

Vulvar Kitleler; Hastanemizdeki Vulvar Kitleli Olguların Güncel Literatür Işığında Retrospektif Analizi

Akif ALKAN*, Semih TUĞRUL**, Gazi YILDIRIM**, Deniz KÖSE**,
Pınar ÇİLESİZ**, Sadiye EREN***

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

*Uzm. Dr., Şef Muavini, **Uzm. Dr., ***Uzm.Dr., Klinik Şefi

Yazışma Adresi : Dr. Akif ALKAN Şerafettin Sok. 8/14 Erenköy – Kadıköy - İstanbul TURKEY

Tel: 00 (90) 216 345 05 30 **e-mail:** draalkan@e-kolay.net

ÖZET

Amaç: Vulvar kitleli olgularımızı literatür eşliğinde değerlendirerek vulvar kitleli olgulara yaklaşımı belirlemek

Materyal ve Metod: Ocak 1999 – Ocak 2003 tarihleri arasında vulvar kitle ön tanısı ile hastanemize yatan vakaların retrospektif taranması ile toplam 201 vaka seçildi. Toplam 189 vaka çalışmaya alındı. Histopatolojik tanısı kesinleşenlerin yanında, klinik tecrübe ve müdahale sonucunda Bartolin kisti veya absesi tanısı konulmuş ve dosyalarında tanıları sonradan değişmemiş 126 vaka Bartolin Kisti/Absesi grubuna dahil edildi. Histopatolojik tanısı bartholin kisti/absesi dışında gelenler ve dosyalarında belirtilen tanıları bartolin ile ilgili olmayan 63 vaka Diğer Vulvar Kitleler grubuna dahil edildi.

Bulgular: Bartolin Kisti/Absesi grubundan 5 vakaya (%4) medikal, 66 vakaya (%52.4) cerrahi tedavi uygulandı. Aynı grupta hem cerrahi, hem de medikal tedavi alan vakaların sayısı 55 (%43.6) idi. Diğer vulvar kitleler tanısı almış gruptakilerin ise %79 (49) una sadece cerrahi tedavi uygulandı. Medikal ve medikal + cerrahi ise bu gruptakilerin ancak %21 ine uygulandı ($p < 0.0001$). Sadece patoloji sonucu çıkan ve müdahale sonrası kesinleşmiş histopatolojik tanıları ortaya çıkmış vakalar değerlendirildiğinde, ön tanısını Bartholin Kisti/Absesi koyduğumuzda histopatolojik olarak bartolin kisti çıkma sensitivitesi %80, spesifisitesi %84 olarak tespit ettik (Odds Ratio 4.7, %95 CI 2.2-10.1).

Sonuç: Bartolin kisti ve abseleri, fibromlar, fibromyomlar, lipomlar ve diğer solid ve kistik lezyonlar vulvada görülebilir. Bartolin kistlerinin çoğu asemptomatiktir ve çoğu rutin pelvik muayene sırasında tespit edilirler. Hastalar bazen çok geniş kistlerin bile farkında değildirler. Tanıyı kesinleştirmek ve hasta rahatsızlığını gidermek için çoğu solid tümör eksize edilmelidir. Bu tümörlerin çoğu benign olmasına rağmen, histopatolojik inceleme dikkatli yapılmalıdır. Herhangi bir vulvar müdahalede olduğu gibi buradaki yumuşak doku kompresyon güçlüğü nedeniyle hemostaz oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bartholin kist ve absesi, vulvar kitleler, tedavi

SUMMARY

Vulvar masses; A retrospective analysis of the patient with vulvar masses in our hospital by the references of current literature

Objective: To determine the management of the patients with vulvar masses in our hospital by the references of current literature.

Materials and Methods: Two hundred and one patients who were admitted to our hospital between January 1999 and January 2003, with the diagnosis of vulvar mass, were selected retrospectively. One hundred and eighty nine patients were evaluated. One hundred and twenty six cases were grouped as Bartholin Cyst/Abcess according to definitive histopathological diagnosis and clinical experiences. Sixty three patients that not naming Bartholin Cyst/Abcess were classified as Other Vulvar Masses.

