buna karşılık 45 vaka (% 88.3) evlenmiş kadınlardı. Bulduğumuz bu sonuçlara dayanarak evli olup olmamakla kistik teratom oluşması arasında bir ilişki kurulamamıştır. Öte yandan 4 vakamızda infertilite, geriye kalanlarında 1 veya 1 den fazla doğum saptadık. Vakalarımız arasında birden fazla doğum yapan hastalar çoğunlukta idi. 21 vakada da spontan abortus saptandı. Fakat doğum ve abortus seyri ile tümör gelişimi arasında yine bir ilişki kurulamamıştır.

Malkasian ve arkadaşları 581 benign kistik teratom vakasından premenapozal grupta % 49.1, postmenapozal grupta ise % 62 sinin semptom vermediğini bildirmiş; Peterson ve arkadaşları da semptom vermeyen vakaların % 6 ile 42 arasında değiştiğini, kendi vakalarında asemptomatik kistik teratomların % 23.2 olduğunu ileri sürmüşlerdir (8, 11). Biz 51 kistik teratom vakasından yalnızca ikisinin (% 3.9) semptomsuz olduğunu saptadık. Bu diğer araştırmacıların bulgularına oranla oldukça düşüktür. Semptomları doğuran belli başlı nedenleri şu şekilde sıralayabiliriz:

1 — Tümörün lokalizasyonu: Tümör vesika urinaria, barsak gibi organlara ne kadar yakın ise ve o organlara olduğu kadar peritona ne kadar fazla baskı yapıyorsa o oranda semptomlar artar.

2 — Tümörün büyüklüğü: Tümör ne kadar büyükse, kapsülü ne kadar gerginse o kadar çok basınç ve gerginlik ağrısı yapar ve

komsu organ fonksiyonunu bozarak onlarla ilgili şikâyetlere yol açar.

3 — Tümörde ortaya çıkan sekonder komplikasyonlar : Şikâyetler infeksiyon, torsiyon, v.b. komplikasyonların ortaya çıkmasıyla başlayabileceği gibi, önceden var olan şikâyetler de fazlalaşır.

Vak'alarımızda en yaygın semptom alt pelvik bölgede lokalize ağrı olmuştur (% 60.7). 4 vak'ada (% 0.7) akut karın sendromu ile ilgili semptomlar ortaya çıkmıştır. 11 vak'ada (% 21.5) menstrüel siklus bozuklukları görülmüşse de, siklus bozuklukları ile kistik teratomu arasında bir ilişki kurmak olanağı bulunmamıştır. Peterson ve arkadaşları bizim bulgularımıza göre daha düşük olmak üzere % 47.6 oranında ağrı saptamışlardır (11). Malkasian ve arkadaşları premenapozal grupta % 24.8, postmenapozal grupta % 19.3 oranında ağrı bulmuşlardır (8). Yine bu araştırmacılar birinci grupta % 5.1, ikinci % 3 oranında akut karın sendromu görüldüğünü ileri sürmüşlerdir. Bizim vak'alarımızda akut karın sendromunun nedeni kistik tümörün torsiyonu ve infeksiyonu olduğu halde, Malkasian ve arkadaşları kendi serilerinde 8 vakada kist rüptürü, 16 vakada kist torsiyonu saptamışlardır. Bizim serimizde kist torsiyonu 4 vakada da akut olarak başlamış ve bunlardan 2 sine enfeksiyon eşlik etmiştir. Buna karşılık, Malkasian ve arkadaşlarının bulgularının aksine, kist rüptürü ve yavaş torsiyon saptamadık. Peterson ve arkadaşları da rüptür oranını % 1.3 olarak bulmuşlardır. Yine bu araştırmacılar kist torsiyonu oranının % 16.1 olup, çok yaygın bir komplikasyon olduğunu belirtmişlerdir. Kistik teratomların irfekte oluş oranını % 1.2 olarak bildirmişler; ayrıca idiopatik sebeplerin, barsak adezyonlarının ve gebeliğin infeksiyona hazırlayıcı nedenler arasında başlıca rolü oynadığını belirtmişlerdir (11).

Komplikasyon olarak bir vak'ada kist içinde aşırı kalsifikasyon görülmüşse de bununla ilgili bir semptom saptanmamış, yalnızca röntgenolojik olarak tümör tümüyle kalsifiye bir durumda bulunmuştur.

