

Habis Olduğu Düşünülen Adneksiyal Kitlelere Laparoskopik Girişim Yapılabilir mi ? Olgu Sunumu

Süleyman E. AKHAN(*), Bülent ERGUN(**)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik cerrahi girişim selim adneksiyal kitlelerin tanısı ve tedavisinde güvenle kullanılabilecek bir yöntemdir. Postoperatif dönemi hastanın daha iyi tolere etmesi ve hastanede kalış süresini kısaltması adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopik cerrahinin giderek daha fazla tercih edilmesine sebep olmaktadır. Jinekolojik habis tümörlerde de laparoskopik cerrahi kullanım alanı bulmasına rağmen klasik yaklaşım şekli sadece selim ovarian kitlelerin laparoskopik ile tedavisi şeklindedir. Bu durum hastanın preoperatif değerlendirilmesini son derece önemli kılmaktadır. Bu makalede, CA-125 seviyesi yüksek, Transvaginal Ultrasonografi'de heterojen eko veren adneksiyal kitlesi olan bir hastaya yaklaşımımızı sunmayı ve literatürün ışığı altında bu olgularda izlenmesi gereken algoritmayı tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Habis adneksiyal kitle, CA-125, Laparoskopi

SUMMARY

Is It Rational To Do a Laparoscopic Intervention To Probably Malignant Adnexal Masses ? A Case Report and A Literature Review

Objective: Laparoscopic surgery is a safe method in the diagnosis and treatment of benign adnexal masses. The better postoperative tolerance and the shorter hospital stay gradually make the laparoscopic surgery the preferred method in the treatment of adnexal masses. Although the malignant tumors also may be managed laparoscopically, still the classical approach is to apply this kind of surgery for the treatment of benign ovarian lesions. This condition makes the preoperative evaluation of the patient extremely important. In this article we presented a case with high CA-125 plasma levels and an adnexal mass with heterogenous echos on transvaginal ultrasound, and tried to discuss the approach and the algorithm of management of this kind of patients.

Key words: Malignant adnexal mass, CA-125, Laparoscopy

GİRİŞ

Laparoskopik cerrahi yaklaşım, adneksiyal kitlelerin tanı ve tedavisinde rutin uygulanan bir cerrahi girişimdir. Temel olarak benimsenen kural sadece selim kitlelerin laparoskopik cerrahi ile opere edilebileceği şeklindedir. Ancak cerrahi öncesi yapılan görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri kitlenin doğası hakkında habis veya selim yönünde kesin bir bilgi veremez. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Diğer taraftan jinekolojik habasetlerde tümör belirtici olarak kullanılan CA-125 özellikle reproduktif dönemde, endometriozis, pelvik infeksiyon ve menstrüel siklusun geç sekretuar dönemi ve sonrasında artan, ya da tam tersine over tümö-

rü olgularının % 20'sinde yükselmeyen, dolayısıyla bu grup hastada yol gösterici olmaktan uzak bir belirteçdir(1). Transvaginal ultrasonografik inceleme (TVUS) ise operatörün deneyimine paralel olarak tanısal değeri artan bir diyagnostik yöntemdir. Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans ise oldukça pahalı, maliyet/performans oranı yönünden hastaya yük getiren ve çoğunlukla adneksiyal kitlelerin değerlendirilmesinde transvaginal ultrasonografiye üstünlükleri olmayan radyolojik inceleme yöntemleridir(2). Belirttiğimiz sebeplerden dolayı TVUS'de solid ya da heterojen adneksiyal kitlesi olan olgularda laparoskopik girişim yapıp yapılmaması, yapılacaksa izlenmesi gereken algoritma hâlâ tartışma konusudur.

Bu makalede, CA-125 seviyesi yüksek, TVUS'de heterojen eko veren adneksiyal kitlesi olan bir hastaya yaklaşımımızı sunmayı ve lite-

(*) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uz. Dr.

(**) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prof. Dr.

ratürün ışığı altında bu olgularda izlenmesi gereken algoritmayı tartışmayı amaçladık.

