

PARAZİTİK OMENTAL MÜSİNÖZ KİSTADENOM: OLGU SUNUMU

R.Sinan KARADENİZ¹, Ayşe SOLAROĞLU¹, M. Metin ALTAY²,
Özlem ÖZDEĞİRMENCİ¹, İ. Ebru ARABACI³, Orhan GELİŞEN⁴

ÖZET:

Amaç: Omental parazitik musinoz kistadenom septan bir olgunun tartışılması

Çalışmanın yapıldığı yer: TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi.

Olgu Sunumu : 8 ay önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran 18 yaşında bekar hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde göbeğin 2 cm. üzerine kadar uzanan abdominal kitle palpe edildi. Yapılan ultrasonografide, sağ adneksiyel bölgede kistik kitle izlendi. Hasta adneksiyel kitle ön tanısı ile laparotomiye alındı. Omentuma implante olmuş kistik kitle aspire edilerek total olarak çıkarıldı. Yapılan histopatolojik inceleme sonucu müsinöz kistadenom ile uyumlu geldi. Hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi.

Sonuç: Tek adneksin otoamputasyonu ve omentumda kist izlendiğinde bunun bir parazitik musinoz kist olabileceği düşünülmeli ve cerrahi eksplorasyon esnasında dikkatli olunmalıdır. (Türk Fertil. Der. 2005; 13:178-181).

Anahtar kelimeler: Parazitik omental kitle, müsinöz kistadenom

PARASITIC MUCINOUS CYSTADENOMA OF OMENTUM: A CASE REPORT

SUMMARY:

Objective: To report a case of parasitic ovarian mucinous cystadenoma of the omentum.

Institution: Ministry of Health, Ankara Etlik Maternity and Women's Health Teaching and Research Hospital, Turkey.

Case Report: 18-year-old female admitted to our clinic with abdominal pain for 8 months. Her gynecological examination revealed an abdominal mass that extended 2 cm above the umbilicus. Ultrasonographic examination revealed the tumor which was located adjacent to the right adnexa. The cystic tumor which was implanted to the omentum totally removed with laparotomy. The histopathological examination revealed mucinous cystadenoma. The patient was discharged on postoperative day 4.

Conclusion: When unilateral adnex was seen as autoamputated and concomitantly an omental cyst was observed during operation, it must be in mind that it can be a parasitic mucinous cyst and be careful during surgical exploration. (Turkish J. Fertil., 2005; 13:178-181).

Key words : Parasitic mass of omentum, mucinous cystadenoma.

GİRİŞ

Müsinöz kistadenomlar, benign over kitlelerinin %20 ile 30 unu oluşturur. Genel olarak otuzlu, kırklı yaşlarda ortaya çıkar. Benign over kitleleri içerisinde en büyük boyutlara ulaşanların başında gelir. Genel olarak tek taraflı gelişir, bilateralite çok enderdir (1).

Müsinöz kistadenomların en sık komplikasyonları, kist ruptürü, kistin rupture olması sonucunda kist içindeki musinoz materyalin peritonea dağılması sonucun-

da gelişen pseudomiksoma peritonei ve kistin kendi etrafında torsiyonudur. Ancak kistin otoamputasyonu ve reimplantasyonu ile gelişen parazitik müsinöz kistadenom vakası bildirilmemiştir.

Bu çalışmada, pelvik kitle tanısı ile laparotomi yapılan, torsiyona bağlı otoamputasyon gelişen ve omentumdan beslenmesini sağlayan musinoz kistadenom olgusu sunulmuştur.

1. Kadın doğum uzmanı, TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, ANKARA
2. Başasistan, Kadın doğum uzmanı, TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, ANKARA
3. Patoloji uzmanı, Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, ANKARA
4. Klinik şefi, Doçent Dr., TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, ANKARA

OLGU SUNUMU

18 yaşında bekar hasta, karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri ile SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi infertilite polikliniğine başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenesinde hymen annuler intakt, rektal tuşede göbeğin 2 cm. üzerine kadar uzanan, yumuşak, düzgün konturlu, sınırları belirgin, mobil kitle palpe edildi. Batın muayenesinde; palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Yapılan ultrasonografi de, sağ adneksiyel bölgede nereden kaynaklandığı net olarak ayırt edilemeyen 211x190 mm'lik multiseptalı, granuler ekolu, tabanında en büyüğü 23x22mm papiller vegetasyonlar içeren kistik kitle izlendi. Yapılan renkli dopplerde kitle ile pelvik organlar arasında vasküler bağlantı görülemedi. Pulsed dopplerde PI: 0.58, RI: 0.47 olarak ölçüldü. Çalışılan tümör belirteçlerinden CA 125, CEA, AFP, CA 19-9 ve _HCG değerleri normal sınırlardaydı.