Röntgen muayenesi yapılan 14 vak'adan 8'inde (% 57) kistik teratoma özgü görünüm, 3 vak'ada ise bölge koyulduğu (Rubin-White işareti) dikkati çekmiştir. Bazı araştırmacılar kalsifikasyon saptanmasıyla röntgenolojik yoldan % 68 vak'anın teşhis edilebileceğini bildirmişlerdir (4, 13). Malkasian ve arkadaşları da kendi serilerinde

aynı yolla premenapozal grupta % 43.5, postmenapozal grupta ise % 36 oranında kistik teratom teşhisi konulabildiğini belirtmişlerdir.

Kistik teratomlarda iki taraflılık oranı % 4 ile 25 arasında değişmektedir (3, 6, 7, 8, 12). Biz 51 adet vakadan 3 ünü (% 5.4) iki taraflı olarak saptadık. Buna karşılık % 93 ünü tek taraflı olarak bulduk. Peterson ve arkadaşları % 12.6 vakanın iki taraflı olduğunu bildirmişlerdir. Tek taraflı tümörlerden de % 49 u sağ overden, % 45 i sol overden gelişmişti. Bu bulgular diğer araştırmacılarınkine oldukça yakın değerlerdir.

Kliniğimizde tesbit edilen 51 vak'a arasında klinikman hipertroidi belirtileri vermeyen iki vak'anın histopatolojik incelemesinde struma ovarii adı verilen karakteristik bir görünüm saptanmıştır. Karşıt olarak literatürde hipertroidi belirtileri gösteren pek çok struma ovarii vak'ası yayınlanmış, bu konu üzerinde çok durulmuştur (3, 10). Diğer taraftan 3 vak'ada menometrorajik nitelikte kanama varlığına rağmen tümörün histolojik yapısıyla kanama arasında bir ilişki kurulamamıştır. Daha doğrusu konuyla ilgili gerekli histolojik ve biyosimik incelemeler yapılamamıştır. Bu nedenle Kliniğimizde tesbit edilen teratomların endokrinolojik fonksiyonları konusunda bir sonuca varmış değiliz.

Vak'alardan 2 sinde (% 3.7) aynı zamanda gebelik saptanmış, tümör rezeksiyonunun gebeliğin gidişi üzerinde kötü bir etkisi olmamıştır. Gebelikte komplikasyona sebep olan over tümörlerinin % 22 ile % 48.5 kadarının kistik teratomlar olduğu bildirilmiştir (2, 11). Gebelikte bu tümörlerin görülme oranı % 0.6 ile % 6 arasında değişmektedir (2, 11). Malkasian ve arkadaşları sözü edilen oranı % 3.3 olarak bulmuşlardır ki, bu bizim sonuçlarımıza oldukça yakındır. Vak'alarımızın diğer bir özelliği de teşhis edildikleri sırada henüz gebelik üzerinde zararlı bir etkiye yol açmamış oluşlarıdır. Aynı şekilde tümörde de gebelik ile ilgili bir komplikasyon olmamıştır. Oysa yayınlarda bildirildiğine göre gebelikte kistik teratomlarda rüptür oranı artmaktadır. Peterson ve arkadaşları % 12.8 oranında bu kistlerin gebelik ile birlikte olduğunu bulmuşlar ve % 38 oranında gebeliğin komplikasyona uğradığını bildirmişlerdir.

Bu konuyla ilgili olarak bir noktaya daha değinmek istiyoruz. 51 adet benign kistik teratom vak'amızın dışında 1 adet malign de-ği-

şim gösteren kistik teratom saptandık. Fakat vak'anın malign niteliği nedeniyle bu gruba koymadık. Böylece 51 benign kistik teratom vak'asına karşılık 1 adet malign değişim gösteren kistik teratom saptamış olmamız, kistik teratomlarda malign değişimin az oranda da olsa (% 1.8) her zaman mümkün olabileceğini göstermektedir.

ÖZET

Son 20 sene içinde kliniğimizde teşhis ve tedavi edilen 51 kistik teratom vak'ası çeşitli yönleriyle gözden geçirildi. Benign kistik teratomlar genellikle üreme çağıının bir hastalığıdır. Belirti, klinik bulgu ve komplikasyonları bakımından premenapozal, menapozal ve postmenapozal devrelerde bulunan hastalarda önemli ayrımlar göstermektedir.