Results: Medical (n=5, 4%) and surgical (n=66, 52.4%) treatment was performed for the cases of Bartholin Cyst/Abcess group. The both treatment modalities was applied fifty five (43.6%) patients of first group. The surgical procedure was applied 77% (49) of patient with vulvar masses other than bartholin cyst and abcess. Medical and both of medical and surgical therapy were applied 21% cases of second group ($p < 0.0001$). The sensitivity and spesificity were 80 % and 84% respectively compared with the first diagnosis and histopathological results (Odds Ratio 4.7, %95 CI 2.2-10.1).

Conclusion: Bartholin cyst and abscesses, fibromas, fibromyomas, lipomas, and other solid and cystic lesions can affect the vulva. Most Bartholin duct cyst are asymptomatic, and they may be found during routine pelvic examinations. Patients may even be unaware of large cysts. Most solid tumors should be excised, both to ascertain the diagnosis and to relieve the patient's discomfort. Histopathological studies must be carefully made, although most of these tumors are benign. As in any vulvar surgery, hemostasis is important, because compression is difficult to obtain in these soft tissues.

Key Words: Bartholin cyst and abcess, vulvar mass, treatment

GİRİŞ

Vulva derisi ektoderm kökenlidir, bu nedenle vücudun diğer bölgelerindeki deride görülen hastalıkların hepsini vulvada da görmek mümkündür. Vulva hastalıklarının takip ve tedavisinde unutulmaması gereken nokta, eritematöz, ülseratif, proliferatif veya hiperkeratotik lezyonlarla birlikte vulva kanseri olasılığıdır (1). Bu nedenle çok belirgin olan lezyonlar dışında mutlaka vulvar lezyonlardan histopatolojik inceleme şarttır. Vulva derisi çok ağrılı ve kanlanmadan zengindir. Müdahale veya biopsi alınırken bu husus gözönünde bulundurulmalıdır. Bartholin kisti ile ayrııcı tanısı gereken granüler hücreli myoblastom, leiomyom, fibrom, lipom, pigmente nevus ve hidradenom gibi bazı benign vulvar kitlelerin yanında kanserler ve agresif anjiom gibi nadir tümörler de akılda tutulmalıdır (2). Bu çalışmada amacımız, hastanemizdeki vulvar kitleleri retrospektif olarak inceleyerek vulvar kitlelerin tanı, takip ve tedavi stratejilerine bakış açımızı irdelemektir.

MATERYAL VE METOD

Çalışma, Ocak 1999 – Ocak 2003 tarihleri arasında vulvar kitle ön tanısı ile Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji kliniklerine yatan vakaların dosyalarının retrospektif taranması ile oluşturuldu. Toplam 201 vaka olduğu saptandı. Verilerinde eksiklik nedeniyle 12 vaka çalışma dışı bırakıldı. Toplam 189 vaka değerlendirildi. Dosyalar incelenerek iki grup oluşturuldu. Histopatolojik tanısı kesinleşenlerin yanında klinik tecrübe ve müdahale sonucunda Bartolin kisti veya absesi tanısı konulmuş ve dosyalarında tanıları sonradan değişmemiş 126 vaka *Bartolin Kisti/Absesi* grubuna dahil edildi. Histopatolojik tanısı bartholin kisti/absesi dışında gelenler ve dosyalarında belirtilen tanıları Bartolin ile ilgili olmayan 63 vaka *Diğer Vulvar Kitleler* grubuna dahil edildi.

