

Cerrahiye Alternatif Olarak Basit Ovarial Kistlerin Aspirasyonu ve Takibi (x)

Dr. Mustafa KÜÇÜK (xx)
Dr. Tuncay KÜÇÜKÖZKAN (xxx)
Dr. Kadir SAVAN (xx)
Dr. Işık AKIN (xxxx)

ÖZET :

Ocak 1991 ile Mart 1992 tarihleri arasında 22 hasta ultrasound rehberliğinde over kist ponksiyonu yaptık. Kistlerin hepsi persiste idi ve 8 haftalık oral kontraseptif kullanımına cevap vermedi. Olguların tümünden kist sıvısı aspire edildi. Solid komponentli ve multipl loküllü kistler uygulama dışı bırakıldı. 6 kist sıvısında sitolojik tanı konabildi. 7 hasta laparotomiye alındı. Ultrasound rehberliğinde dikkatli seçilmiş benign over kistlerinin aspire edilmesini öneriyoruz.

Anahtar kelimeler: Aspirasyonu, Ultrason.

GİRİŞ

Ultrasound eşliğinde over kistini ponksiyon etmeden önce malignansi yönünden kist hakkında iyice bilgi sahibi olunmalıdır. Multiloküler kistler muhtemelen uniloküler olan kistlerden daha çok malign potansiyele sahiptirler. Özellikle kist içinde septalar varsa ve kalınsa bu malignite yönünden uyarıcı nitelikte olmalıdır. Kist içindeki solid alanlar da ilerde kistin malign olabileceğinin bir belirtisi olabilmektedir. Solid ekojenik bölgenin kist volümünün % 1-5 i olsa bile adenokarsinom riskinin % 15 gibi yüksek bir oranda olabileceği bildirilmiştir (1).

Diğer yandan solid yapı içermeyen çapı 10 cm'den küçük uniloküler bir kist çok düşük bir malignite riskine sahiptir. Spontan siklularda over foliküllerinin 25 mm. kadar çapa ulaştığı akıldan tutulmalıdır. Özellikle ovulasyon indüksiyonu yapılan hastalarda kistik görünüm 25 mm. den büyük olsa bile spontan olarak gerileyebilir. Erken gebelikte 5 cm. çap altındaki fizyolojik corpus luteum kistlerini spontan rezorbe olabileceği göz önüne alınmalıdır.

Ultrasound altında kist ponksiyon ve aspirasyonunun emin bir prosedür olduğu kabul edilmektedir (1). Ultrasound ile kistik teratom gibi bazı benign over

(x) 28-31 Mayıs 1992 tarihlerinde Antalya'da yapılan III. Jinekolojik Onkoloji Kongresi ve Eğitim Seminerinde tebliğ edilmiştir.

(xx) Atatürk Üni. Tıp Fakültesi Kadın-Doğum A.B.D. Yrd. Doç.

(xxx) Atatürk Üni. Tıp Fakültesi Kadın-Doğum A.B.D. Doç.

(xxxx) Atatürk Üni. Tıp Fakültesi Kadın-Doğum A.B.D. Arş. Gör.

tümörlerinin identifikasyonun kolayca yapılabilir. İçi kanla dolu olan kistlerin ya kanama ya da endometriozis nedeniyle olabileceği göz önüne alınmalıdır. Endometriozise bağlı olmayan lezyonlarda rekürrens sık değildir. Ancak klinik takip mutlaka yapılmalıdır.

MATERYAL VE METOD

Ocak 1991 ile Mart 1992 tarihleri arasında uniloküler kisti olan ve solid alanlar içermeyen toplam 22 hastaya ultrason rehberliğinde kist ponksiyonu ve aspirasyonu yapıldı. Hastaların yaşı 18 ile 38 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 28.82 idi. Septalı ve solid komponentli kisteler çalışmaya alınmadı. Aspire edilen kist sıvılarını hepsi sitolojik incelemeye gönderildi. Premedikasyon için Pethidin, genel anestezi için total intravenöz anestezi uygulandı.

