

# Over kistlerinde laparoskopik yaklaşım\*

Umur KUYUMCUOĞLU (\*\*), Hüsnü GÖRGEN (\*\*\*), M. Nuri DELİKARA (\*\*\*\*),  
Zeki ŞAHİNOĞLU (\*\*\*)

## ÖZET

Endoskopik girişimler, özellikle jinekolojide oldukça uzun süredir uygulanmaktadır. Mikrokamera sistemlerinin gelişmesi ile laparotomiye gereksinim duyulan birçok jinekolojik operasyonun laparoskopik tedavisi hızla yaygınlaşmıştır. Fonksiyonel veya benign over kistleri laparoskopik olarak tedavi edilebilirler. Ancak laparoskopik olarak çıkarılıp daha sonra malign olduğu belirlenen over neoplazmları hakkında görüş farklılıkları vardır. Son yayınlar malignite saptanan olguların hemen tedavisinin prognozu etkilemediği, ancak laparoskopik kist aspirasyonu veya biyopsi sonrası tedavi birkaç hafta geciktirilirse prognozun kötüleşeceği yolundadır. Adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopiyi laparotomiye alternatif olarak seçebilmek için güvenilir preoperatif tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Operatif laparoskopi, over kisti

## SUMMARY

### *Laparoscopic management of ovarian cyst*

Endoscopic procedures, especially in gynecology, have long been performed. By the improvement of microcamera systems, many gynecologic operations are performed by a laparoscopic approach in stead of laparotomy. Functional or benign ovarian cysts can also be managed laparoscopically. However, controversy remains about the further management of laparoscopically resected ovarian cysts which turn out to be malign, histologically. Most recent publications state that prognosis remains unaltered in case of immediate intervention, whereas, more than a few weeks of delay might cause worsening of the prognosis. Therefore, reliable preoperative investigations are necessary to replace laparotomy by laparoscopy.

**Key words:** Operative laparoscopy, ovarian cyst

## GİRİŞ

Diagnostik laparoskopiyi uzun yıllardan beri kullanan jinekologlar, özellikle 1980'lerin ortalarından sonra kamera-video olanaklarının gelişmesi ile bu yöntemi operatif olarak yaygın bir şekilde kullanmaya başlamışlardır. Endoskopik girişimler, özellikle jinekolojide, oldukça uzun süredir uygulanmaktadır. Mikro kamera sistemlerinin gelişmesiyle, daha önceleri laparotomiye gereksinim duyulan birçok jinekolojik operasyonun laparoskopi aracılığıyla tedavi edilmesi hızla yaygınlaşmıştır.

Operatif laparoskopi, son yıllarda pek çok jinekolojik hastalığın cerrahi tedavisinde tercih edilen bir yöntemdir. Persiste over kistlerinin hemen tümü cerrahi olarak tedavi edilirler. Bu çalışmamızda kliniğimizde laparoskopik olarak opere ettiğimiz 28 over tümörü olgusunu sunuyoruz.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde persiste over kisti olarak yatırılan olgular preoperatif olarak anamnez, abdominal muayene, tümör belirteçleri (Ca-125), transvaginal USG ile skorlama ve bazı olgular transvaginal renkli Doppler ile incelendi. Malignite düşünülmeyen olgular dorsolitotomi pozisyonunda ve genel anestezi altında opere edilir. Operasyon süresince mesane distansiyonunun engellenmesi amacıyla Foley sonda tatbik edildi. Uterus manipülasyonunu sağlamak amacıyla transservikal olarak rubin kanülü

(\*) Bu çalışma II. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nde tebliğ edilmiştir (14-16 Eylül 1995, İstanbul)

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Doç. Dr.

(\*\*\*) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Baş Asistan

(\*\*\*\*) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asis. Dr.

veya ZUİ uterus manipülatörü olarak yerleştirildi. Umblikusa vertikal insizyonu takiben Veress iğnesi ile infraumblikal olarak batına girildi ve batın içi basıncı maksimum 15 mmHg olacak şekilde CO<sub>2</sub> gazı verildi. Pnömooperiton oluşturulduktan sonra infraumblikal olarak 10 mm'lik trokar ile batına girildi ve laparoskop, kamera aracılığı ile görüntü monitöre aktarıldı. Bütün diğer girişimler laparoskopik görüntüleme ile yapıldı.