Vakalar incelenirken hem iki grup hem de tüm vakalara ait bulgular ortak olarak tartışıldı. Vakaların yaşları ile birlikte gravida, parite, abortus, ektopik gebelik, küretaj (D&C) ve yaşayan çocuk sayıları dosyalarından tespit edildi. Gruplar hastanede yatış sürelerine göre karşılaştırıldı. Vakaların hemoglobin,

lökosit ve trombosit sayıları not edildi. Eğitim seviyeleri ve mesleklerine göre vakalar arasındaki farklılıklar araştırıldı. Vakaların poliklinik veya kliniğe başvuru yakınması olan ana şikayetleri belirlendi. Bu şikayetler; Vulvar ağrı, vulvar şişlik ağrılı, vulvar şişlik ağrısız, lökore, pruritus, vaginal kitle, vaginal kanama, disparoni, vulvar şişlik pruritus, vulvada beyaz lezyon, amenore başlıkları altında toplandı. Bu şikayetlerin ortaya çıkış zamanı ile kliniğe geldiği zaman arasındaki zaman hesaplandı ve yakınma süreleri <7 gün, 7gün – 1 ay, 1 ay – 3 ay, 3 ay – 1 yıl, >1 yıl olarak gruplandırıldı. Hastanemiz patoloji bölümünde değerlendirilen örnekler belirtildi. Uygulanan tedavi şekilleri genel olarak cerrahi, medikal ve cerrahi + medikal olarak sınıflandırıldı. Cerrahi müdahaleler ise kendi içinde; abse drenajı, gümüş nitrat, marsupielizasyon, eksizyonel biopsi, punch biopsi, koterizasyon, cuff biopsi, basit vulvektomi, hymenotomi, abse drenajı + gümüş nitrat, septum rezeksiyonu olarak alt gruplara sınıflandırıldı. İstatistik analiz için SPSS 11.5 for Windows (Statistical Package for Social Sciences- Illinois, Chicago) programı kullanıldı. Tüm vakaların tanımlanmasında betimleyici istatistik teknikleri uygulandı. Grupların karşılaştırılmasında, Fisher Exact, Student –t test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p<0.05 kabul edildi.

BULGULAR

Vakaların tümü incelendiğinde yaş ortalaması, 36.4 ± 0.9 yıl olarak tespit edildi (**Tablo I**).

Tablo I. Grupların genel demografik özellikleri

	Tüm Vakalar (n=189)		Bartholin Kisti/Absesi (n=126)		Diğer Vulvar Kitleler (n=63)		p
	Ort	± SEM	Ort	± SEM	Ort	± SEM	
Yaş (yıl)	36.4	0.9	34.4	0.9	40.4	2.0	0.009
Gravida (n)	3.5	0.2	3.0	0.2	4.6	0.4	0.001
Parite (n)	2.7	0.1	2.2	0.1	3.6	0.3	0.001
Abortus (n)	1.8	0.3	2.1	0.5	1.3	0.2	0.25
D&C (n)	1.6	0.1	1.4	0.1	2.0	0.3	0.18
Ektopik (n)	0.3	0.1	0.3	0.1	0.5	0.2	0.63
Yaşayan (n)	2.4	0.1	2.1	0.1	3.1	0.2	0.001
Hosp. süresi (gün)	2.6	0.2	2.1	0.1	3.6	0.6	0.02
Hemoglobin (g/dl)	12.0	0.1	12.0	0.1	12.0	0.2	0.90
Lökosit (mm ³)	10018	724	10645	951	8208	531	0.02
Trombosit (mm ³)	266274	5978	274557	7014	244738	10794	0.02

Bartholin kisti/absesi nedeniyle başvuran hastalar (34.4 ± 0.9) diğer vulvar kitleler nedeniyle başvuran hastalardan (40.4 ± 2.0) daha genç yaşta idiler (p<0.01). İlk gruptaki hastaların gravida, parite ve yaşayan çocuk sayıları (sırayla 3.0 ± 0.2 , 2.2 ± 0.1 ve 2.1 ± 0.1), vulvar diğer kitleleri olan hastalarından