Hasta adneksiyel kitle ön tanısı ile laparotomiye alındı. Midline insizyonla batına girildi. Yapılan batın içi eksplorasyonda, batında yaklaşık 50 cc. serbest sıvı mevcuttu. Sıvı örneklendi. Uterus normal cesamette ve görünümde, sol over ve tuba normal görünümde izlendi. Sağ over ve tubanın ise sağ over kaynaklı 25x20x20 cm'lik kist ile birlikte uterustan bağlantısının kopmuş, omentuma implante olduğu izlendi. Kitle ile omentum arasındaki neovaskularizasyon dikkat çekti. Kitle total olarak eksize edildi. Operasyon esnasında yapılan frozen çalışmasının benign olarak rapor edilmesi üzerine appendektomi yapılarak operasyona son verildi.



Resim-1: Omentumdan beslenen müsinöz kist adenom

Çıkarılan kitlenin histopatolojik değerlendirilmesinde; makroskopik olarak, 25x20x20 cm boyutlarında, multiloküler kistik yapıdaydı. Kist duvarı düzgün izlenmiş olup bir kenarında yaklaşık 7 cm uzunluğunda tuba olduğu düşünülen yapı mevcuttu. Kist içerisinden mukoid kıvamda materyal boşaldı.

Materyale ait parafin doku bloklarından yapılan beş mikron kalınlıktaki kesitler hematoksilin eosin ile boyandı. Mikroskopik incelemede, kistin tüm alanlarda tek sıralı, benign müsinöz epitel ile döşeli olduğu görüldü. Bazı alanlarda, kist duvarında fokal olarak over stroması mevcuttu. Bu bulgularla olguya müsinöz kistadenom tanısı verildi.

Postoperatif klinik takibinde sorun olmayan hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Parazitik omental kitleler benign over kitlelerinin nadir komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde parazitik omental kitleler ile ilgili geniş seriler yoktur. Bu nedenle parazitik kitlelerin insidansını tahmin etmek güçtür. Parazitik kistik teratomların insidansının tüm ovarian teratomlar içinde %0.4 olduğu bildirilmiştir (2). Ancak parazitik musinöz omental kistlerin omental implantasyonu ile ilgili veri yoktur.

Parazitik omental kitlelerin oluşma mekanizmaları ile ilgili çeşitli görüşler mevcuttur (2,3). Kitlenin torsiyone olması, kan akımının kesilmesine neden olmakta bu da tümör duvarında venöz konjesyon ve aseptik inflamasyona yol açmaktadır. Akut dönemde arterial kan akımının kesilmesi ile, tümör nekroza git-



Resim-2: Batında serbest müsinöz kist

mekte ve takiben tümörde atrofi gelişmektedir. Subakut ve kronik dönemde ise, tümör yeni bir kollateral sirkulasyon oluşturmaktadır. Nadir de olsa kitlenin pedikülden komplet olarak ayrılması parazitik kitlenin oluşmasına neden olmaktadır (2,3).

Parazitik omental kitlelerin genellikle preoperatif dönemde abdominal kitle (3, 4), pelvik kitle (5), ovarian tümör (6), metastatik karsinoma (7) gibi farklı tanımlar aldıkları bildirilmiştir. Çünkü yapılan preoperatif ultrasound ve bilgisayarlı tomografi tetkikleri ile kesin tanı konulamamaktadır (8). Renkli doppler incelemeleri yardımcı olabilmekte ancak pelvik organlar ile tumor arasında vasküler bağlantıların ötesinde çok fazla bilgi verememektedir. Ushakov ve ark. parazitik omental ovaryan dermoid tümörlerin preoperatif tanısında renkli doppler, ultrasound ve bilgisayarlı tomografinin yardımcı olabileceğini ancak kesin tanı koymak için yeterli olamayacağını ileri sürmüşlerdir(2). Literatürde parazitik omental müsinöz kist olgusu ve radyolojik tanısı ile ilgili verilerin bulunmayışı elde ettiğimiz radyolojik bulguların karşılaştırılmasına engel teşkil etmektedir. Ancak elde edilen veriler preoperatif tetkiklerin tanısal değeri açısından Ushakov ve arkadaşlarının görüşünü desteklemektedir. Parazitik omental müsinöz kist olgu sunumlarının artması ile birlikte preoperatif radyolojik tetkiklerin tanısal değeri hakkında görüşler açığa kavuşacaktır.