OLGU

K.N, 32 yaşında gravidası dört, patitesi üç, cerrahi ve dahili özgeçmişinde bir özellik bulunmayan hasta, özel bir doktor tarafından "sol adneksiyal kitle - over tümörü" ön tanıları ile kliniğimize refere edildi. Hastanın doktoru tarafından üçer haftalık aralıklarla yaptırılan CA-125 seviyelerinde progresif bir artış görülmesi (sırasıyla CA-125 seviyeleri: 168, 238 ve 262 UI/mL) ve ultrasonografik incelemede adneksiyal alanda heterojen eko veren kitle saptanması over tümörü tanısını gündeme getirmişti. Yapılan jinekolojik muaynesinde sol adneksiyal alanda ele gelen 3-4 cm. çapında hassas kitle saptandı. Sistemik muayenesinde hastanın herhangi bir özelliği yoktu. Vital parametreleri normaldi: Ateş:36.6°C, kan basıncı: 90/60 mmHg.

Laboratuvar tetkiki olarak hastanın hematolojik değerleri tümör belirteçleri ve TVUS'si istendi. Hastanın hemoglobini 12.9 g/dl, lökosit sayısı ise 8400 olarak belirlendi. Tümör belirteçleri, adetini üçüncü günü istendi ve son CA-125'i 268 UI/mL, CA-199'u 5.4UI/mL ve CEA ise 2.6 UI/mL bulundu. TVUS'de kitlenin, 23x25 mm. ölçülerindeki sol overe komşu, heterojen ekolu 30x35 mm. çapında bir adneksiyal kitle olduğu görüldü.

Hastaya bu bulgularla laparoskopi yapılmasına karar verildi. Yapılan laparoskopik girişimde uterus normal yapı ve görünümde, sol ve sağ over normal yapı ve görünümde, sol tuba genişlemiş, hiperemik 3-4 cm. çapında pyosalpeks hali mevcut, sağ tuba ampullar bölgesi 2-3 cm dilate ve hiperemik durumda idi. Hastaya bilateral salpenjektomi yapıldı. Sol tuba "frozen section" için patolojiye gönderildi ve incelemede habasete ait bir bulgu saptanmadı. Hastanın batını 3000-4000 cc. izotonik ile yıkanarak operasyona son verildi.

Postoperatif dönemde 1. gün taburcu edilen hastanın herhangi bir şikayeti olmadı ve antibiyotikleri düzenlenerek 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Parafin blokta yapılan patolojik inceleme sonucu: sağ tubada flegmonöz salpenjit, perisalpenjit, pyosalpenks, sol tubada flegmonöz salpenjit perisalpenjit şeklinde değerlendirilen

hastanın takiplerinde 15. gün CA-125 seviyesi 25.5 UI/mL olarak belirlendi.