(sırayla 4.6 ± 0.4 , 3.6 ± 0.3 ve 3.1 ± 0.2) anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırayla $p < 0.001$, $p < 0.001$ ve $p < 0.001$). Gruplar arasında düşük, küretaj, ektopik gebelik bakımından sayıca anlamlı farklılıklar tespit edilmedi. Hastanede kalış süresi Bartholin kisti/absesi tanısı alanlarda (2.1 ± 0.1 güne karşın 3.6 ± 0.6 gün ile) anlamlı olarak daha kısa idi ($p < 0.05$). Hemoglobin düzeyi bakımından iki grup arasında bir fark gözlenmezken, Bartholin kisti/absesi nedeniyle başvuran grupta lökosit ($10.645 \pm 951 / \text{mm}^3$ e karşın $8.208 \pm 531 / \text{mm}^3$) ve trombosit ($274.557 \pm 7.014 / \text{mm}^3$ e karşın $244.738 \pm 10.794 / \text{mm}^3$) anlamlı olarak daha yüksek değerlerde bulundu (sırayla $p < 0.05$ ve $p < 0.05$). Eğitim seviyelerine bakıldığında tüm vakaların %16.2 sinin okuma yazma bilmediği ve neredeyse yarıya yakının (%48.1) sadece ilkokulu bitirdiği saptandı. Vakaların ancak %5.6 kadarı bir yüksekokul mezunu idi (Tablo II). Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldıklarında eğitim durumlarının birbirlerinden farklı olmadığı ortaya çıktı ($p > 0.05$). Tüm vakalar topluca incelendiğinde %86.2 sinin ev hanımı olduğu görüldü. Bartholin kisti/absesi grubunda çalışmayan vakaların oranı %85.7 iken diğer vulvar kitleleri olan grupta bu oran %87.3 idi ($p > 0.05$). Vakaların meslek durumlarına göre birbirlerinden anlamlı bir farklılığı izlenmedi (Tablo II).

Tablo II. Eğitim seviyelerine ve Meslek durumlarına göre gruplar

	Tüm Vakalar			Bartholin Kisti/Absesi			Diğer Vulvar Kitleler			p
	n	±	%	n	±	%	n	±	%	
Eğitim Durumu										0.63
Okur yazar değil	29		16.2	18		15.1	11		18.3	
İlkokul	86		48.1	57		47.9	29		48.3	
Ortaokul	26		14.5	16		13.4	10		16.7	
Lise	28		15.6	22		18.5	6		10.0	
Yüksekokul	10		5.6	6		5.0	4		6.7	
Meslek Durumu										0.10
Ev hanımı	163		86.2	108		85.7	55		87.3	
Muhasebeci	2		1.1	2		1.6	0		0	
Memur	12		6.3	8		6.3	4		6.3	
Hemşire	2		1.1	0		0	2		3.2	
Öğrenci	2		1.1	0		0	2		3.2	
Serbest	4		2.1	4		3.2	0		0	
Emekli	2		1.1	2		1.6	0		0	
Doktor	2		1.1	2		1.6	0		0	

Bartholin kisti/absesi olan grupta özgeçmişinde Bartholin absesi öyküsü %66.7 oranında mevcut idi. Diğer vulvar kitleleri olan grubun özgeçmişinde tiroidektomi oranı %20.0 iken, ilk gruptakilerde tiroidektomi %9.5 oranında bulunmaktaydı ($p < 0.001$). İlk grupta kolesistektomi olanların oranı %9.5 iken, diğer nedenli vulvar kitlesi olanlarda bu oran %26.7 idi ($p < 0.001$). İkinci gruptaki 2 vakaya daha önceden basit vulvektomi uygulanmıştı. Vakaların başvuru nedenlerinin