Preoperatif dönemde omental kitlelerin ayırıcı tanısı önemlidir. Sunulan vakada olduğu gibi, eğer tek taraflı adneksin yokluğu izlenecek olursa ayırıcı tanıda parazitik adneksiye kitleler akla gelmeli ve dikkatli batın içi eksplorasyon yapılmalıdır. Çünkü musinoz kistin ruptüre olması sonucunda gelişen pseudomiksoma peritonei hayatı tehdit eden ciddi bir komplikasyondur. Musinoz sıvının dokular arasında dağılması nedeniyle oluşan desmoplastik reaksiyon sonucu barsaklar arasında fibröz yapışıklıklar meydana gelebilir ve bu yapışıklıklar barsak fonksiyonlarını engelleyerek, gastrointestinal komplikasyonlara ve malnutrisyona neden olabilir (9). Bu nedenle cerrahi esnasında kistin ruptüre edilmeden çıkarılması önem taşımaktadır. Pelvik kitle tanısı ile yapılan laparoskopik girişimlerde veya laparotomide eğer adneksiye alan da kitle gözlenmedi ise, ve tek taraflı adneksin yokluğu izleniyorsa parazitik omental kistler akılda tutul-

malı ve tüm batın içi eksplorasyon yapılmalıdır. Eğer parazitik omental kist saptanırsa kitle omentumdan dikkatli bir şekilde diseke edilebilir veya parsiyel omentektomi ile birlikte rezeke edilebilir (10, 11).

Torsiyon sonrası overi propriumdan ve infundibulopelvik ligamandan ayrılmış olan sağ tuba ve sağ over nedeniyle olguda olduğu gibi tubal faktör ve azalmış over rezervi oluşacaktır. Bu nedenle abdominal cerrahi ve cerrahi sonrası üreme fonksiyonları ve over rezervi ciddi anlamda etkilenecektir. Tubal faktör ve azalmış ovarian rezerv nedeniyle bu olguların cerrahisi sırasında operasyon süresinin mümkün olduğunca kısa tutulmasına, batın içi kanamanın minimal olmasına ve olası post operatif adezyonların minimize edilmesine yönelik dikkatli bir cerrahi yapılmalıdır. Özellikle müsinöz kistlerin cerrahisi sırasında kist mümkün olduğunca perfore edilmeden çıkarılmalıdır.

Üreme fonksiyonlarına yönelik, bu tür olgular cerrahi sonrası siklusun üçüncü günü serum folliküler stimulan hormon (FSH) ile değerlendirilmeli gerekirse klomifen sitrat testi ve ultrasonografi ile over rezerve değerlendirilmeli. Tubal faktör için histerosalpingografi çekilerek diğer tuba değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, omental kitlelerin ayırıcı tanısında parazitik ovaryan müsinöz kistedenomlar akla getirilmelidir. Tek adneksin otoamputasyonu ve omentumda kist izlendiğinde bunun bir parazitik musinoz kist olabileceği düşünülmeli ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek açısından cerrahi eksplorasyon esnasında dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pastner B: Benign conditions of the ovary in *Manual of gynecologic Oncology and Gynecology* ed. By Piver MS 22:258, 1989
2. Fedor B Ushakov, Dror Meirou, Diana Prus, et. al. Parasitic Ovarian dermoid tumor of the omentum- A review of the literature and report of two new cases. *European J of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology* 1998; 81:82
3. Spurney RF, McCormack KM. Immature Omental Teratoma. *Arch Pathol Lab. Med* 1987;111:762.
4. Beser M, Posey D. Cystic teratoma in a supernumerary ovary of the greater omentum. A case Report. *J Reprod Med* 1992;37:189.
5. Leno C, Combarros O, Berciano J. Lumbosacral plexopathy due to dermoid cyst of the greater omentum postgrad med J 1987; 63:45

6. Ordonez NG, Manning JT, Ayala AG. Teratoma of the omentum. *Cancer* 1983;51:955.
7. Bell DA, Demopoulos RI. Benign cystic teratoma in the omentum: a mechanism of its development. *Diagn Gynecol Obstet* 1980;2:205.
8. Ralls PW, Hartman B, White W, et al. Computed tomography of benign cystic teratoma of the omentum. *J Comput Assisted Tomogr* 1987; 11:548.
9. Lawrence WD, Papas P: *Histopathology of Ovarian Neoplasia in Gynecologic Oncology*(ed) Shingleton HM, Fowler Jr WC; Jordan JA, Lawrence WD, WB Saunders Company Ltd. 14:174. 1996
10. Compton AA, Tandan A, Fleming WO. Coexistent benign teratomas of the omentum and ovary. A case report. *J Reprod Med* 1985;30:209.
11. Smith R, Deppe G, Selvaggi S, Lall C. Benign teratoma of the omentum and ovary coexistent with an ovarian neoplasm. *Gynecol Oncol.* 1990 ;39:204.