

**Benign Vajinal Kistlerin Retrospektif Analizi**

## Retrospective Analysis Of Benign Vaginal Cysts

Burcu KISA KARAKAYA, Hatice KANSU ÇELİK, Mehmet KEÇECİOĞLU, Özlem EVLİYAOĞLU, Esmâ SARIKAYA, Salim ERKAYA

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

**ÖZ**

**Amaç:** Vajinal kistler genellikle jinekolojik muayene esnasında insidental olarak saptanan, genellikle konjenital kökenli ve asemptomatik oluşumlardır. Biz bu çalışmamızda vajinal kistlerin demografik, klinik ve patolojik özelliklerini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya Kasım 2010-Haziran 2015 tarihleri arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran ve jinekoloji servisinde vajinal kist tanısı ile opere olan hastalar dahil edildi. Bartholin bezi kistleri ve subüretral kistler çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, semptomları, kistlerin boyutu, lokalizasyonu ve nihai patoloji sonuçları retrospektif olarak yatış dosyalarından incelendi.

**Bulgular:** Otuz beş hastada benign vajinal kist saptandı. Hastaların ortalama yaşı  $45,74 \pm 9,04$ 'dü. Hastaların % 65'i (n=23) asemptomattı. Kistlerin ortalama çapı  $3,88 \pm 1,71$  cm idi. Lezyonların %62,85'i (n=22) lateral ve %28'i (n=10) anterior duvarda lokalize idi. En sık karşılaşılan tipler Müllerian kistler (%40, n=14) ve skuamoz inklüzyon kistleri (%31,42, n=11) idi. Bir hastada patoloji sonucu kist hidatik olarak raporlandı.

**Sonuç:** Asemptomatik ve çoğunlukla insidental olarak karşımıza çıkan vajinal kistler sıklıkla vajenin lateral ve anterior duvarından kaynaklanmaktadır. En sık histopatolojik tanıyı müllerian kistler ve inklüzyon kistleri oluşturur. Kistlerin total eksizyonu küratif tedavidir.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinal kist, müllerian kist, inklüzyon kisti, kist hidatik

**ABSTRACT**

**Objective:** Vaginal cysts are usually detected incidentally during a pelvic exam, and are of asymptomatic congenital origin and formation. In this study, we aimed at putting forth demographical, clinical and pathological characteristics of vaginal cysts for consideration.

**Methods:** This study included the patients who applied at Gynecology Clinic of Zekai Tahir Burak Women's Health Education & Research Hospital between November 2010 and June 2015, who were diagnosed with vaginal cyst and underwent surgery. Bartholin's gland cyst and suburethral cyst were excluded from the study. Age, symptoms, size of the cysts, localization and final pathology results were analyzed retrospectively from files of hospitalization.

**Findings:** Thirty-five patients revealed benign vaginal cysts. Average age of the patients was  $45.74 \pm 9.04$ . 65% of patients (n =23) were asymptomatic. The average diameter of cysts was  $3.88 \pm 1.71$  cm. 62.85% of the lesions (n = 22) was localized laterally and 28% (n = 10) was localized in the anterior wall. The most common types encountered were Mullerian cysts (40%, n = 14) and squamous inclusion cysts (31.42%, n = 11), respectively. A patient's pathology result was hydatid cyst.

**Conclusion:** Vaginal cysts which are encountered asymptomatic and often incidentally, stem from the lateral and anterior walls of the vagina. The most common histopathologic diagnoses are Mullerian cysts and inclusion cysts. Excision of the cysts is the curative therapy.

**Key words:** Vaginal cysts, mullerian cyst, inclusion cyst, hydatid cyst

**Giriş**

Vajinal kistlerin görülme prevalansı % 1' in altındadır (1). Konjenital ve edinsel kaynaklı olabilirler. Skuamoz inklüzyon kistleri genellikle edinsel kaynaklıdır, epizyotomi gibi cerrahi işlemlere ve travmaya bağlı oluşabilirler. Konjenital kistler ürogenital sinus, mezonefrik kanal (gardner) ve paramezonefrik kanaldan (müller) kaynaklanabilir (2,3). Boyutları 1 ile 2 cm arasında değişebilmesine rağmen, 4 cm'e kadar ulaşabilmektedir. Literatürde 16 cm bildirilen bir vaka mevcuttur (4). Mezonefrik (Gardner) ve paramezonefrik (müller) kistler özellikle vaginal forniks yakınlarında yerleşirler, Gardner kanal kistleri daha aşağı ve vagen laterale yerleşme eğilimindedir, müllerian kistler ise anterolateralde yerleşme eğilimindedir (5).

Vajinal kistler genellikle asemptomattır. Rutin jinekolojik muayene sırasında fark edilirler. Ancak mukus üretimiyle büyüyen kistler semptomatik hale gelebilirler.