yarısından fazlasını vulvada ağrılı veya ağrısız kitleler oluşturmaktaydı (Tablo III). Bartholin kisti/absesi olanlarda ağrılı veya ağrısız vulvar kitle %87.3 vakada esas başvuru yakınması iken, bu semptom ikinci gruptakilerin %25.4 ünde başvuru nedeni olarak saptandı ($p < 0.001$). Diğer vulvar kitleleri olan gruptakilerde daha farklı olarak pruritus, disparoni, vulvada beyaz lezyon gibi şikayetler ön plana çıkmaktaydı. Genel olarak tüm vakalara bakıldığında şikayet süreleri 1 gün ile 8 yıl arasında değişmekteydi (Tablo III). İlk gruptaki vakaların 49 unun (%39.2) yakınmaları 1 haftadan kısa süreli iken, diğer vulvar kitlesi olanların 10 unda yakınmaların süresi 1 haftadan kısa süreli idi. Şikayetlerinin varlığı ≥ 1 yıl olanlar ilk gruptakilerin %14.4 ünü, ikinci gruptakilerin ise %35.6 sını oluşturmaktaydı ($p < 0.001$).

Tablo III. Vakaların kliniğe başvuru yakınmaları ve bunların süreleri

	Tüm Vakalar			Bartholin Kisti/Absesi			Diğer Vulvar Kitleler			p
	n	±	%	n	±	%	n	±	%	
Yakınmaları										0.0001
Vulvar ağrı	10		5.3	6		4.8	4		6.3	
Vulvar şişlik -Ağrılı	75		39.7	61		48.4	14		22.2	
Vulvar şişlik -Ağrısız	51		27.0	49		38.9	2		3.2	
Lökore	2		1.1	0		0	2		3.2	
Pruritus	18		9.5	2		1.6	16		25.4	
Vaginal kitle	13		6.9	7		5.6	6		9.5	
Vaginal kanama	4		2.1	0		0	4		6.3	
Disparoni	9		4.8	0		0	9		14.3	
Vulvar şişlik- Pruritus	4		2.1	1		0.8	3		4.8	
Vulvada beyaz lezyon	2		1.1	0		0	2		3.2	
Amenore	1		0.5	0		0	1		1.6	
Yakınmaların Süresi										0.004
1-7 gün	59		32.1	49		39.2	10		16.9	
7 gün-1ay	35		19.0	25		20.0	10		16.9	
1- 3 ay	25		13.6	17		13.6	8		13.6	
3 ay- 1 yıl	26		14.1	16		12.8	10		16.9	
≥ 1 yıl	39		21.2	18		14.4	21		35.6	

Cerrahi müdahale sonrası spesimen elde edilebilen vakaların histopatolojik değerlendirme sonuçları Tablo IV' de verilmiştir.

Tablo IV. Patoloji sonuçlarının dağılımı

	Tüm Vakalar		
	n	±	%
Benign musinöz kist	4		6.3
Bartholin kisti	22		34.9
Liken simpleks	2		3.2
Non-enfeksiyöz dermatit	2		3.2
Hidroadenoma papilliformis	2		3.2
Fibroepitelyomatoz polip	4		6.3
Liken sklerozis et atrofikus	6		9.5
Gardner kisti	2		3.2
İnflamatuvar kloakojenik polip	2		3.2
Molluscum contagiosum	2		3.2
Fungal enfeksiyon	2		3.2
Hiperkeratoz	2		3.2
Lökoplaki	2		3.2
İnklüzyon kisti	4		6.3
Anjiokeratom	2		3.2
Kondiloma accuminata	2		3.2
Mikroinvazif epidermoid ca	1		1.6
Toplam	63		100

musinöz kist (% 6,3), Bartholin kisti (% 34,9), Liken simpleks (% 3,2), Non-enfeksiyöz dermatit (% 3,2), Hidradenoma papilliformis (% 3,2), Fibroepitelyomatoz polip (% 6,3), Liken sklerozis et atrofikus (% 9,5), Gardner kisti (% 3,2), İnflamatuvar kloakojenik polip (% 3,2), Molluscum contagiosum (% 3,2), Fungal enf. (% 3,2), Hiperkeratoz (% 3,2), Lökoplaki (% 3,2), İnklüzyon kisti (% 6,3), Anjiokeratom (% 3,2), Kondiloma accuminata (% 3,2), oranlarında görüldü. Sadece bir vakada malign sonuç tespit edildi (Mikroinvazif epidermoid kanser [% 1,6]). Bartolin Kisti/Absesi grubundan 5 vakaya (%4) medikal, 66 vakaya (%52.4) cerrahi tedavi uygulandı. Aynı grupta hem cerrahi, hem de medikal tedavi alan vakaların sayısı 55 (%43.6) idi (**Tablo V**).

