

Kistik ovarian tümörlerde video laparoskopik yaklaşım

Mustafa KARA (*), Semih TUĞRUL (*), Mustafa KEKOVALI (*), Selçuk ÖZDEN (*),
Tayfun KUTLU (**), Musafa EROĞLU (**)

ÖZET

Bu çalışmada video laparoskopik ovarian kistektomi yapılan ilk 16 vakamız sunulmuştur. Adneksiyal kitlesi olan hastalar öykü, pelvik muayene ve ultrasonografi yapılarak değerlendirildi. Yeterli gözlemden sonra operasyon kararı alınan hastalarda Doppler akım karakterleri ve serum Ca-125 düzeyleri belirlendi. Tümü premenopozal dönemde olan hastaların operatif sonuçları literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Operatif laparoskopi, adneksiyal kitle, over kanseri, ultrasonografi, tümör belirteçleri

SUMMARY

Video-laparoscopic approach to the cystic ovarian tumors

In this study the first sixteen cases of video laparoscopic cystectomy have been presented. The patients who have adnexal masses were evaluated with history, pelvic examination and ultrasonography. After a through observation Doppler flow characteristics and serum Ca-125 level have been determined in the patients decided to be operated. The operative result of the patients all being in the premenopausal periods were discussed in the light of literature.

Key words: Operative laparoscopy, adnexal mass, ovarian cancer, ultrasonography, tumor markers

GİRİŞ

Teknolojik gelişmelerin cerrahiye sağladığı olanaklar ile operatif laparoskopinin geniş kullanım alanı bulması çeşitli konularda tartışmalarla birlikte klasik öğrenimimizi yeniden değerlendirmemize yol açmıştır (1-3).

Jinekolojik cerrahide en tartışmalı konulardan birisi adneksiyal kitlelerde endoskopik tedavi yöntemidir. Operatif laparoskopinin yöntem olarak güvenli ve efektif olduğu kanıtlanmıştır. Ancak bu yöntemle çıkarılan kitlelerde takiben malignensi raporları bu konudaki tartışmaların devam etmesine sebep olmuştur (4,5). Adneksiyal kitlelere yaklaşımda, endoskopik cerrahinin herkesce kabul edilen avantajları yanında yetersiz hasta hazırlığı, yetersiz cerrahi

girişim, yetersiz cerrahi evreleme ve tedavide gecikme gibi potansiyel problemleri vardır. Bu güçlüğü aşmada kesin preoperatif kriterlere ve standart intraoperatif protokollere gereksinim vardır. Çalışmamızda laparoskopik over kistektomi yaptığımız hastaları yöntem ve sonuçları açısından tartışma konuları ile değerlendirdik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Hasta popülasyonu Ağustos 1994-Temmuz 1995 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi jinekoloji polikliniğine müracaat eden ve kliniğimize refere edilen hastalardan oluşturuldu. Tüm hastalar öykü, fizik ve pelvik muayeneyi takiben transabdominal ve transvajinal ultrasonografi ile değerlendirildi. Hastaların muayene bulguları ve ultrasonografik skorlama sonuçları kaydedildi. Skorlama için Sassone (6) tarafından ortaya konan kriterler kullanıldı.

(*) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Op. Dr.

(**) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, As. Dr.

Fertilite durumları ve klinik yakınmaları gözönünde bulundurularak malignensi şüphesi taşımayan 8 cm'den küçük kistik kitleler 50 µg östrojen içeren oral bir kontraseptif ilaç veya hiçbir terapi uygulamadan 2-3 aylık gözlemden sonra tekrar kontrol edildiler. Persiste eden tümörler renkli Doppler ultrasonografisi ve serum Ca-125 düzeyleri ile ileri değerlendirmeye tabi tutuldular. Malignensi kriteri taşımayan 16 hasta operatif laparoskopi ile tedavi edildi. Hastalara operasyon hakkında bilgi verildi ve işlemin standart yaklaşım olmadığı ve gerekli durumlarda laparotomi yapılabileceği belirtildi.

