

# Pelvik kitlelerde laparoskopik yaklaşım

Hikmet HASSA (\*), Başar TEKİN (\*\*), Sinan ÖZALP (\*), Attila YILDIRIM (\*), Ömer YALÇIN (\*\*\*)

## ÖZET

**Amaç:** Pelvik yerleşimli jinekolojiyi ilgilendiren kitlelerde laparoskopinin önemini incelemek.

**Yöntem:** 1995-1997 yılları arasında operatif laparoskopik yapılmış 88 olgunun dosya kayıtlarından retrospektif olarak değerlendirme yapıldı. Preoperatif ve intraoperatif bulgular karşılaştırıldı, laparoskopinin önemi araştırıldı.

**Bulgular:** Adneksiyal kitlelerde kitlenin görünümüne bakarak dermoid, paraovaryen kist ve myom dışında tanı koymanın yanlış olacağı, endometriomaların korpus luteum hemorajikum ve hemorajik follikül kistleri ile karıştığı görülmektedir. Laparoskopide basit over kisti tanısı alan olguların % 32.5'inin histopatolojik tanısı basit over kisti olarak saptanmış, % 20.9'u seröz kistadenom, % 23.2'si müsinöz kistadenom, % 20.9'u korpus luteum, % 2.3'ü de borderline endometrioid tümör olarak saptanmıştır. Endometrioma tanısı alan olgularda % 40 endometrioma, % 60 korpus luteum olarak saptanmıştır. Korpus luteum olduğu düşünülen olguların ise % 77.7'si endometrioma, % 22.2'si korpus luteum idi. Laparoskopik gözlemlerde malign olduğu düşünülen 3 olgunun histopatolojik tanısı benign olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Benign kitlelerin reproduktif çağda yoğunlaştığı, tanısı izleyen bir operasyonun ancak laparoskopik girişle olabileceği görülmektedir. Ancak bunun için öykü ve klinik muayenelerin tam yapılması gerektiği, Doppler, ultrasonografi (USG), tümör belirleyiciler ve diğer preoperatif incelemelerin girişim öncesi iyice değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Pelvik kitle, laparoskopi, over kisti

## SUMMARY

**Laparoscopic management of pelvic mass**

**Objective:** Investigation of the role of laparoscopy in pelvic masses in gynecology.

**Methods:** Eighty-eight laparoscopy cases between 1995-1997, were evaluated retrospectively. Preoperative and intraoperative findings were compared.

**Results:** It is hard to predict the nature of the adnexial masses except cyst dermoid, paraovarian cyst and myoma with regard to the appearance of the mass. Endometriomas could be confused with hemorrhagic corpus luteum and hemorrhagic follicle cysts. Histopathological evaluation of the cases who were diagnosed laparoscopically as simple ovarian cysts showed that 32.5 % of cases were simple ovarian cysts, 20.9 % were serous cystadenoma, 23.2 % were mucinous cystadenoma, 20.9 were corpus luteum and 2.3 % were borderline endometrioid tumors. Only 40 % of the cases who were diagnosed as endometrioma were endometrioma histopathologically where 60 % were corpus luteum. In three cases laparoscopic view suspected of malignancy but were found to be benign histopathologically.

**Conclusion:** Benign masses are more common in reproductive age and, so laparoscopic management is a good choice at the time of diagnosis. A more detailed history and clinical evaluation, Doppler study, ultrasound, tumor markers are required before a successful laparoscopy.

**Key words:** Pelvic mass, laparoscopy, ovarian cyst

## GİRİŞ

Laparoskopi pelvik kitlelerde, tanı ve tedavi amaçlı kullanılır. Klinik değerlendirmelerden sonra tanıda en önemli laboratuvar yöntemler

ultrasonografi (USG), kompüterize tomografi (CT), nükleer magnetik rezonans (NMR) olmaktadır. Ancak kitlenin histopatolojik incelemesine imkan veren bir cerrahi yöntemin minimal bir cerrahi travma ile yapılabilmesi laparoskopik cerrahi ile mümkündür.