Transabdominal ve tranvaginal işlemler için 19 G ponksiyon iğnesi kullanıldı. Mümkün olduğunca kist tamamen aspire edilmeye çalışıldı.

BULGULAR

Olgularımızda en küçük yaş 18; en büyük ise 38 idi. Yaş ortalaması 28.82 idi. (Tablo I). Olgularımızın % 72.72'si düzensiz menstruasyona sahipti (Tablo II).

Tablo I: Olgularımızın Demografik Verileri

	Mean	Median	SD	SE	Min.	Max
Yaş:	28.82	29.00	5.88	1.25	18	38
Gravida:	2.409	2.5	1.469	0.313	0	5

Tablo II: Olguların Menstruasyon Durumları

Menstruasyon	N	%
Düzenli	12	54.54
Düzensiz	10	45.46
Toplam	22	100

Olgularımızın pelvik muayene bulguları tablo III'te gösterilmiştir. % 54.54'ünde adnexial kitle, % 13.64'ünde inguinal bölgede hassasiyet ve % 31.82'sinde kitle ve hassasiyet mevcudiyeti şeklinde idi (Tablo III). Histopatolojik teşhisler % 53.85 laparotomide çıkarılan materyalin % 46.15'inde de aspire edilen

kist sıvısının sitolojik incelenmesi ile konuldu. Total olarak 13 olgunun histopatolojik tanıları ise % 30.77 basit kist, % 15.38 müsinöz kistadenom, % 7.70'i seröz kistadenom ve % 46.15'i de malign hücre içermeyen sitoloji şeklinde idi (Tablo 5). Aspire ettiğimiz kistlerin hepsi tek loküllü idi.

Tablo III: Olguların Pelvik Muayene Bulguları

Bulgu	N	%
Adnexial Kitle	12	54.54
Inguinalde Hassasiyet	3	13.64
Kitle ve Hassasiyet	7	31.82
Toplam	22	100.00

Tablo IV: Tanı Metodları

Bulgu	N	%
Laparotomi	7	53.85
Ponksiyon	6	46.15
Toplam	13	100.00

Tablo V: Histopatolojik Bulguları

Bulgu	N	%
Basit Kist	4	30.77
Müsinöz Kistadenom	2	15.38
Seröz Kistadenom	1	7.70
Malign Hücre Olmayan Sitoloji	6	46.15
Toplam	13	100.00

Kist sıvısı östradiol seviyesi 14 hastamızda yüksek bulundu. Kist sıvısı bırakılan 16 hastanın 3'ü, belirgin derecede kanlı olan 6 hastanın 4'ü kistlerinin tekrarlanması sonucu laparotomiye alındılar. Bu hastaların hepsinde kist sıvısı östradiol seviyeleri yüksek bulunmuştu (>44pg/ml).

TARTIŞMA

Ultrason rehberliğinde over kistlerini ponksiyon ve aspirasyonu dikkatli seçilmiş kistlerde cerrahiye iyi bir alternatiftir. Bu prosedür hasta tarafından daha kolayca kabul edilmektedir.

Ancak dermoid kistlerin ve ektopik gebeliğin yanlışlıkla aspire edilmesinden kaçınılmalıdır. Akut ağrı kist aspirasyonu için bir kontrendikasyon oluşturmali ve torsiyonu düşündürmelidir (1,6).

Postmenopozal dönemi fonksiyonel kistler sık değildir. Bu nedenle postmenopozal kistlerin aspire ederken malignite riski gözönünde tutulmalıdır. Biz bu nedenle olgularımızı 40 yaşın altında seçtik. Kist ponksiyonundan sonra rekürrens yönünden 3-6 ay takip önerilmektedir. Bizim ortalama takip süremiz 13 ay idi. US ile kistte yoğun eko genellikle çok miktarda kan olduğunu gösterir. Bu durum kist ponksiyonu için relatif bir kontrendikasyon oluşturur (1,6). Biz uniloküler ve solid komponentleri ve septaları olmayan kistleri ponksiyon ve aspire ettik.