Genel anestezi altında sterilizasyonu takiben mesane boşaltıldı ve pelvik muayene yapıldı. Uterus manuplasyonunu kolaylaştırmak için serviks rubin kanülü yerleştirildi. Yeterli pneumoperitoneum sağlandıktan sonra 0 derece laparoskop ile dikkatli bir şekilde pelvis ve abdomen muayenesi yapıldı. Sitolojik değerlendirme için periton yıkama sıvısı rutin olarak alındı. Malignensi yönünde bulgu olmayanlarda, batın duvarı damarlanmsı dikkate alınarak kitleye yaklaşımda uygun iki yardımcı port ile işleme devam edildi. Kitlenin antimezenterik yüzüne iğne uçlu monopolar koterle insizyon yapıldı. Ovarian kapsül kistten mekanik olarak soyuldu. İntakt çıkarılan kitleler endobag yardımı ile batın duvarına taşındı. Kisti ovarian kapsülden ayırmada güçlük olan durumlarda kist mayi aspire edildi. Daha sonra kistin tabanına ulaşılarak bir forseps yardımı ile kendi etrafında döndürülerek çıkarıldı. Kist tabanına ulaşıldığı zaman ince uçlu bipolar koter ile damarları koagüle edildi. Kitleler batın dışına 5 mm ya da 10 mm'lik trokarlar yardımı ile çıkarıldı. İşlem tamamlandıktan sonra yeterli irrigasyon-aspirasyon ve hemoraji kontrolü yapıldı. Over yüzeyindeki defekt açık bırakıldı. Operasyonun video kayıtları ile birlikte hastalar komplikasyonlar, postoperatif analjezi gereksinimi, hastanede kalış süresi, iyileşme ve fertilite açısından takip edildiler.

SONUÇLAR

Hastaların bazı özellikleri ve preoperatif değerlendirmeleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların özellikleri

| Hasta | Yaş | Gravida | Parite | Semp.ve bulgu | Geç. op. |
|-------|-------------|----------|----------|---------------|-----------|
| 16 | 30.4(21-37) | 2.5(0-8) | 1.3(0-4) | 16(%81.25) | 3(%18.75) |

Tablo 2. Semptom ve bulgular

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Pelvik ağrı | 10 (% 62.5) |
| Pelvik ağrı + anormal uterin kanama | 4 (% 25) |
| Semptomsuz | 3 (% 18.75) |
| İnfertilite | 2 (% 12.5) |
| Dismenore+Hirsutizm | 1 (% 6.25) |

Tüm hastalar premenopozal dönemde idi. Virgo olan 2 hastanın birinde şiddetli dismenore ve hirsutizm, diğerinde ise pelvik ağrı yakınması vardı. Geçirilmiş pelvik cerrahiye sahip 3 hastanın birisinde ovarian kistektomiden 5 yıl sonra abdominal total histerektomi, diğerlerinde sağ adnektomi ve ovarian kistektomi öyküsü mevcuttu. Semptomatik olmayan hasta oranı (% 18.75) iken, en sık semptom pelvik ağrı idi (% 62.5). Tablo 3'de görüldüğü gibi en sık histopatolojik tip basit kist (% 30.1) iken, diğerleri endometrioid, seröz, fonksiyonel ve dermoid kist idi. Seröz kistlerin ikisi seröz papiller kistadenofibrom, diğeri seröz papiller kistadenom olarak rapor edildi. Serum Ca-125 değerlerini premenopozal dönemde rutin olarak preoperatif tetkikler içine almamamıza rağmen bu vakaların sonuçlarını değerlendirdik.

Doppler ultrasonografi verilerini benign-malign ayırımı yönünde skorlama değerlerine ek olarak kullandık. Tablo 4'de operatif sonuçlar gösterilmiştir. Hiçbir vakada intraoperatif komplikasyon olmadı. İlave pelvik patoloji olarak 5 vakada çeşitli lokasyonlarda adezyon, 3 vakada pelvik endometriosis bulguları saptandı. Pelvik adezyonu olan hastanın birinde ince barsağın uterus arka yüzüne geniş tabanlı yapışıklık göstermesi nedeniyle müdahale yapılmadı. Ancak kistektomi başarılı olarak tamamlandı. Bu hastada önceden iki kez laparotomi öyküsü vardı. Adezyonlar gerekli ise koterize edildikten sonra künt olarak disseke edildiler. Endometriotik implantların sakroute-