Laparoskopik yolla retroperitoneal alan incelenmesi, lenf nodu biyopsileri alınması deneyimli cerrahlarca olabilmekte, tartışmaları olsa

(\*) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prof. Dr.  
(\*\*) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doç. Dr.  
(\*\*\*) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

da radikal uygulamaların yapılabilirdiği bilinmektedir (1). Overyen neoplazilerin değerlendirilmesi ve benign ve malign ayırımında Doppler-USG yaygın olarak kullanılmaktadır (2,3).

Kliniğimizde yapılan çalışmada kitlelerin pik sistolik/end diastolik akımları ölçülerek bulunan S/D oranının eşik değeri 2.2 alındığında sensitivitesi % 100, spesifitesi % 97.1, pozitif prediktif değeri % 91.6, negatif prediktif değeri % 100 olarak bulunmuştur. Ayrıca rezistans indeksi (RI) ve pulsatilite indeksi (PI)'de malignite tespitinde kullanılmakta, RI için 0.4 değeri, PI için ise 1 eşik değeri alındığında sensitivitesi % 96, spesifitesi % 99, pozitif prediktif değeri % 95 olarak bulunmuştur (3).

Pelvik kitlelerin benign-malign ayırımında kullanılan bir başka yöntem de tümör belirteçlerinin saptanmasıdır. Jinekolojide en çok yararlanılan tümör belirteçleri alfa fetoprotein (AFP), karsino embriyogenik antijen (CEA), human korionik gonadotropin (HCG) ve CA 125'dir (4). Adneksiyal kitle üzerinde yapılan çalışmalarda, kitlelerde pelvik muayene, USG skrolama sistemi, Doppler S/D oranı ve Ca 125 değerlerinin tek tek ve kombine edilerek neoplazilerde tanısal etkinliklerine bakıldığında, USG morfolojik skrolamanın en yüksek spesifite (% 92.7) ve pozitif prediktif değere (% 86.0) ve en düşük sensitiviteye (% 77.1), S/D oranının en düşük spesifite (% 69.8), pozitif prediktif değere (% 60.9) ve negatif prediktif değere (% 86.5) ve serum Ca 125 değerinin ise en yüksek sensitivite (% 83.3) ve negatif prediktif değere (% 90.2) sahip olduğu belirlenmiştir. Dört tanısal yöntemin sonuçları birlikte değerlendirildiğinde malign neoplazilerin tanısı için sensitivite (% 97.9) ve negatif prediktif değeri (% 97.7) ve en yüksek spesifite (% 50.6) ve pozitif prediktif değeri (% 53.4) ise en düşük oranlara ulaştığı gözlenmiştir (5).

Tüm bu araştırmalar yapıldıktan sonra sonuçlar kitlenin benign olması lehine ise laparoskopik cerrahi yapılabilir, malign olgularda ise genellikle benimsenen yaklaşım laparotomi ile olmaktadır. Kliniğimizde pelvik bölgenin jinekolojiyi ilgilendiren kitlelerinde yapılmış olan la-

paroskopik girişimlerin değerlendirilmesi planlandı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 12 Ocak 1995-25 Mart 1997 tarihleri arasında operatif laparoskopi uygulanan 50 jinekolojik pelvik kitle olgusu çalışmaya alındı. Olguların klinik verileri, laparoskopik bulguları ve yapılan operatif girişimler üreme endokrinolojisi ve infertilite kayıt dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi.

Adneksiyal kitle ön tanısı ile laparoskopi yapılacak olgular tanı konulmadan önce öyküleri, fizik muayeneleri ve pelvik muayenelerinin yapılmasını takiben transvajinal ve/veya transabdominal USG ile değerlendirildi, tüm olgulara Doppler USG yapılarak S/D oranı, PI, RI bakıldı, yine tüm olgularda tümör belirteçleri (AFP, CEA, HCG ve Ca 125) araştırıldı. USG, tüm olgularda 3.75 mHz konveks probun kullanıldığı abdominal yolla ve/veya 5 mHz vajinal probun kullanıldığı transvajinal yolla real-time görüntüleme yöntemi (Toshiba-Sonolayer 250A) kullanılarak yapıldı.