Tablo V. Uygulanan tedavi şekilleri ve cerrahi müdahaleler

Tedavi Uygulamaları	Batholin Kisti/Absesi		Diğer Vulvar Kitleler		p
	n	%	n	%	
Medikal	5	4.0	6	9.7	0.0001
Cerrahi	66	52.4	49	79.0	
Medikal + Cerrahi	55	43.6	7	11.3	
Cerrahi Müdahaleler					0.0001
Abse drenajı	33	27.3	4	7.4	
Gümüş nitrat	11	9.1	0	0	
Marsupializasyon	37	30.6	0	0	
Eksizyonel biopsi	25	20.7	29	53.7	
Punch biopsi	3	2.5	9	16.7	
Koterizasyon	0	0	2	3.7	
Cuff biopsi	0	0	2	3.7	
Basit vulvektomi	0	0	2	3.7	
Hymenotomi	0	0	2	3.7	
Abse drenajı + Gümüş nitrat	12	9.9	0	0	
Septum rezeksiyonu	0	0	4	7.4	

Diğer vulvar kitleler tanısı almış gruptakilerin ise %79 (49) una sadece cerrahi tedavi uygulandı. Medikal ve medikal + cerrahi ise bu gruptakilerin ancak %21 ine uygulandı ($p < 0.0001$). Cerrahi müdahale tipleri Tablo V' de verilmiştir. Eksizyonel biopsi ilk gruptakilerin %20.7 sine uygulanmışken, diğer vulvar kitlesi olanların %53.7 sine uygulandı ($p < 0.0001$). Sadece patoloji sonucu çıkan ve müdahale sonrası kesinleşmiş histopatolojik tanıları ortaya çıkmış vakalar değerlendirildiğinde, ön tanısını Bartholin Kisti/Absesi koyduğumuzda histopatolojik olarak bartolin kisti çıkma sensitivitesi %80, spesifitesi %84 (**Tablo VI**) olarak tespit ettik (Odds Ratio 4.7, %95 CI 2.2-10.1).

Tablo VI. Ön tanı ve histopatolojik tanı arasındaki uyumluluk

Ön Tanı	Patolojik Sonuç		Batholin Kisti/Absesi		Diğer Vulvar Kitleler		Odds Ratio	(%95 CI*)	Sens %	Spes %	PPV %	NPV %
	n	%	n	%	n	%						
Batholin Kisti/Absesi	20	76.9	6	23.1			4.7	2.2-10.1	80	84	80	84
Diğer Vulvar Kitleler	6	16.2	31	83.8								

GA: Güven Aralığı, Sens:Sensitivite, Spesivite, PPV:Pozitif prediktif değer, NPV:Negatif prediktif değer

TARTIŞMA

Üreme çağındaki kadınlarda Bartholin kisti ve absesi oldukça yaygın problemlerdir. Bartholin bezleri bilateral olarak introitusun arkasında yerleşmiştir ve salgılarını vestibulumu saat 4 ve 8 hizasında boşaltırlar. Nohut cesametindeki bu bezler, sadece kist veya abse geliştiğinde palpe edilebilir. Ayırıcı tanıda epidermal inklüzyon kisti, Skene bezi kisti, hidradenoma papilliferum ve lipom gibi vulvanın kistik veya solid lezyonları düşünülmelidir. Tedavide ana hedef, eğer mümkünse, bezi fonksiyon görmesi için yerinde bırakmaktır. Kist ve abse için ofis bazlı müdahalelerin başında Word kateteri yerleştirmek gelir. Kist için marsupializasyon yapılabilir. Abse için marsupializasyon yapılmamalıdır. Geniş spektrumlu antibiyotiklerin tedaviye eklenmesi sadece selülit hallerinde gereklidir.