Tablo 3. Histopatolojik sonuçlarla preoperatif verilerin ilişkisi

| Hasta sayısı | Yaş | Kist tipi | Ultrasonografi | | | | | |
|--------------|-------|--------------|----------------|----------|-----------|----------|--------|----------|
| | | | Ca-125 | | RI | | Scor | |
| | | | aralık | ortalama | aralık | ortalama | aralık | ortalama |
| 5 | 25-37 | Basit | 5-26 | 10.4 | 0.46-0.83 | 0.67 | 3-7 | 5 |
| 4 | 21-35 | Endometrioma | 123-265 | 159.8 | 0.40-0.88 | 0.70 | 4-8 | 6 |
| 3 | 23-35 | Seröz | 20-56 | 35.3 | 0.60-0.78 | 0.69 | 4-8 | 6 |
| 2 | 29-36 | Fonksiyonel | 2-40 | 21 | 0.46-0.96 | 0.71 | 4-10 | 7 |
| 2 | 28-34 | Dermoid | 12.4-21 | 16.7 | 0.70-0.78 | 0.74 | 6-12 | 9 |

Tablo 4. Operatif sonuçlar

| | ortalama | aralık |
|------------------------------|----------|---------|
| operasyon süresi (dk) | 90 | 45-195 |
| tahmin kan kaybı (ml) | 50 | 10-250 |
| komplikeasyon | 0 | |
| hastanede yatış süresi (gün) | 2 | 1-3 |
| iyileşme süresi (hafta) | 1 | 0.5-1.5 |
| postoperatif pelvik ağrı | | |
| kaybolan | 9 | (% 81) |
| değişmeyen | 2 | (% 19) |
| artan | 0 | |

rin ligament ve pelvik peritondaki geniş lezyonları bipolar koter ile koterize edildi. Diğer alanlara dokunulmadı. Dermoid kisti olan 2 hastanın birisinde kist rüptüre oldu. Diğer 4 hastada kist işlemin güçlüğü nedeni ile aspire edildi.

Operasyon süreleri deneyim ve ilave patolojilere de bağlı olarak değişkenlik göstermiştir. Hastaların anesteziden kurtulma döneminden sonra analjezi gereksinimleri 3 hasta dışında tahammül edilebilir düzeydeydi. Bu 3 hastada parenteral analjezi kullanıldı. Hastalar kendilerini iyi hissettikleri döneme kadar hastanede tutuldu. Hastaların işe başlayabilme zamanları ve ev hanımlarının günlük işlerini yürütebilmesi iyileşme süreleri olarak değerlendirildi. Ortalama süre 1 hafta idi. Periyodik izlemlerde vakaların çoğunda semptomların kaybolduğu görüldü (% 81).

TARTIŞMA

Reproduktif dönemdeki adneksiyal tümörlerin çoğu benignidir. Buna rağmen ovarian kitlelerin

operatif girişiminden önce iki temel soruya cevap aranmalıdır:

1. Kitle fonksiyonel mi yoksa neoplastik midir?
2. Kitle benign mi yoksa malign midir?

Overlerdeki fonksiyonel değişimler yeterli gözlem veya terapi sonrası belirlenebilir ancak neoplastik olduğu düşünülen durumlarda kritik olan malign patolojiyi ortaya çıkarmaktadır. Fakat malignensiyi önceden belirlemek için güvenilir bir yöntem henüz mevcut değildir. Bu nedenle over neoplazilerinde klasik yaklaşım laparotomi ile kitleyi tamamen çıkarma ve evreleme yapmaktır.

1970'lerin sonlarından itibaren operatif laparoskopik, tüm cerrahi alanlarda olduğu gibi jinekolojik problemlerde de dramatik bir artışla kullanım alanı bulmuştur. Bu arada yöntem üzerinde tartışmalar sürerken (1-3), Maiman'ın (4) laparoskopik yöntemle çıkarılan kitlelerde sonradan malignensi raporu yöntem üzerine gölge düşürmüştür. Ancak bu hastaların preoperatif ve intraoperatif yetersiz değerlendirilmiş olmasının laparotomi yapılmış olsa da sonucu değiştirmeyeceğinden yöntem üzerindeki gölgeyi ortadan kaldırmıştır.

Gleeson (5) laparoskopik sonrası over kanseri nedeni ile abdominal duvarda metastaz saptadıkları 3 vaka rapor etmiştir. Ancak burada da preoperatif ve intraoperatif yeterli değerlendirme söz konusu değildir. Amerikan Jinekolojik Laparoskopist Birliği'nin (AAGL) (7) 1990 surveyinde operasyonda şüphelenilmeyen over kanseri insidansı % 0.04 olarak bildirilmiştir. AAGL bu araştırmanın sonunda adneksiyal kit-

lelerin laparoskopi yolu ile çıkarılabileceğini belirtmiştir.