Tedavide genç ve orta yaşlı kadınlarda ve özellikle çocuk isteyen, menstruel siklusun devamını isteyen hastalarda tümör tek taraflı ise, diğer over sağlam görünüyorsa konservatif davranmak yerinde olur. Diğer bir deyişle bu çeşit vak'alarda oofektomi veya kistektomi ile yetinmek daha doğru olur. Kistik teratomlarda malign değişim oranının araştırmacılara göre % 0.8'i geçmemesi bu tür davranışı haklı gösterecek nitelikte bir delildir. Bizim de kendi serimizde bu oranı % 1.8 yani düşük olarak saptamış olmamız bu görüşü doğrulamaktadır.

Buna karşılık, en küçük bir malign değişim şüphesi varsa veya laparatomide frozen seksiyon yaparak malignite bulguları saptanmışsa ve de hasta 40 yaşın üzerinde ise daha radikal operasyon gereklidir. Yani bu vak'alarda iki taraflı salpingo - ooferektomi + total histerektomi yapmak yerinde olur.

Öte yandan hastada hipertroidi belirtileri varsa, buna karşılık troid bezinde belirgin bir patolojik gelişme yoksa veya troid bezi alındığı halde bu kronik tablo gerilememişse, aktif bir struma ovarii akla gelmelidir. Fakat her struma ovarii'nin bizim vak'alarımızda da olduğu gibi, belirgin bir hipertroidi tablosu yapması gerekmez.

Sonuç olarak denilebilir ki, benign kistik teratomlar çeşitli komplikasyonlara sebep olabilen, az da olsa malign değişim gösterebilen tümörler olup, her ovarial büyümede akla gelmeli ve hemen laparatomiyeye gidilmelidir.

SUMMARY

Benign Cystic teratomas of the ovary

A detailed survey of clinical, pathological and statistical aspects and methods and result of treatment of 51 benign cysttic teratomas treated at our clinic during an 20 year period is reported and literature reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — BLACKWELL, W. J., BOCKERTY, B., MASSON, J. C., MUSSEY, R. D.: Dermoid cysts of the ovary: Their clinical and pathologic significance. Amer. J. Obstet. Gynec. 51: 151, 1946.
- 2 — BOOTH, R. T.: Ovarian tumors in pregnancy. Obstet. Gynec. 21: 189, 1963.
- 3 — ÇANGA, Ş., ESENDAL, A., YAVUZ, H.: Over tümörleri. A. Ü. Tıp Fak. Yayınlarından No: 226, 1. Baskı, A. Ü. Basımevi, 1970.
- 4 — GOOD, C. A.: The roentgenologic diagnosis of dermoid cyst of the ovary. Proc. Mayo Clin. 15: 265, 1940.
- 5 — HARRIS, H. R., WHITEHOUSE, D. B.: A foetiform teratoma. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 74: 776, 1967.
- 6 — HOFMEISTER, F. J., MILLER, J. P.: Bilateral dermoid cysts complicating pregnancy: Management: Report of a case. Obstet. Gynec. 7: 684, 1956.
- 7 — KISTNER, R. W.: Gynecology. Principle and Practice. Year Book Medical Publ. Chicago, 1964.
- 8 — MALKASIAN, G. D., DOCKERTY, M. B., SYMMONDS, R. E.: Benign cystic teratomas. Obstet. Gynec. 29: 719, 1967.
- 9 — NOVAK, E. R., WOODRUFF, J. D.: Gynecologic and Obstetric Pathology 5. baskı, Saunders Comp. Philadelphia, 1965.
- 10 — ÖNDER, I., ARIDOĞAN, N., KILIÇER, O.: Struma ovarii (son on sene içinde kliniğimizde görülen ovarial tümörlerin istatistikteki yeri). A. Ü. Tıp Fak. Mec., 23: 215, 1970.
- 11 — PETERSON, W. F., PREVOST, E. C., EDMUNDS, F. T., HUNDLEY, J. M., MORRIS, F. K.: Benign cystic teratomas of the ovary. A clinico-statistical study of 1070 cases with a review of the literature. Amer. J. Obstet. Gynec. 70: 368, 1955.
- 12 — RANDALL, C. L., HALL, D. W.: Clinical conciderations of benign ovarian cystomas. J. Obstet. Gynec. 62: 608, 1951.
- 13 — ROBINS, S. A., WHITE, G.: Roentgen diagnosis of dermoid cysts of the ovary in absence of calcification. Amer. J. Roentgen. 43: 30, 1940.
- 14 — SMITH, G. V. S.: Proliferative ovarian tumors: A cilinical and pathologic study of 435 cases treated between 1875 and 1928 at the clinic of the Free Hospital for Women. Amer. J. Obstet. Gynec. 18: 666, 1929.

(Mecmuaya geldiği tarih: 7 Aralık 1970)