Eksizyonel biopsi, adenokarsinomu ekarte etmek için, perimenopozal dönemdeki irregüler, nodüler kitlelere uygulanmalıdır (3). Bartholin kisti/absesinde tedaviye başlamadan önce hastanın geçmiş öyküsü araştırılmalıdır. Bartholin absesinde tedavi acildir ve lokal anestezi altında drenaj ve Word kateteri uygulanması önerilmektedir (3). Mayiden kültür alınmalıdır. Eğer Word kateteri uygulama imkanı yoksa drenajdan hemen sonra oturma banyosuna başlanmalıdır. Akut absede marsupielizasyon aslında pek önerilmemektedir. Çünkü başarı oranının Word kateteri ile aynı olmasının yanında, uygulanması için genel anestezi gerekliliği bu müdahaleyi daha pahalı bir hale getirir. Gazlı bez yerleştirmek pek önerilmez. Sütür için 4-0 Vicryl veya Dexon önerilir ancak 4-0 kromik katgüt ile de başarılı sonuçlar alınmıştır (1,3).

Bartholin bezinin tamamen çıkarılması seyrek olarak gerekir. Marsupielizasyon sonrası rekürrens veya 40 yaş üstü kadınlardaki asemptomatik kistlerde bartolin bezinin tamamen çıkarılması gerekir. Maligniteden şüpheleniliyorsa veya benign malign ayrımı net olarak yapılamıyorsa da bez çıkarılmalıdır. Bartholin kisti ile ayırıcı tanısı gereken schwannoma, leiomyom, fibrom, lipom, pigmente nevus ve hidradenom gibi bazı benign vulvar kitlelerin yanında kanserler ve agresif anjiom gibi nadir tümörler de akılda tutulmalıdır (2). Agresif anjiomiksoma genellikle genç bayanları etkileyen ve seyrek

nılan bir myofibroblastik tümördür. Vajinal ve vulvar kitlesi olan, preoperatif vajinal kist ve vulvar herni ön tanıları ile cerrahi müdahale uygulanan iki hastanın alınan dokularının histopatolojik incelemesi sonucu agresif anjiomiksoma tanısı konulmuştur (4). Bu tür tümörlerde yanlış tanı konulması oldukça sıktır. Hidradenoma papilliferum özellikle vulvar ve anal bölge yerleşimli, seyrek görülen benign bir tümördür. Genellikle çok küçüktür ve asemp-tomatiktir. Preoperatif doğru tanı koymak oldukça zordur. Seyrek olarak yüzeyden kabaran, yüzeyi ülsere, kırmızı-kahverengi papiller kitle olarak ortaya çıktığında yanlışlıkla malignite ile karıştırılabilirler. Perianal kitle nedeniyle cerrahi uygulanan bir hastanın postoperatif tanısı hidradenoma papilliferum çıkması üzerine hastanın 23 aylık takibi sırasında rekürrense rastlanılmamıştır (5). Genç erişkin bir kadında anogenital bölgede bir tümör saptandığında hidradenoma papilliferum ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Hekim bu tümörün benign olduğunu bilmeli ve böylece geniş rezeksiyondan kaçınmalıdır. Non-Hodgkin lenfoma sıklıkla sistemik bir hastalığın bir bulgusu, bazen de primer lokalizasyon olarak alt genital sistemi tutar. Beş aydır süregelen sol Bartholin bezi lokalizasyonlu kitle ile başvuran 73 yaşında HIV negatif hastaya yapılan biopsi sonucu kötü diferansiye karsinom tespit edildi (6). Hastaya yüzeyel inguinal lenf nodu disseksiyonu ile birlikte vulvektomi yapılmış ve beklenmedik bir şekilde kesin histolojik tanı; ektranodal geniş B-Hücreli non-Hodgkin lenfoma çıkmıştır. Bu Bartholin bezine lokalize, bildirilen ilk non-Hodgkin lenfo-madır. Dış genital organları tutan primer NHL oldukça seyrek ve çoğunlukla da yanlış tanı konulur. Vulvanın düz kas tümörleri için literatür tarandığında, miksoid değişimin istisnasız genç yaşta hastalarda olduğu, bazen de gebeliklere eşlik ettiği görüldü (7). Vulvar kitle ile başvuran 5 yaşında bir kız çocuğunun labiasında çıkan bir nöral kılıf tümörü olan schwannoma tanımlanmıştır. Patolojik tanı pleksiform schwannoma ile uyumlu gelmiştir (8). Ambiguous genitalia ise uygun değerlendirme gerektirir. Çünkü ciddi bazı durumlar ambiguous genitalia bulgusuna yol açabilirler. Ayırıcı tanıda gerçek hermafroditizm, adrenal hiperplazi, klitoral, ovaryan ve adrenal neoplazi, stromal hipertekozis, polikistik over sendromu, eksojen androjene