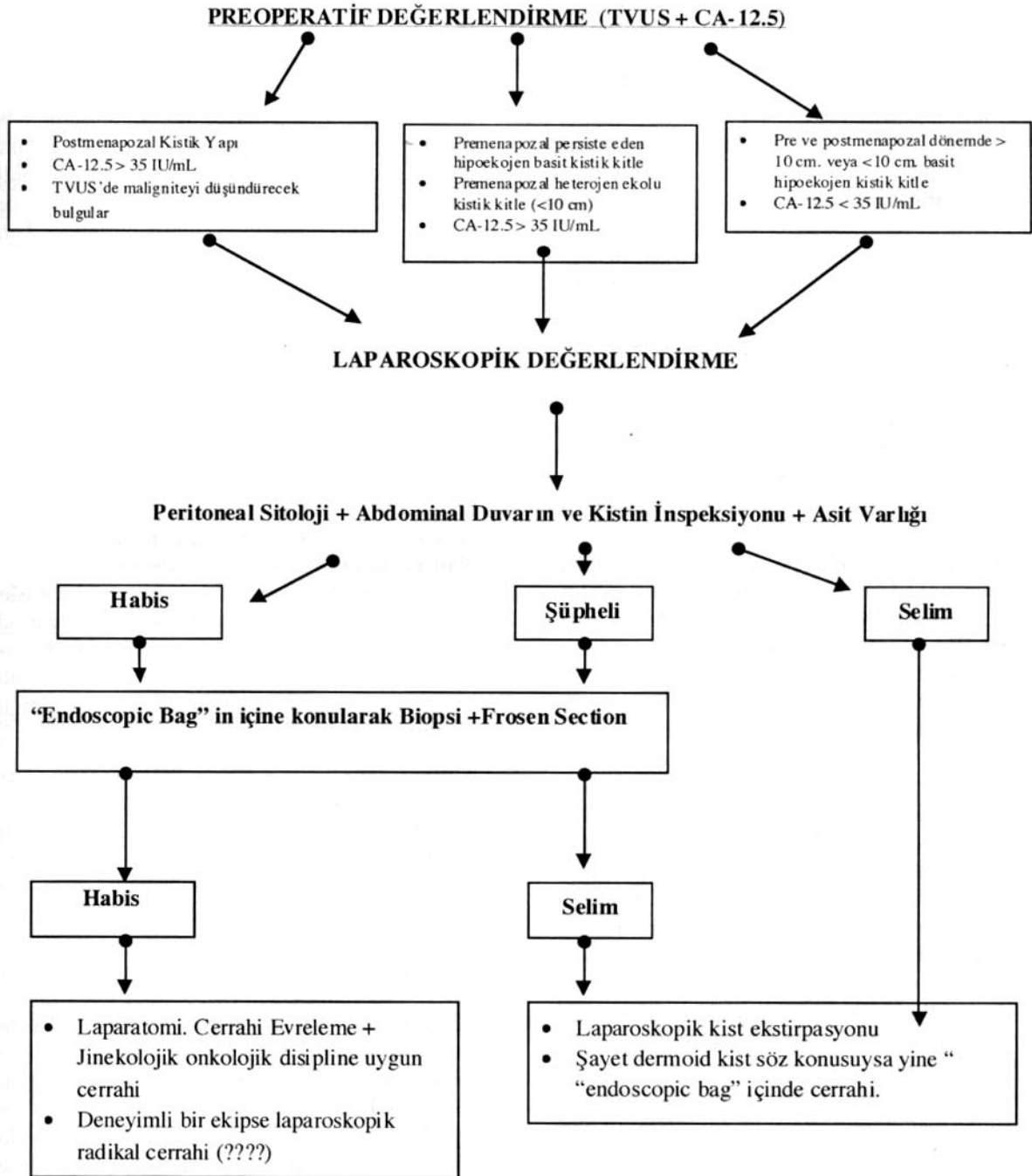
TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahi girişim selim adneksiyal kitlelerin tanısı ve tedavisinde güvenle kullanılabilir bir yöntemdir. Postoperatif dönemi hastanın daha iyi tolere etmesi ve hastanede kalış süresini kısaltması adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopik cerrahinin giderek daha fazla tercih edilmesine sebep olmaktadır. Jinekolojik habis tümörlerde de laparoskopik cerrahi kullanım alanı bulmasına rağmen klasik yaklaşım şekli sadece benign ovarian kitlelerin laparoskopi ile tedavisi şeklindedir. Bu durum hastanın preoperatif değerlendirilmesini son derece önemli kılmaktadır.

Bu aşamada hastanın menapozal durumuna göre sorunu iki bölümde ele almak gerekir. Reprodüktif dönemdeki bir hastada CA-125'i yüksek ve TVUS'de habaset yönünde yorumlanabilecek kitlesi olan hastada laparoskopik girişim yapılmalı mı ve postmenapozal dönemde olan bir hastaya adneksiyal kitle sebebiyle laparoskopik girişim uygulanmalı mı? Bu iki soruyu bir bütün olarak ele almak ve cevaplamak istiyoruz.

Adneksiyal kitlesi olan bir hastanın preoperatif değerlendirilmesinde başvuru laboratuvar yöntemi tümör belirteçlerinin değerlendirilmesi (özellikle CA-125) ve TVUS incelemedir. CA-125 endometriozis varlığında, pelvik infeksiyonlarda, bizim olgumuzda olduğu gibi tuba-ovarian abselerde yükselmektedir. Tam tersine tüm epitelial over kanserlerinin ise % 80'inde artmakta diğer bir değişle olguların %20'sinde artmamaktadır(1). Bu bulgular ek bir tanı yöntemiyle beraber kombine kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Bu yöntem ise TVUS'dir. TVUS'de kist çapının 8 cm.'in, kapsül kalınlığının 3 mm.'nin üzerinde olması, solid komponentinin bulunması, papiller yapı içermesi, bilateral olması, asit varlığı, adneksin Doppler ultrasonografi ile incelemesinde pulsatilite indeksinde düşüş saptanması habaset olasılığını artırıcı faktörlerdir(3).