Video laparoskopik yöntemle değerlendirdiğimiz 16 vaka, seçilmiş hasta grubundan oluşmuştur. Tümü premenopozal dönemde olan hastalar, öykü ve muayeneye ilaveten ultrasonografi, Doppler bulguları ve Ca-125 değerleri açısından preoperatif olarak yeterli değerlendirildi. Hiçbirinde malignensiyi düşündürülen bulgu olmayan bu hastalar intraoperatif olarak sistematik gözlemden geçirildi. Rutin sitolojik örnekleme yapıldı. Şüpheli olmayan vakalarda frozen değerlendirmesi istenmedi. Nezhat ve ark. (8) laparoskopik olarak değerlendirdikleri 1001 adneksiyal kitleye sahip hastada 4 ovarian kanseri laparoskopi esnasında tespit etmişlerdir. Rutin olarak sitolojik örnekleme ve şüpheli durumlarda rüptüre etmeden biyopsi ile histopatolojik değerlendirme yapmışlardır.

Bu çalışmanın sonucunda preoperatif kanser olduğu gösterilemeyen tüm adneksiyal kitlelerin laparoskopik yolla çıkarılabileceğini hatta erken evre over kanserlerinin aynı yolla deneyimli bir laparoskopist tarafından tamamlanabileceğini belirtmişlerdir. Benign patolojiler yanında borderline ve erken evre over kanserlerinin hatta serviks ve endometrium kanserlerinin laparoskopik yolla tedavi edilebileceğini savunanlar mevcuttur (8-13). Fakat radikaliteye katılmayan yazarlar çoğunluktadır (4,5,14).

Overler tetkik için kolay ulaşılabilir bir yerde olmadığı için ortaya çıkan patolojilerde benign-malign ayırımı yapmada güvenilir bir yöntem yoktur. Diğer jinekolojik kanserlerde olduğu gibi preoperatif sitolojik ve histolojik değerlendirme yapılmadığından ultrasonografi, Doppler akım verileri ve tümör belirteçleri bu amaçla araştırılmaktadır (6,15-17). Vakalarımızın sonuçları ortalama olarak Ca-125 için 10.4-159.8, skorum için 5-9, rezistans indeksleri için 0.67-0.74 arasında idi. Öykü, muayene, ultrason, Doppler ve tümör belirteçleri ile değerlendirmede klinisyen malignensiyi düşündürülen bir patoloji elde edememişse laparotomiye geçme avantajını da kullanarak adneksiyal kitlelerin çoğunluğu laparoskopik yoldan

çıkarabilir. Reprodüktif dönemde kistik ovarian kitlelerin büyük çoğunluğu fonksiyonel olduğu için yeterli süre izlem ya da medikal tedaviden sonra persiste eden kitlelerde laparoskopik kistektomi yapılarak organlar korunacaktır.

Kitlenin malign bulunması ile ortaya çıkabilecek sorunların yetersiz değerlendirme ve cerrahi disiplinden uzak kalındığı zaman geliştiği görülmektedir. Benign olduğu düşünülen adneksiyal kitlelerin preoperatif ve intraoperatif disiplininde ne laparotomi ne de laparoskopide farklılık yoktur. Ancak malign olduğu düşünülen adneksiyal kitlelerde klasik cerrahi yaklaşımı tartışılır hale getirebilecek laparoskopik radikal cerrahi yöntemi sonuçları henüz ortaya konmamıştır. Ayrıca bu genel pratik içinde olmayan ve jinekolojik onkoloji tarafından yürütülmesi gereken bir durumdur.

Adneksiyal kitlelerde üzerinde tartışılan diğer konular komplet rezeksiyon ve yeterli evreleme yapmanın laparoskopi ile ne oranda sağlanabildiği ve rüptür yapılırsa tümör yayılımı ile prognozun nasıl etkilendiğinin ortaya konmasıdır. Sitolojik örneklemenin tanısal değerinin düşük olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (18). Ancak rutin yapılmasının nedeni frozen sonucu malign ise laparotomiye geçişte tek olarak tekrarlanamayan kriterdir. Tümörün iyatrojenik rüptürünün prognozu etkilemediği görüşü ağır basmaktadır (19), fakat yine de dikkatli davranmak önerilen bir durumdur.