Bu değerlendirmeler sonrasında benign olduğu düşünülen adneksiyal kitle olguları laparoskopi programına dahil edildi. Operatif laparoskopi uygulamaları genel anestezi altında, ameliyathane koşullarında, cerrahi uygulamaya yönelik 2 ya da 3 trokar (5 mm, 5 mm ve 10 mm) kullanılarak yapıldı. Tüm uygulamalar video kaydına alındı, değerlendirmeler ve bulgular özet halinde olguların girişimler "üreme endokrinolojisi ve infertilite" dosyalarına kayıt edildi. Çalışma olguların dosya kayıtlarından retrospektif olarak yapıldı.

## BULGULAR

Pelvik kitleler jinekolojik anlamda daha sık ovarien kitleler olmaktadır. Ovarien kitlelerin sıklıkları da yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Pelvik kitle olgularının orijin ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Pelvik kitlelerin orijinlerinin yaş gruplarına göre dağılımları

| Yaş    | Ovaryen nedenler |            |              |         |          | Over dışı nedenler |      |     |       |        |
|--------|------------------|------------|--------------|---------|----------|--------------------|------|-----|-------|--------|
|        | KL kist          | Basit kist | Endometrioma | Dermoid | Neoplazi | Paraovaryen        | Myom | PID | Diğer | Toplam |
| <20    |                  | 3          |              |         |          | 1                  |      | 1   |       | 5      |
| 20-24  |                  | 5          |              | 1       |          | 1                  |      |     |       | 7      |
| 25-29  | 1                | 12         | 12           | 1       | 2        |                    |      |     |       | 28     |
| 30-34  | 2                | 3          | 3            | 1       |          | 3                  | 1    |     |       | 13     |
| 35-39  |                  | 7          | 1            | 2       |          | 1                  | 1    |     | 1     | 13     |
| >39    |                  | 10         | 1            | 1       | 1        | 1                  | 7    |     | 1     | 22     |
| Toplam | 3                | 40         | 17           | 6       | 3        | 7                  | 9    | 1   | 2     | 88     |

Tablo 2. Pelvik kitlelerin başvuru nedenlerine göre dağılımı

| Başvuru nedenleri     | Sayı | %     |
|-----------------------|------|-------|
| Pelvik ağrı           | 31   | 35.2  |
| Anormal uterin kanama | 27   | 30.6  |
| İnfertilite           | 15   | 17.1  |
| Asemptomatik          | 15   | 17.1  |
| Toplam                | 88   | 100.0 |

Basit over kistlerinde ortalama yaş  $32 \pm 8.23$ , endometriomada  $29.85 \pm 4.37$ , dermoid kiste  $33.33 \pm 7.38$ , paraovaryen kiste  $31.07 \pm 8.52$ , myoma uteride  $40.83 \pm 3.54$  olarak saptanmıştır. Tüm olguların ortalama yaşı ise  $32.5 \pm 7.62$  olarak bulunmuştur. Olgular 19-65 yaş arasında dağılım göstermekte idi. İki olgu postmenopozal dönemde, kalan 86 (% 97.7) olgu ise reproduktif dönemde idi (Tablo 2).

Pelvik kitle saptanan olgularda en sık başvuru nedeni pelvik ağrı idi (% 35.2). Bunu anormal

uterin kanama izliyordu (% 30.6). Ayrıca pelvik kitle saptanan 15 (% 17.1) olguda başvuru nedeni infertilite iken, 15 (% 17.1) olguda da başka nedenlerle başvuran hastada rastlantısal olarak kitle tespit edilmiştir. Pelvik muayene (PM) ve laparoskopik bulguların karşılaştırılması Tablo 3'de verilmiştir.

Pelvik muayenede basit over kisti tespitinin sensitivitesi % 55.93, spesifitesi % 97.97, pozitif prediktif değeri (PPD) % 89.18, negatif prediktif değeri (NPD) % 52.72, endometrioma tespitinin sensitivitesi % 55.55, spesifitesi % 85.54, PPD % 29.41, NPD % 94.66, paraovaryen kist tespitinin sensitivitesi % 50.00, spesifitesi % 90.00, PPD % 10.00, NPD % 98.78 olarak hesaplanmıştır.