1994 yılında Canis ve ark.'ları tarafından 819 adneksiyal kitleye yapılan laparoskopik cerrahi sonuçlarını inceleyen bir araştırma yayınlandı(4). 86'sı postmenapozal dönemde olan top-



lam 757 olgu preoperatif TVUS ve CA-125 seviyeleri ile incelenmiş ve tüm olgulara yapılan tetkiklerde anormal sonuç elde edilse de laparoskopik girişim yapılmış. Olguların %2.5'inde habiş over tümörü saptanmış, 27 olguda ise kitle laparoskopik incelemede habiş olarak değerlendirilmiş ve laparotomi yapılmış ama kitlenin patolojik değerlendirme sonucu selim gelmiş. Araştırmacı çalışmasında bu olgulara "frosen

section" yapılarak gereksiz laparatomiden kaçınılabileceğini belirtmiş. Malik ve ark.'ları ise CA-125 ve TVUS ile değerlendirdikleri ve sonuçları normal olan 292 olguluk serilerinde 11 olguda (%4) habiş veya borderline over tümörü saptamışlar ve preoperatif rutin uygulanan bu değerlendirme yöntemlerinin hiç bir zaman habiş over tümörü olasılığını ortadan kaldıramayacağını ifade etmişler(5). Chapron ve ark. 228

olguluk serilerinde hastaları yine CA-125 ve TVUS ile değerlendirmişler, 26 olguda habaset bulguları saptamışlar(6). Bu olgulara yine laparoskopik uygulamışlar ama ovaryan kitleyi "endoscopic bag" ile çıkartmışlar ve "frozen section" yapmışlar. Histopatolojik incelemenin sonunda bu kitlelerin hiç biri habis olarak değerlendirilmese de araştırmacılar bu tip riskli hastalarda "frozen section" yapılması gerektiğini vurgulamışlar. Krissi ve ark.'ları ise postmenapozal dönemde saptanan adneksiyal kitlelerin laparoskopik cerrahisi ile ilgili yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 62.19 olan ve CA-125'i yüksek veya Doppler US'de pulsatilite indeks (PI) değeri düşük olgulara laparoskopik girişim uygulamışlar ve kitlelerin hiç birinin patolojik incelemesinde habaset yönünde bulgu saptanmamış(7). Darai ve ark.'ları ise laparoskopik yapılan ve patolojik inceleme sonucu borderline olan 25 olguyu retrospektif incelemişler(8). Hastaların %30.7'sinde CA-125 yüksekmış ve yine olguların %50'sinde TVUS'de multiloküler kist saptanmış. Hastaların 24'ü evre I over tümörü iken biri evre III over tümörü olarak değerlendirilmiş ve laparotomi yapılmış. 24 olgunun 6'sına kistektomi uygulanmış. Bu hastaların 41 aylık ortalama izlemleri sonunda üçünde kist tekrarlamış. Yine bu sürenin sonunda 23 olgu hayatta iken bir olgu kaybedilmiş (evre III) ve bir olguya ulaşılamamış. Darai borderline over tümörlerine laparoskopik yaklaşımın mümkün olduğunu ama kistektomi yapılması halinde nükslerin daha sık görüldüğünü vurgulamış. Tüm bu çalışmaların yanında laparoskopik girişimin habis over tümörlerinde yayılımı arttırdığını ifade eden araştırmacılar da vardır. Leminen ve ark.'ları yayınladıkları retrospektif ve sekiz olguluk bir çalışmada laparoskopik girişim sonrası patoloji sonucu doğrultusunda ortalama 17 gün sonra hastalara evreleme laparatomisi yaptıklarını ve saptanan evrenin laparoskopik sırasında saptanan evreden daha ileri bir evre olduğunu bildirmişlerdir(9). Ancak araştırmacı biopsi alırken veya adneksiyal kitleyi çıkartırken "endoscopic bag" kullanmamış ve frozen section yapmamıştır. Dolayısıyla bu iki nokta pek çok çalışmacısında vurguladığı gibi şüpheli kitlelere laparoskopik cerrahi yapan cerrahın mutlak hatırlaması gereken noktalar.

Bu yayınlarda da görüldüğü gibi laparoskopik cerrahi adneksiyal kitlelerin tanısı ve tedavisinde belli kurallara uyulduğu sürece güvenle kul-