Hastalar ele gelen kitle, disparoni, dizüri gibi şikayetlerle başvurabilirler. (6) Genellikle kadın yaşamının 3. ve 4. dekatlarında sıklıkla görülürler, prepubertal çağda ve adölesan dönemde genellikle karşımıza çıkmazlar (7). Prepubertal çağda görülmesine rağmen literatürde 16 aylık bir vakada vaginal kist mevcuttur. (8) Tanıda en önemlisi vajinal muayenedir. Vajinal kistler üreter sistem anomalileriyle de birlikte görülebilir. Gardner kisti ile birlikte ektopik ureter, unilateral renal disgenezi ve renal hipoplazinin birlikte görüldüğü vaka serileri rapor edilmiştir. (9,10) Bu nedenle gerekli görüldüğünde preoperatif dönemde renal ultrason, IVP, voiding sistouretrografi, pelvik MR gibi görüntüleme tetkikleri istenebilir. Vajinal kistlerin ayırıcı tanısında pelvik organ prolapsusu, amfizematöz vajinit, pelvik abse, üretral divertikül, bartholin kisti, üretrosetel, skene kanal kisti, hematokolpos ve miksomatöz tümörler de akılda tutulmalıdır. Posteriorde lokalize kistler enteroseli taklit edebilir. (11)

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:  
Burcu Kısa Karakaya  
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi  
Talatpaşa Bulvarı, Altındağ, Ankara  
Tel/Phone: 0505 270 78 53  
E-mail: kisasaburcu@gmail.com

Geliş Tarihi: 10/03/2016

Kabul Tarihi: 15/11/2016

Tedavisi total kist eksizyonudur. Tedavide nüksü önlemek için kist kapsülünün tamamen eksize edilmesi gerekmektedir. Ancak derin yerleşimli kistlerde kanamadan kaçınmak için marsupializasyon tercih edilebilir. Tekrarlayan multilokule kistlerde skleroterapi de bir tedavi seçeneğidir. Vajinal poliplerde karbondioksit lazer de bir tedavi seçeneğidir.

Vajinal kist kaynaklı malignite nadir görülmekle birlikte, yaşlı hastalarda kist duvarından biyopsi alınarak malignite mutlaka dışlanmalıdır.

## Gereç ve Yöntemler

Çalışma için Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Kasım 2010-Haziran 2015 tarihleri arasında jinekoloji servisinde vajinal kist tanısı ile opere edilen 35 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, semptomları, kistlerin boyutu, lokalizasyonu ve nihai patoloji sonuçları yatış dosyalarından incelendi. Bartolin bezi kistleri ve subüretral kistler çalışma dışı bırakıldı. Elde edilen veriler SPSS Version 15.0 a aktararak istatistiksel analizi yapıldı. Demografik karakteristikler için ortalama  $\pm$  standart sapma kullanıldı.

## Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 35 vaginal kisti olan hastaların ortalama yaşı  $45,74 \pm 9,04$ 'dü. Hastaların % 65'i (n=23) asemptomatikti. Kistlerin ortalama çapı  $3,88 \pm 1,71$  cm idi. Lezyonların %62,85'i (n=22) lateral ve %28'i (n=10) anterior duvarda lokalize idi. En sık karşılaşılan tipler Müllerian kistler (%40, n=14) ve skuamoz inklüzyon kistleri (%31,42, n=11) idi. Patoloji sonucu kist hidatik saptanan bir olguda operasyon esnasında üretrada laserasyon oluşup takibinde laparotomiye geçilerek uç uca anastomoz yapıldı ve antihelmintik tedavi başlandı.

**Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri Değişkenler Değerler**

Yaş (ortalama $\pm$ SD)	45,7 $\pm$ 9,1 (min 30-max 65)
Boyut, cm (ortalama $\pm$ SD)	3,88 $\pm$ 1,71 (min 1 cm-max 10cm)
<b>Patoloji (n, %)</b>	
Müllerian kist	14 (40)
Squamoz inklüzyon kisti	11 (31)
Fibroepitelyal Polip	4(11,4)
Gardner Kisti	3(8,5)
Squamoz papillom	1(2,85)
Kist Hidatik	1(2,85)
Hidroadenom papilliferum	1(2,85)
<b>Lokalizasyon (n,%)</b>	
Lateral	22(62)
Anterior	10(28)
Posterior	3(10)

## Tartışma

Vajinal kistler konjenital veya edinsel olabilirler. Genellikle semptom vermezler. Semptomatik olanların klinik şikayetlerini kistlerin büyüklük, lokalizasyon ve enfeksiyon durumu belirler. Vajinal dolgunluk hissi, disüri, disparoni sık görülen şikayetlerdendir. Nadir olarak da literatürde büyük ve distal lokalizasyonlu bir kistin üriner retansiyona neden olduğu bildirilmiştir(12). Hatta bazen çok büyük boyutlara ulaşan kistlerin görünümü pelvik organ prolapsusuyla karıştırılabilir(13). Semptom verdiklerinde ise tedavisi cerrahi olarak kistin eksize edilmesidir. Rekürrensi önlemek için kist duvarı mutlaka çıkarılmalıdır. Operasyon öncesi kistler solid karekterde değilse herhangi bir radyolojik görüntüleme yöntemine ihtiyaç yoktur. Pelvik muayene ile kolaylıkla tanı konulur. Nadiren multipl olabilirler. Vajinal kistlerin tedavisi total kist eksizyonudur. Tedavide nüksü önlemek için kist kapsülünün tamamen eksize edilmesi gerekmektedir. Ancak derin yerleşimli vajinal kistlerde ve kanama riski yüksek olan olgularda marsupializasyon tercih edilebilir.