PM'de pelvik kitle tespitinde yanlış negatiflik oranı % 7.9 olarak hesaplanmıştır. Pelvik kitle olgularında USG ön tanısı ile laparoskopi bulgularının karşılaştırılması Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 3. Pelvik kitlede PM ve laparoskopik bulguların karşılaştırılması

| Laparoskopik tanı | Pelvik muayene ön tanı |              |          |          |          |          | Kitle yok | Toplam     |
|-------------------|------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------|
|                   | Over kisti             | Endometrioma | PID      | Myom     | Adezyon  | Diğer    |           |            |
| Basit over kisti  | 39(% 44.3)             |              |          |          |          |          | 4(% 4.5)  | 43(% 48.8) |
| Endometrioma      | 6(% 6.8)               | 3(% 3.4)     |          |          | 1(% 1.1) |          |           | 10(% 11.3) |
| Korpus luteum     | 3(% 3.4)               | 5(% 5.6)     |          | 1(% 1.1) |          |          |           | 9(% 10.2)  |
| Neoplazi          | 3(% 3.4)               |              |          |          |          |          |           | 3(% 3.4)   |
| Dermoid kist      | 4(% 4.5)               | 1(% 1.1)     |          |          |          |          |           | 6(% 6.8)   |
| Paraovaryen kist  | 5(% 5.6)               | 1(% 1.1)     | 1(% 1.1) |          |          |          | 1(% 1.1)  | 7(% 7.9)   |
| PID               |                        |              |          |          | 1(% 1.1) |          |           | 1(% 1.1)   |
| Myom              |                        |              |          | 5(% 5.6) |          |          | 2(% 2.2)  | 7(% 7.9)   |
| Diğer             |                        |              |          |          |          | 2(% 2.2) |           | 2(% 2.2)   |
| Toplam            | 54(% 61.3)             | 10(% 11.3)   | 1(% 1.1) | 6(% 6.8) | 2(% 2.2) | 2(% 2.2) | 7(% 7.9)  | 88(% 100)  |

Tablo 4. Pelvik kitle olgularında USG ve laparoskopi bulgularının karşılaştırılması

| Laparos. bulgusu | USG ön tanısı (sayı %) |                 |                |               |               |               |               | Toplam           |
|------------------|------------------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
|                  | Over kisti             | Endometrioma    | Paraovar. kist | Dermoid kist  | TOA           | M. uteri      | Kitle yok     |                  |
| Basit over kisti | 39(44.3)               |                 |                |               | 1(1.1)        |               | 3(3.4)        | 43(48.8)         |
| Endometrioma     | 4(4.5)                 | 6(6.8)          |                |               |               |               |               | 10(11.3)         |
| CL               | 2(2.2)                 | 7(7.9)          |                |               |               |               |               | 9(10.2)          |
| Neoplazi         | 3(3.4)                 |                 |                |               |               |               |               | 3(3.4)           |
| Dermoid kist     | 1(1.1)                 | 1(1.1)          |                | 4(4.5)        |               |               |               | 6(6.8)           |
| Paraovaryen kist | 3(3.4)                 |                 | 3(3.4)         |               |               |               | 1(1.1)        | 7(7.9)           |
| TOA              | 1(1.1)                 |                 |                |               |               |               |               | 1(1.1)           |
| Myoma uteri      |                        |                 |                |               |               | 4(4.5)        | 3(3.4)        | 7(7.9)           |
| Diğer            | 2(2.2)                 |                 |                |               |               |               |               | 2(2.2)           |
| <b>Toplam</b>    | <b>55(62.5)</b>        | <b>14(15.9)</b> | <b>3(3.4)</b>  | <b>4(4.5)</b> | <b>1(1.1)</b> | <b>4(4.5)</b> | <b>7(7.9)</b> | <b>88(100.0)</b> |