Audebert (20) makalesinde laparotomi ve laparoskopinin bu anlamda aynı riskleri taşıdığını bu nedenle laparoskopik yöntemden daha fazla problem beklemenin gereksiz olduğunu belirtmiştir. Adneksiyal kitlenin malign bulunması durumunda laparoskopik yolla komplet rezeksiyon ve tam bir evreleme daha önce belirtildiği gibi bugün için güvenli yöntem değildir. Vaka sayımızın az olmasına rağmen laparoskopinin avantajlarından yararlanarak intraoperatif dikkatli değerlendirme ve rutin frozen ile malignensiyi gözden kaçırmanın laparotomiden daha fazla olmayacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda iki hastada dermoid kist saptadık. Bunlardan birisi girişim esnasında rüptüre oldu. Bu vakada batın içine dökülen kist içeriği yeterli irrigasyon ve aspirasyon ile temizlendi. Takipte komplikasyon gelişmedi. Birçok araştırmacı dermoid kistlerin rüptürü durumunda kimyasal peritonit gelişme olasılığı nedeni ile laparoskopik yaklaşımı uygun görmez. Ancak literatür bilgileri laparotomi ya da laparoskopi ile gelişebilecek kimyasal peritonit varlığını desteklemez.

Albini ve ark. (21) 38 dermoid kist olgusundan 19'una laparoskopik yaklaşımda bulunmuş, sonuçta kist rüptürünün laparotomiye göre daha fazla olmasına rağmen hiçbir olguda kimyasal peritonit gelişmemiştir. Çalışmamızda ikinci sıklıkta karşılaştığımız kist tipi olan endometriomalarda da laparoskopik yaklaşım bazı yönleri ile tartışılmaktadır. Endometriomalarda kist duvarının tam olarak çıkarılması, rekürrens azaltılması ve infertilite probleminin çözülmesi yönünden laparotomi genelde tercih edilen yöntemdir.

Nezhat ve ark. (22) endometriomalarda laparoskopik yaklaşım ile rekürrens oranının basit drenaj sonrası % 50, kist duvarının çıkarılması ile % 8 olduğunu belirtmişlerdir. Fayez ve Vogel (23) endometriomada laparoskopik olarak basit drenaj, kist cidarının soyulması ya da eksizeyonu gibi farklı yöntemleri karşılaştırdıkları bir çalışmada kontrol second look laparoskopide en çok adezyonun eksize edilen grupta olduğunu ve en uygun yaklaşımın kist cidarının soyulması olacağını ileri sürmüşlerdir. Çalışmamızdaki 4 endometrioma vakasında kistler cidarı ile birlikte çıkarıldı ve kist tabanı koterize edildi. Bu vakalar içinde infertilite problemi olan bir hasta gözlem esnasında spontan gebe kaldı.

Pittaway ve ark. (24) laparoskopik adnektomi yaptıkları vakaların laparotomi ile karşılaştırmalı bir çalışmada operasyon süresi, kan kaybı, hastanede kalış süresi, total maliyet ve iyileşme sürelerinin laparoskopi grubunda istatistiksel olarak daha az olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada sonuçlar ortalama olarak

sırası ile laparotomi ve laparoskopi grubunda, operasyon süresi 103 ve 8 dakika, hastanede yatış süresi 3 ve 1 gün, maliyet 6044 ve 4573 dolar, pelvik ağrısı kaybolan % 38 ve % 59, iyileşme süresi 4 ve 1 hafta olarak belirtilmiştir.