lanılabilecek bir yöntemdir. Preoperatif dönemde rutin yapılan CA-125 ve TVUS incelemelerinin kitlenin doğasını göstermedeki etkinliği ise tartışmalıdır. Bizim olgumuzda ve Krissi'nin (7) çalışmasında olduğu gibi her iki tetkikte de habaset yönünde bulgu elde edilmesine rağmen sonuç selim olabileceği gibi terside geçerlidir. Kitlenin habis olması halinde soru yapılan cerrahinin komplikasyonları nedir olmalıdır. Farklı yayınlar, laparoskopik yaklaşımın hastanın yaşam süresi üzerine etkili olmadığı yönündedir. Sık karşılaşılan bir problem ise "endoscopic bag" ile çıkartılmayan kitlelerde trokar yerlerinde tümör nükslerinin görülmesidir. Van Dam ve ark.'ları 83 ileri evre over kanseri ve 21 rekürren over kanseri olgusuna laparoskopik yapmışlar, trokarın insizyon yerinde implantasyon şeklinde tümör görülme sıklığını tüm batin katları kapatılan olgularda %2, sadece cilt kapatılan olgularda ise % 58 olarak bildirmişler, yine asidi olan hastalarda trokar yerinde tümör görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir(10). Hiç bir olguda abdomen ön duvarında palpable kitle saptanmamıştır. Yazarlar over tümörü sonrası trokar yerlerinin tüm batin katlarını içine alacak şekilde kapatılması gerektiğini savunmuşlardır.

Adneksiyal kitlelerin tanısı ve tedavisinde laparoskopik cerrahi güvenle uygulanabilecek, hastanın hastanede kalış süresini kısaltan ve postoperatif dönemi daha iyi geçirmesini sağlayan yöntemdir. Ancak özellikle habaset riski olan, TVUS'de yukarıda belirttiğimiz kriterleri taşıyan veya CA-125'i yüksek olgulara girişim yapacak cerrahin laparoskopik cerrahi deneyiminin yeterli olması, şüpheli kitleyi veya biyopsi materyelini "endoscopic bag" içinde torkardan geçirerek dışarı alması ve operasyon sırasında "frozen section" yaptırması ve kitlenin habis olarak değerlendirilmesi durumunda cerrahin hastaya laparotomi yapacak ve jinekolojik onkoloji disiplini içinde hastaya müdahale edebilecek eğitiminin olması veya bu girişimi yapacak bir ekibin bulunması şarttır. Belirttiğimiz kurallara uyulduğu sürece yapılan laparoskopik cerrahi hastanın morbiditesini azaltacak bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Sanfilippo J.S., Rock J.A. Surgery for benign disease of the ovary. In: Rock J.A., Thomson J.D. editors. Te Linde's Operative Gynecology. 8th ed. Philadel-

hia - New York: Lippincott-Raven publishers. 1997; 31:687-729.

2. Guerriero S., Mallarini G., Ajossa S., Risalvato A., Satta R., Mais V., Angiolucci M., Melis G.B. Transvaginal ultrasound and computed tomography combined with clinical parameters and CA-125 determinations in the differential diagnosis of persistent ovarian cysts in premenopausal women. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1997;9(5):339-43.

3. O'Connor H., Magos A. Laparoscopic management of adnexal masses of uncertain nature. *Clinics of North America* 1995; 6(3): 573-590.

4. Canis M., Mage G., Pouly J.L. Laparoscopic diagnosis of cystic masses: A 12 year experience with long term follow-up. *Obstet. Gynecol.* 1994; 83:707-712.

5. Malik E., Bohm W., Stoz F., Nitsch C.D., Rossmann W.G. Laparoscopic management of ovarian tumors. *Surg Endosc* 1998; 12(11):1326-33.

6. Chapron C., Dubuisson J.B., Kadoch O., Capella-Allouc S., Vacher-Lavenu M.C. Laparoscopic management of organic ovarian cysts: is there a place for

frozen section diagnosis? *Hum. Reprod.* 1998; 13(2):324-9.

7. Krissi H., Dekel A., Hava I.B., Orvieto R., Dicker D., Shalev J., Ben-Rafael Z. Laparoscopic management of suspicious ovarian cysts in elderly, postmenopausal women. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1999; 83(1):53-6.

8. Darai E., Teboul J., Fauconnier A., Scoazec J.Y., Benfla J.L., Madelenat P. Management and outcome of borderline ovarian tumors incidentally discovered at or after laparoscopy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1998; 77(4):451-7.

9. Leminen A., Lehtovirta P. Spread of ovarian cancer after laparoscopic surgery: report of eight cases. *Gynecol Oncol* 1999; 75(3):387-90.

10. van Dam P.A., De Cloedt J., Tjalma W.A., Buytaert P., Becquart D., Vergote I.B. Trocar implantation metastasis after laparoscopy in patients with advanced ovarian cancer: can the risk be reduced? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(3):536-41.

Alındığı Tarih: 14.11.2000

Yazışma Adresi: Uz.Dr.Süleyman Engin Akhan İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Millet Cad. Topkapı - İstanbul 34290 Telefon: (0212) 635 11 50-51 Fax: (0212) 635 26 75 E-mail: akhan93@hotmail.com