Tablo 5. Pelvik kitle olgularında uygulanan operasyon tipleri

| Operatif L/S ile yapılan operasyon tipleri    | Sayı      | %            |
|-----------------------------------------------|-----------|--------------|
| Over kist aspirasyonu+kistoskopi+fenestrasyon | 29        | 32.9         |
| Ovaryen kistektomi                            | 17        | 19.5         |
| Ooforektomi                                   | 8         | 9.1          |
| Adnektomi                                     | 6         | 6.8          |
| Dermoid kist ekstirpasyonu                    | 4         | 4.5          |
| Paraovaryen kist ekstirpasyonu                | 8         | 9.1          |
| Ovaryen "drilling"                            | 5         | 5.7          |
| LAVH                                          | 3         | 3.5          |
| PID'de abse drenajı                           | 1         | 1.1          |
| Over biyopsisi                                | 2         | 2.2          |
| Myomektomi                                    | 5         | 5.6          |
| <b>Toplam</b>                                 | <b>88</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 6. Pelvik kitle operasyonları ile aynı anda yapılan ek operasyonlar

| Ek operasyonlar                              | Sayı      |
|----------------------------------------------|-----------|
| Adezyolizis                                  | 8         |
| Apendektomi                                  | 2         |
| LUNA                                         | 1         |
| Endometriotik odak koterizasyonu             | 13        |
| Leep ile servikal ve vulvar lezyon eksizyonu | 5         |
| Tüp ligasyonu                                | 10        |
| LAVH*                                        | 3         |
| BURCH                                        | 3         |
| MMK**                                        | 1         |
| Bartolin kist ekstirpasyonu                  | 1         |
| Gebelik tahliyesi                            | 6         |
| <b>Toplam</b>                                | <b>53</b> |

\* Laparoskopi asistanlı vajinal histerektomi, \*\* MMK: Marshall-Marchetti-Krantz.

USG ile basit over kisti tespitinin sensitivitesi % 72.22, spesifitesi % 92.10, PPD % 92.85, NPD % 70.00, endometrioma tespitinin sensitivitesi % 61.53, spesifitesi % 92.40, PPD % 57.14, NPD % 93.58, paraovaryen kist tespitinin sensitivitesi % 75.00, spesifitesi % 94.31, PPD % 37.50, NPD % 98.80, dermoid kist tespitinin sensitivitesi % 100, spesifitesi % 96.59, PPD % 57.14, NPD % 100 olarak tespit edilmiştir.

Laparoskopide basit over kisti tanısı alan 43 olgunun 14'ünde (% 32.5) histopatolojik olarak tanısı basit over kisti olarak saptanmış, 9'unda (% 20.9) seröz kistadenom, 10'unda (% 23.2) müsinöz kistadenom, 9'unda (% 20.9) korpus luteum, 1'inde (% 2.3) borderline endometrioid tümör saptanmıştır. Laparoskopide endometrioma tanısı almış olan 10 olgunun histopatolojik olarak 4'ünde (% 40) endometrioma, 6'sında (% 60) korpus luteum saptanmıştır.

Laparoskopide korpus luteum olduğu düşünülen 9 olgunun histopatolojik olarak 7'sinde (% 77.7) endometrioma, 2'si (% 22.2) korpus luteum idi. Laparoskopik gözlemde malign olduğu düşünülen 3 olgunun histopatolojik olarak 1'i seröz kistadenom, 1'i müsinöz kistadenom ve 1'i de fibrom olarak saptanmıştır. Dermoid kist, paraovaryen kist ve myom tanısında laparoskopi ile histopatoloji arasında tam olarak uyum mevcut idi.

Tablo 5 ve 6'da pelvik kitle olgularında uygulanan operasyon tipleri ve esas patoloji dışındaki nedenlerle yapılan ek operasyonlar verilmiştir.

## TARTIŞMA

Adneksiyal kitlelerde operatif laparoskopi yaklaşımında preoperatif hasta seçiminde kesin be-



lirlenmiş kriterlere ve dikkatli intraoperatif değerlendirilmeye gerek vardır. Operatif laparoskopi ile adneksiyal cerrahi planlanan malignite riski düşük gruplarda klinik muayene, USG ve tümör markeri olarak Ca 125 düzeyinin belirlenmesi gereklidir. Operasyon esnasında pelvik ve abdomeninin dikkatli inspeksiyonu, "frozen section"un liberal kullanımı ve malignite varlığında acil evreleme laparotomisi yapılabilecek şartların hazır olması gereklidir (6).

Tablo 1'de pelvik kitle nedenli operatif laparoskopi uygulanan olguların pelvik kitle orijinleri ve yaş gruplarına göre dağılımları verilmiştir. Postmenopozal dönemde olan 2 olgu dışındaki diğer 86 olgu (% 97.7) reproduktif dönemde idi. Cannis ve ark. (7) basit over kistinde ortalama yaşı 35.7, endometriomada 38.0, dermoid kistte 33.0, paraovaryen kistte 33.0, myoma uteride 42.0 olarak tespit edilmiştir.