maruz kalma düşünül-melidir. Klitoral hipertrofi mevcut olan olguda gerekli tahliller yapıp kitle cerrahi olarak çıkarılmış ve patolojik tanı; kronik enflame epidermoid kist gelmiştir (9). Böyle kitlelerde erken değerlendirme hasta anksiyetesini ciddi olarak azaltır. Vulvar melanomlar, kitle, ağrı yakınmaları ile prezante olurlar (10). Anatomik yerleşim yeri, vulva mukozası (%65), vulvar epidermal yerleşimli (%21), nonspesifik (%14) ve multifokal (%20)'dir. Cerrahi teknik prognozu değiştirmez. Erken evrelerde bile prognoz kötü olduğu için ek tedaviye gerek vardır. Sonuç olarak vulvar kitlesi olan hastaya tanı ve tedavi amacıyla uygun müdahale seçilmeli ve şüpheli olgularda histopatolojik tanı için inceleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tovell HMM, Young HW Jr. Benign disease of the vulva: A symposium. *Clin Obstet gynecol* 1978;21:955-959
2. Downs MC, Randall HW. The ambulatory surgical management of Bartholin duct cysts. *J Emerg Med* 1990;8(4):505-506
3. Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am Fam Physician*. 2003;68(1):135-40.
4. Gungor T, Zengeroglu S, Kaleli A, Kuzey GM. Aggressive angiomyxoma of the vulva and vagina. A common problem: misdiagnosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Jan 15;112(1):114-6.
5. Handa Y, Yamanaka N, Inagaki H, Tomita Y. Large ulcerated perianal hidradenoma papilliferum in a young female. *Dermatol Surg*. 2003;29(7):790-2.
6. Tjalma WA, Van de Velde AL, Schroyens WA. Primary non-Hodgkin's lymphoma in Bartholin's gland. *Gynecol Oncol*. 2002;87(3):308-9.
7. Kajiwara H, Yasuda M, Yahata G, Yamauchi I, Satoh S, Hirasawa T, Osamura RY. Myxoid leiomyoma of the vulva: a case report. *Tokai J Exp Clin Med*. 2002;27(3):57-64.
8. Santos LD, Currie BG, Killingsworth MC. Case report: plexiform schwannoma of the vulva. *Pathology*. 2001;33(4):526-31.
9. Linck D, Hayes MF. Clitoral cyst as a cause of ambiguous genitalia. *Obstet Gynecol*. 2002;99(5 Pt 2):963-6.
10. Verschraegen CF, Benjapibal M, Supakarapongkul W, Levy LB, Ross M, Atkinson EN, Bodurka-Bevers D, Kavanagh JJ, Kudelka AP, Legha SS. Vulvar melanoma at the M. D. Anderson Cancer Center: 25 years later. *Int J Gynecol Cancer*. 2001;11(5):359-64.