Sonuçlarımız literatürde verilen değerlere benzerlik göstermektedir. Klinik karşılaştırma yapmadığımız bu çalışmada hastaların ikisi dışında semptomların düzeldiğini ve infertil bir hastanın bu gözlem esnasında spontan gebe kaldığını saptadık. Sonuçta hastaya uygulanan cerrahi travma laparoskopide belirgin olarak daha az iken, atlanabilecek malignansinin laparotomi ile aynı olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, preoperatif dönemde benign olarak değerlendirilen adneksiyal kitlelerin laparoskopik yaklaşımında onkolojik cerrahi prensiplerine uygun olarak rutin sitolojik örnekleme, dikkatli değerlendirme ve şüpheli durumda frozen yapılarak potansiyel risklerin ortadan kaldırılabileceği görüşündeyiz. Özetle, iyi değerlendirilmiş premenopozal kistik ovarian kitleli hastalarda minimal invaziv bir yöntem olarak operatif laparoskopi laparotominin yerini alma yolunda olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tadir Y, Fisch B. Operative laparoscopy: A challenge for general gynecology? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:7-12.
2. Pitkin RM. Operative laparoscopy: surgical advance or technical gimmick? *Obstet Gynecol* 1992; 79:441-27.
3. Gornel V. Operative laparoscopy: time for acceptance. *Fertil Steril* 1989; 52:1-11.
4. Maiman M, Seltzer V, Boyce J. Laparoscopic excision of ovarian neoplasm subsequently found to be malignant. *Obstet Gynecol* 1991; 77:563-5.
5. Glesson NC, Nicosia SV, Mark JE, Hoffman MS, Cavanagh D. Abdominal wall metastases from ovarian cancer after laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:522-3.
6. Sassone AM, Timor-Tritsch IE, Artner A, Westhoff C, Warren WB. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. *Obstet Gynecol* 1991; 78:70-6.
7. Hulka J, Parker W, Surrey M, Philips J. Management of ovarian masses: AAGL 1990 survey. *J Reprod Med* 1992; 7:599-602.
8. Nezhat F, Nezhat C, Walender CE, Benigno B. Four ovarian cancers diagnosed during laparoscopic

management of 1001 women with adnexal masses. Am J Obstet Gynecol 1992; 167:790-6.

9. Reich H, McGlynn F, Wilkie W. Laparoscopic management of evre 1 ovarian cancer. J Reprod Med 1990; 35:601-4.

10. Mage G, Canis M, Manhes H, Pouly J, Wattiez A, Bruhat MA. Laparoscopic management of adnexal cystic masses. J Gynecol Surg 1990; 6:71-9.

11. Mecke H, Lehmann-Willenbrock E, İbrahim M, Semm K. Pelviscopic treatment of ovarian cysts in premenopausal women. Gynecol Obstet Invest 1992; 34:36-42.

12. Nezhat C, Burrell MO, Nezhat FR, Benigno BB, Walender CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:864-5.

13. Parker WH, Berek JS. Management of selected cystic masses in postmenopausal women by operative laparoscopy: a pilot study. Am J Obstet Gynecol 1990; 163:1574-7.

14. Schwartz PE. An oncologic view of when to do endoscopic surgery. Clin Obstet Gynecol 1991; 34:467-72.

15. Karlan BY, Raffel LJ, Crvenkovic G, et al. A multidisciplinary approach to the early detection of ovarian carcinoma: Rationale, protocol design, and early results. Am J Obstet Gynecol 1993; 169:494-501.

16. Davies AP, Jacobs I, Woolas R, Fish A, Oram D. The adnexal mass: benign or malignant? Evaluation of a risk of malignancy index. Br J Obstet Gynaecol

1993; 100:927-31.

17. Valentin L, Sladkevicius P, Marsal K. Limited contribution of Doppler velocimetry to the differential diagnosis of extrauterine pelvic tumors. Obstet Gynecol 1994; 83:425-33.

18. Spinelli P, Pilotti S, Luini A, Spatti GB, Pizzetti P, Depalo G. Laparoscopy combined with peritoneal cytology in evreleme and reevleme ovarian carcinoma. Tumori 1979; 65:601-10.

19. Dembo A, Davy M, Stenwig A, Berle E, Bush R, Kjorstad K. Prognostic factors in patients with evre I epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1990; 75:263-72.

20. Audebert AJM. Ovarian surgery: why expect more problems from laparoscopy than from laparotomy. Gynaecological Endosc 1995; 4:1-2.

21. Albin S, Benadiva C, Haverly K, Luciano A. Management of benign cystic teratomas; laparoscopy compared with laparotomy. J AAGL 1994; 1:219-23.

22. Nezhat C, Winer W, Nezhat F. Is endoscopic treatment methods of endometriosis and endometriomas associated with better results than laparotomy? Am J Gynecol Health 1988; 2:78-82.

23. Fayez JA, Vogel MF. Comparison of different treatment methods of endometriomas by laparoscopy. Obstet Gynecol 1991; 78:660-65.

24. Pittaway DE, Takacs P, Bauguess P. Laparoscopic adnexectomy: a comparison with laparotomy. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:385-91.

Alındığı tarih: 28 Mart 1996

Yazışma adresi: Dr. Mustafa Kara, Eminalipaşa Cad. Taşlıçeşme Sok. Yonca Apt. 35/9 Bostancı-İstanbul