Bizim bulgularımızla uyum içindeki bu değerler, overin bu tip benign patolojilerinin daha çok reproduktif çağda olduğunu da göstermektedir. Nitekim çalışmamız olgularının % 97.7'si reproduktif dönem olgularıdır.

Pelvik kitle saptanan olguların en sık başvuru nedeni pelvik ağrı (% 35.2) iken, anormal uterin kanama (% 30.6) ikinci sıklıkta saptanmıştır. Ayrıca pelvik kitle saptanan 15 (% 17.1) olguda başvuru nedeni infertilite iken, 15 (% 17.1) olguda da rutin muayene esnasında kitle tespit edilmiştir. Cannis (7) adneksiyal kitle olgularında başvuru nedenlerini araştırdığı bir çalışmada pelvik ağrıyı % 38, adet düzensizliğini % 4, asemptomatik vakaları % 48.8, diğer nedenleri % 9 olarak, Body ve ark. (8) pelvik ağrıyı % 34, adet düzensizliğini % 2.8, asemptomatik olguları % 34.5, diğer nedenleri % 14.9 olarak saptarken, Chapporo ve ark. (9) aynı yakınmalara sırasıyla; % 39.4, % 4, % 39.4 ve % 5.8 olarak rastlamışlardır. Görüldüğü gibi bu grupta asemptomatik olgular büyük bir oranı oluşturmaktadır.

Bu çalışmada da infertilite grubu asemptomatik olarak kabul edilirse olguların % 34.2'si asemptomatik olduğu ve bu olguların tanılarının rutin

pelvik muayene ve USG incelemesi ile konulmuştur. Pelvik muayenenin ve pelvik USG'nin asemptomatik pelvik kitle tanısındaki yerini belirtmek açısından önemlidir.

Endometriomaların korpus luteum hemorajik ve hemorajik follikül kistleri ile karışması sıkıdır. Cannis ve ark. (7)'da bu durumu çalışmalarında göstermişlerdir. Bu iki yapının ayrımı için laparoskopik değerlendirmenin folliküller fazda yapılması büyük önem kazanmaktadır. Ancak gerek histopatolojik değerlendirmenin mutlaka yapılıyor olması gerekse infertilite ve pelvik ağrı olgularında endometriosisin varlığının önemi, laparoskopinin sekretuar fazda yapılmasının daha önemli olduğunu düşündürmektedir.

- Over kistlerinin tedavisinde sadece ultrasonografik veya laparoskopik ponksiyon yapıldığında rekürrens oranları yüksektir. Hesseling ve ark. (10) premenopozal dönemde USG ile benign olduğu düşünülen 372 overyan kist olgusunda operatif laparoskopi ile tedavi sonrası rekürrens ve malignite oranını araştırdıkları bir çalışmada bir yıllık takipte kist aspirasyonu sonrası % 4.6, kistektomi sonrası % 2, ooforektomi sonrasında % 0 oranında rekürrens bildirmişler, olguların sadece % 2'sinde malignite saptamışlardır.

Marana ve ark. (11) overyan kistlerin tedavisinde operatif laparoskopi ile eksizyon yapılan grupta bu oranı % 4, aspirasyon yapılan grupta ise % 84 olarak rapor etmişlerdir. Mintz ve ark. (12) 608 over kistin laparoskopik ponksiyonundan sonra % 26 oranında, Cannis ve ark. (15)'da % 25.3 oranında tekrar ettiğini bildirmişlerdir.

Pelvik kitle olgularımızda 3'ünde laparoskopik kriterler açısından malignite şüpheli bulunmuş, ancak histopatolojik olarak doğrulanmıştır, Doppler USG ile saptanan sistol/diyastol oranı malignite sınırında olan bir olgumuzda da laparoskopide malignite şüphesi olmamasına karşın "borderline" endometrioid tümör gelmiş ve olgu takiben laparotomiye alınmıştır. Canis (13) 226 olguluk serilerinde laparoskopik ile te-

davi ettikleri olgularda hiçbir malignite olgusu saptamamışlar, Bruhat ve ark. (14)'da 508 olguluk serilerinde maligniteye rastlamamışlardır. Her iki grup da olgularını seçerken preoperatif değerlendirmede USG, Doppler ve tümör markerlerini kullanmışlardır.