Over kist sıvısını sitolojik incelenmesi kistin natürü hakkında bir fikir verebilir. Bizim aspire edip sitolojik tam koyabildiğimiz 6 olgumuz vardı.

Kist sıvısındaki östradiol konsantrasyonunun değeri açık olarak belli değildir (1). Ancak sitolojik inceleme ve östradiol değerleri beraberce değerlendirilerek nonfonksiyonel bir kisti fonksiyonel bir kistten ayırtetmede yardımcı olabilir.

Arye Hurwitz ve arkadaşları 5 cm. den daha büyük persiste olan over kistlerini ponksiyone etmişlerdir. Bu hastalar 4-6 ay kontraseptif tedaviye cevap vermemişlerdir (2). Bizim ponksiyone ettiğimiz over kistlerinin en küçüğü 4 cm, en büyüğü de 8 cm idi.

Literatürde 6 cm. altında 17 basit kistin aspire edildiği bir çalışmada hiçbir olguda malign hücre bulunamamıştır (2). Bizde sitolojik tam koyabildiğimiz 6 olguda malign hücre tespit edemedik.

Arye Hurwitz ve arkadaşları basit kistik lezyonların genellikle benign olduğunu daha kompleks lezyonların ise malign olabileceğini kabul etmektedirler (2).

Harrmann W.J ve arkadaşları ve Meire HB ve arkadaşları ise ultrasound ile teşhis edilen basit uniloküler kistlerin % 90-95 arasında benign olduğunu bildirmişlerdir (3,4).

Uli J.H. ve arkadaşları ise ultrasonografik, olarak nonmalign kistler için prediktif değeri % 95-96 olarak bildirmektedirler. Malign over kistlerinde ise prediktif değeri % 73 olarak vermektedirler (3,5).

Bu verilerden ultrasound rehberliğinde kist ponksiyonunun iyi ve dikkatli

seçilmiş olgularda, özellikle kist uniloküler, septasız ve solid alanlar içermiyorsa, kist sıvısı ise temiz ve berrak olduğunda cerrahiye alternatif olabileceğini düşünüyoruz.

SUMMARY

SIMPLE OVARIAN CYST PUNCTURE TO BE A VALID ALTERNATIVE TO SURGERY

Between January 1991 and March 1992, twenty-two ultrasound guideovarian cyst puncture were performed in 22 patients. The cysts were persistent and did not respond to contraceptive pills for eight weeks. In all cases fluid was aspirated from the cysts. Cysts with solid areas of multibl locules were excluded. Cytological diagnosis was possible in 6 fluids. Seven women underwent laparotomy. We recommend the ultrasound guided ovarian cyst puncture for carefully selected benign ovarian cysts.

Key words: Cyst aspiration, Ultrasound.

LİTERATÜR

1. Lachlan CH, D Hugh P.R, Ruth A.M.D., Denys F. The simple ovarian cyst: Aspirate or operate Br. J. Obstet. Gynaecol. 96; 1035-1039 1989;
2. Arye Hurwitz, Sirucha Y. Ida Z et al. The management of persistent Clear Pelvic Cysts diagnosed by Ultrasonography Obstet. Gynaecol., 72; 320, 1988.
3. Harmann UJ, Locher GW, Goldhirsch A: Sonographic Patterns of Ovarian Tumors; Prediction of malignancy, Obstet. Gynecol 69; 777, 1987.
4. Maire HB, Farrant P, Guho T; Distinction of benign from malignant ovarian cysts by Ultrasound. Br. J. Obstet. Gynaecol. 85; 893, 1978.
5. Wade RV, Smythe AR, Watt Gw, et al. Reliability of gynecologic sonographic diagnosis 1978-1984, Am. J. Obstet Gynecol 153; 186, 1985
6. Barber H.R.K.; Ovarian cancer; Diagnosis and management. Am. J. Obstet Gynecol. 150; 910, 1984.