*Laparoskopi sırasında uyguladığımız genel prensipler şunlardı:*

- Herhangi bir işleme başlamadan önce varsa serbest mayi, yoksa yıkama sıvısı sitolojik inceleme için alındı.
- Pelvis ile beraber tüm batın, karaciğer ve diafragma gözlendi.
- Kitle: Malign?/Benign? ayrımı yapıldı. Bu ayrımı yaparken dikkat edilen kriterler Tablo 1'de gösterilmiştir.
- Belirgin karsinom, asit veya frozen section sonucu malign gelen olgularda laparotomi yapılarak uygun cerrahi ile tedavi edildi.

**Tablo 1. Laparoskopik inspeksiyonda organik-fonksiyonel kitlelerin ayırılabilmesi (1)**

	Fonksiyonel	Organik
Utero-ovarian ligamant	Normal	Uzamış
Kist duvarı	İnce	Kalın
Ovarian damarlar	Az-yüzeyel damarlanma	Artmış damarlanma
Kist sıvısı	Saffron sarısı	Berrak, koyu, kahverengi veya dermoid
İnternal duvar görünümü	Düzgün	Retina benzeri

**Tablo 2. Laparoskopik klinik özellikleri**

Yaş ortalaması	32.3
Ortalama operasyon süresi (dakika)	40.2
Preoperatif hospitalizasyon süresi (gün)	2.15
Postoperatif hospitalizasyon süresi (gün)	1.74

Operasyon sonunda adezyon oluşumunu önlemek için batın bol Ringer laktat solüsyonu (içerisinde heparin 5000 Ü/1 lt) ile irriye ve aspire edildi.

## SONUÇLAR

Kliniğimizde laparoskopik olarak opere ettiğimiz 28 over tümörü olgusu preoperatif olarak anamnez, abdominopelvik muayene, tümör belirteçleri, transvaginal USC ile skrolama ve bazı olgular transvaginal renkli Doppler ile incelendi. Olguların yaş ortalaması 32.3 olup, 1 olgu postmenopozal dönemde idi. Olguların ortalama operasyon süresi, preoperatif ve postoperatif hospitalizasyon süreleri Tablo 2'de görülmektedir. Olguların 8'inde aspirasyon ve fenestrasyon, 8'inde kistektomi ve 11'inde ooferektomi operasyonu uygulandı (Tablo 3). Aspirasyon uygulanan kistlerin tamamı unilateral, mobil, düzgün yüzeyli ve makroskopik olarak benign görünümde idi. Aspirasyon ve fenestrasyon yapılan olguların histopatolojik tanıları korpus luteum kisti idi ve aspire edilen kist mayilerinin sitolojik incelemesinde atipik hücre saptanmadı.

Kistektomi yapılan olguların histopatolojik tanıları 7 olguda endometrioma ve 1 olguda ise korpus luteum kisti idi. Ooferektomi uygulanan 11 olgunun 4'ü dermoid kist, 5 olgu seröz kistadenom ve 2 olgu seröz kistadenofibrom idi (Tablo 4). Bir olguda laparoskopi sırasında fro-

**Tablo 3. Operatif laparoskopi yöntemi\***

Aspirasyon & fenestrasyon	8
Kistektomi	8
Ooferektomi	11

**Tablo 4. Olguların histopatolojik sonuçları**

Endometrioma	7
Dermoid kist	4
Seröz kistadenom	5
Corpus luteum kisti	9
Seröz kistadenofibrom	2
Seröz kistadenokarsinom	1

zen section sonucunun seröz kistadenokarsinom gelmesi üzerine laparotomi yapılarak uygun cerrahi ile tedavi edildi. Bilateral seröz kistadenom saptanan 69 yaşındaki olguda bilateral salpingooferektomi uygulandı. Preoperatif "frozen section" sonucu benign geldi. Laparoskopisi sırasında veya sonrasında hastaların hiçbirisinde komplikasyon görülmedi.

## TARTIŞMA

Endoskopik girişimler, özellikle jinekolojide oldukça uzun süredir uygulanmaktadır. Mikrokamera sistemlerinin gelişmesi ile laparotomiye gereksinim duyulan birçok jinekolojik operasyonun laparoskopik tedavisi hızla yaygınlaşmıştır. Fonksiyonel veya benign over kistleri laparoskopik olarak tedavi edilebilirler.

Adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopiyi laparotomiye alternatif olarak seçebilmek için güvenilir preoperatif tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır. Olgular preoperatif olarak anamnez, abdominopelvik muayene, tümör belirteçleri, transvaginal ultrason ile skorlama ve transvaginal renkli Doppler incelemeleri yapılır. Bu amaçla günümüzde en sık kullanılan metodlar transvaginal ultrasonografi, tümör markerleri ve renkli Doppler ultrasonografidir. Transvaginal ultrasonografi ile benign ve malign lezyonları ayırtmak için adneksiyal kitlenin duvar kalınlığı, iç duvar yapısı, septanın özelliği ve ekojeniteyi içeren skorlama ile bazı benign ve malign lezyonlar (dermoid, endometrioma, tubo-ovarian abse vd) karışabilmektedir.