Izard ve ark. (15) klinik ve ultrasonografik olarak malignite şüphesi olmayan 11 ovaryen tümör tedavisinde operatif laparoskopik müdahale yapmışlar ve sadece 3 olguda "borderline" tümör tespit etmişlerdir. Tanısı önceden konulmamış bir malign over tümörünün laparoskopide aspirasyonu veya rüptürü FIGO evrelemesine göre evre Ia'dan Ic'ye geçmesine neden olur. Bu durumun prognoz üzerindeki etkisini araştıran birçok çalışma yapılmıştır.

Sonuçta, Smith ve ark. (16) 100 rüptüre olmuş malign over tümörü ile 181 rüptüre olmamış malign over tümörünü prognoz açısından karşılaştırdıklarında her iki grupta da prognozun aynı olduğunu saptamışlar, yine Hoppkins ve ark. (17) çalışmasında da rüptürün prognozu etkilemediği sonucuna varılmıştır. D'Argent (18) ise rüptüre olan olgularda rüptürün kendisinin değil, gerekli radikal girişimin gecikmesinin prognozu kötü etkilediğini öne sürmüştür. Bu bilgiler ışığında daha çok benign patoloji beklenen kitlelerin laparoskopik değerlendirme ve tedavisinin yapılmasından yanayız.

Malignite dışında tartışılması gereken bir başka konu dermoid kistlerin periton boşluğuna yayılması sonucu kimyasal peritonit yapabileceği şüphesidir. Biz, periton boşluğunun bol mayi ile irriye edip aspire etmekle dermoid kist içeriğinin komplikasyon yapıcı etkisinin olmayacağı inancındayız. Hiçbir olgumuzda istenmeyen bir gelişim gözlenmedi. Ancak literatürde bu prensip gözardı edildiğinde kimyasal peritonit görülebileceği bildirilmektedir (19).

Chen ve ark. (20) dermoid kist tanısı alan 18 olgunun 9'unda operatif laparoskopi ile ovaryen kist enükleasyonu, 9'unda ise unilateral oofektomi yapmışlar ve serilerinde hiçbir komplikasyonla karşılaşmadıklarını ve bu yüzden dermoid kistlerin tedavisinde operatif laparos-

kopinin güvenilir ve etkili bir yöntem olduğunu rapor etmişlerdir.

Dubuissson ve ark. (21) dermoid kistlerde operatif laparoskopinin yerini araştırdıkları 56 olguluk bir çalışmada olguların % 80'inde konservatif cerrahinin mümkün olduğunu ve hiçbir olguda kimyasal peritonit ile karşılaşmadıklarını, konservatif cerrahi yapılan olguların da % 4'ünde rekürrens gözlendiğini rapor etmişlerdir.

Fertilitenin korunması arzu edilen olgularda over kistlerinin operatif laparoskopi ile tedavisi postoperatif adezyon gelişimi açısından önemlidir. Bu çalışmada kistin çıkarılmasından sonra kalan over dokusu çok deformite görünümüne intrakorporeal sütür ile yara kenarları karşılıklı gelecek şekilde kapatıldı. Ancak daha fazla tercih edilen yöntem kistin çıkarıldığı yerin açık bırakılması idi. Yara yerinin açık bırakılmasının veya sütür ile kapatılmasının postoperatif dönemdeki adezyon oranını değiştirmediği görüşü, "wedge" tipi rezeksiyonlardan sonra açık bırakılan olgulardan elde edilen relaparoskopi sonuçları ile de doğrulanmaktadır (22-23).