Vajinal kistlerin malignleşme potansiyeli çok düşüktür. Literatürde vaka sunumu olarak bildirilen müllerian kist zemininde gelişen adenokarsinom ve gardner kisti zemininde gelişen malign olgular bildirilmiştir(14,15). Vajinal kistlerle ilgili gebelikte

distosi yada başka bir komplikasyon görülmemiştir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak ortalama yaş 45, ortalama vajinal kist boyutu yaklaşık 4 cm ve en fazla lateralde lokalize olarak bulunmuştur. Vajinal kistlerin çok nadir bir nedeni Echinococcus granulosus'un neden olduğu paraziter bir enfeksiyon olan kist hidatiktir. Çalışmamıza dahil olan vakalardan biri önceden olgu sunumu olarak yayınlanan kist hidatiktir.(16) Literatürde toplam 5 vaka olarak bildirilmiştir.(16,17) Cerrahi morbiditesi yüksek olan bu olguların preoperatif tanısı zor olmakla birlikte ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anterior yerleşimli vajinal kistlerin yaklaşımında müllerian kaynaklı olması ve muhtemel üriner trakt ile bağlantısı göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle Gardner kistlerinin üriner sistem anomalileriyle birlikteliği yüksektir(7). Ürolojik değerlendirme ile birlikte gerekliyse preoperatif dönemde sistoskopi, IVP gibi tetkiklerde yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. R. N. Marisa and E. Oliva, Gynecologic Pathology, Elsevier HealthSciences, Philadelphia, Pa, USA, 2009.
2. Woodman PJ, Davis GD. The relationship of the in-situ advancing vaginal wall sling to vaginal epithelial inclusion cyst. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2000;11:124-6
3. Baldwin DD, Hadley HR. Epithelial inclusion cyst formation after free vaginal wall swing sling procedure for stress urinary incontinence. J Urol 1997;157:952
4. Hagspiel KD. Giant Gartner duct cyst: magnetic resonance imaging findings. Abdom Imaging 1995;20:566-8
5. Töz E, Sancı M, Cumurcu S, Özcan A. Müllerian cyst of the vagina masquerading as a cystocele. Case Rep Obstet Gynecol 2015;2015:376834.
6. Jayaprakash S, Lakshmi Devi M, Kumar SG. A rare case of posterior vaginal wall cyst. BMJ Case Reports 2011;2011:3804
7. Eilber KS, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: a literature review. J Urol. 2003 ;170:717-22.
8. Glavan N, Haller H, Brncic-Fischer A, Glavan-Gacanic L, Miletic D, Jonjic N. Imperforate hymen presenting as vaginal cyst in a 16-month-old child: considerations for an early diagnosis. Scott Med J. 2016;61(1):48-50
9. Seigelman ES, Outwater EK, Banner MP, Ramchandani P, Anderson TL, Schnall MD. High-resolution MR imaging of the vagina. Radiographics. 1997;17;1183-1203
10. Ohya T, Tsunoda S, Aril S, Iwai T. Diagnosis and treatment for persistent Gartner duct cyst in an infant: A case report. J. Pediatr Surg. 2002;37-E4
11. Rashmi, Suneja A, Agarwal N, Guleria K, Yadav P. Vaginal müllerian cyst presenting as enterocele. J Obstet Gynecol India 2009;59(1):74-76
12. Fan EW, Cheng TC, Chlu AW et al. Pyonephrosis and urinary retention secondary to a large Gartner's duct cyst associated with a single ectopic ureter in a pregnant woman. BJU Int 2002;89:572-3.
13. Pradhan S, Tobon H. Vaginal cysts: a clinicopathologic entity revisited. Int J Gynecol Pathol. 1986;5:35-46.
14. Lee KS, Park KH, Lee S et al 2005. Adenocarcinoma arising in a vaginal müllerian cyst: a case report. Gynecologic Oncology 99:767-769.
15. Letizia, Matthew J, DO, Kelly, Joseph V.M. Case report: Gartner's Duct Cyst. emergency Medicine News 2011;33:35.
16. Ozcan S, Karayalçın R, Ozyer S. Large solitary paravaginal hydatid cyst: a rare cause of urethral injury. Int Urogynecol J. 2010;21:1577-9.
17. Sabir N, Yildirim B, Cetin B, Sengul M, Alatas E. A rare presentation of hydatid cyst. Saudi Med J. 2005;26:1986-8.