## KAYNAKLAR

1. Özalp S, Karacadağ O, Hassa H ve ark. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde akut karın ön tanısı alarak laparoskopi ve/veya laparotomi ile kesin tanısı konan 42 olgunun değerlendirilmesi. Anadolu Tıp Dergisi 1987; 9:183-95.
2. Sassone NA, Timor, Tritsch IE, et al. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: Evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. Obstet Gynecology 1991; 78:70-6.
3. Şener T, Tekin B, Bayırlı R ve ark. Doppler kan akım hızı dalga şekillerinin over tümörlerinin ayırıcı tanısındaki yeri. T Klin Jinekoloj Obstet 1995; 5:224-7.
4. Creasman WT, Soper JT. Tumor markers and the adnexal mass. In Sharp F, Mason WP, Leake RE (eds). Ovarian cancer: Biology and Therapeutic Challenges, Chapman and Hall Medical, London 1990:209.
5. Yalçın T, Hassa H, Özalp S ve ark. Doppler indeksi, serum Ca 125 düzeyi, pelvik muayene ve ultrasonografik morfolojik skorlamanın malign adneksiyal neoplaziler için tanısıl etkinliklerinin karşılaştırılması. T Klin Jinekoloj Obstet (baskıda).
6. Parker WHSO. Management of adnexal masses by operative laparoscopy. Selection criteria. J Reprod Med 1992; 37(7):603-6.
7. Cannis M, Mage G, Poul JL, et al. Laparoscopic

management of cystic adnexal masses. J Gynecol Surg 1990; 6:71.

8. Cannis M, Mage G, Manheslt et al. Operative laparoscopy for ovarian pathology. Gynecology 1986; 23(5):234.

9. Body G, Fignon A, Mesnard L, et al. Operative laparoscopy for pelvic pathology. Acta Eur Fertil 1992; 23(5):237.

10. Chapporo JC, Vera H, Cognet A, et al. The value of cyst puncture in the differential diagnosis of benign ovarian tumours. Hum Reprod 1990; 10(6):1465.

11. Barbieri RL, Niloff HM, De Wilde RLSO. Safety and effectiveness of endosurgical management of benign adnexal tumors in the premenopausal period: a prospective study. Geburtshilfe Frauenheilkunde 1994; 54(8):437-9.

12. Marana R, Caruana PM, et al. Operative laparoscopy for ovarian cysts. Excision vs. aspiration. J Reprod Med 1996; 41(6):435-8.

13. Mintz M, Bessis Q, Brodaty C, et al. Management of adnexal masses by operative laparoscopy. Gynecology 1983; 34(5):451.

14. Cannis M, Mage G, Manheslt et al. Operative laparoscopy for ovarian pathology. Gynecology 1986; 23(5):234.

15. Bruhat MA, Bassil S, Canis M, et al. Laparoscopic management of adnexal cystic masses. Fertilite Sexualite 1990; 18(3):200.

16. Izard V, Cristalli B, Cayol A, et al. Benefit of operative laparoscopy for ovarian tumors suspected of benignity. J Laparoendosc Surg 1992; 2(2):69-73.

17. Smith JP, Given FT, Kemp MG. Review of ovarian cancer at the University of Texas Systems Cancer Center. Am J Obstet Gynecol 1979; 135:984.

18. Hopkins MP, Kumar NB, Morley GW. An assessment of pathologic features and treatment modalities in ovarian tumors of low malignant potential. Obstet Gynecol 1987; 70:923-29.

19. D'Argent D. Surgery for gynecologic malignancies. Fertilite Sexualite Supp 1984; 12:279.

20. Gomel V, Taylor J. Diagnostic and operative gynecologic laparoscopy. In Gomel V, Taylor J (eds). St. Louis, Mosby 1995.

21. Chen JS, Ho ES, Chen MJSO. Operative laparoscopy in benign cystic teratoma of ovary. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih Taipei 1992; 50(3):194-7.

22. Dubuisson JB, Samouh N, Foulot H, et al. Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopy. Surg Endosc 1994; 8(9):1092-5.

23. Portuondo JA, Molehor DC, Neyro JL, et al. Periovarian adhesions following ovarian wedge resection or laparoscopic biopsy. Endoscopy 1984; 15:143-45.

24. Brumsted JR, Jeffrey D, Lavigne E, et al. Postoperative adhesion formation after ovarian wedge resection. Fertil Steril 1990; 53(4):753-56.

Alındığı tarih: 26 Ocak 1998

Yazışma adresi: Doç. Dr. Başar Tekin, Üniversite Evleri, E-104 26040-Eskişehir