Bu olguların renkli Doppler ultrasonografi ile değerlendirilmeleri benign ve malign lezyonların ayırdedilmesinde sensitiviteyi arttıracaktır (3,4). Adneksiyal kitlelerin preoperatif incelemeleri sonucu malign olguların bir kısmı ayırdedilmeyebilir. Bu ayırdedilmeyen malign olgular laparoskopisi ile % 1 yanlış-negatif sonuçla tanınabilir (1). Olgularımız da preoperatif olarak anamnez, abdominopelvik muayene, Ca-125, transvaginal ultrason ile skorlama ve bazı olgularda transvaginal renkli Doppler incelemeleri yapıldı. Olgularımızdan birisinde seröz kistadenokarsinom saptandı. Bu ol-

gumuzun preoperatif değerlendirmelerinde TVUSG ile yüksek skor (14) ve Ca-125 değeri 132.7 mIU/ml idi.

Olgumuzun 26 yaşında olması nedeni ile önce laparoskopisi ve gerekirse aynı anda laparotomi yapılması kararlaştırıldı. Bu nedenle laparoskopisi için trokarların giriş yerleri median insizyona uyacak şekilde infraumbilikal ve suprapubik vertikal olarak yapıldı. Laparoskopisi sırasında inspeksiyonla malignite düşünülmesi ve daha sonra yapılan frozen section sonucunun malign gelmesi üzerine laparotomi yapılarak uygun cerrahi ile tedavi edildi. Preoperatif tetkiklerin kesin malignite düşündürmediği olguların onkolojik cerrahi için gerekli hazırlıklar ve frozen section imkanları hazırlanarak operasyona laparoskopisi ile başlanabileceği ve laparoskopik inspeksiyon ve frozen section sonucunun malign gelen olgularda çok daha fazla travmatik olan onkolojik operasyonlar ile devam edilmesinin daha uygun olacağı kanısındayız.

Laparoskopik olarak çıkarılıp daha sonra malign olduğu belirlenen over neoplazmları hakkında görüş farklılıkları vardır. Son yayınlar malignite saptanan olguların hemen tedavisinin prognozu etkilemediği, ancak laparoskopik kist aspirasyonu veya biyopsi sonrası tedavi birkaç hafta geciktirilirse prognozun kötüleşebileceği yolundadır. Dembo ve ark. 1990'da yaptıkları çalışmada 519 evre I epitelyal over Ca olgusunun incelenmesinde, tümör gradi ve dens adezyon mevcudiyetinin prognozu kötüleştirdiği, kist rüptürünün etkilemediğini bildirmiştir (5).

Sevelde ve ark. 1989'da yaptıkları çalışmada ise evre I ve IIa over Ca'da 5 yıllık survilerin rüptür olan ve olmayan olgularda aynı (% 76) olarak bildirilmiştir (6). Sjoval'in 1994'deki çalışmasında 394 evre I ve IIa Ca olgusunun incelenmesinde, 147 tümör intakt olarak çıkarılmış ve 10 yıllık survi % 78, intraoperatif kist aspirasyonu yapılan 47 olguda % 87, intraoperatif kist rüptürü olan 98 olguda % 84 olarak bildirmiştir (7).

Ancak rüptür olan olguların % 90'ı postoperatif tedavi görürken, rüptür olmayan olguların % 77'sinde postop. tedavi gördüğü bildirilmiştir. Sainz de la Cuesta'nın 1994 yılında yaptığı evre I over Ca olgularında intraoperatif rüptürünün prognoz etkisini araştırdığı çalışmada rüptür olmayan 36 olgunun 1'inde rekürrens görülürken, rüptür olan 29 olgunun 4'ünde rekürrens saptanmış (8). Ancak olgu sayısı yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Laparoskopi ile tedavi ettiğimiz 27 olgunun hiçbirinde malignite saptanmadı.

Son yayınlar malignite saptanan olguların hemen tedavisinin prognozu etkilemediği, ancak laparoskopik delme veya biyopsiden sonra birkaç hafta tedavi geciktirilirse prognozun kötüleşeceği yolundadır. Adneksiyal kitlesi olan ve operatif laparoskopi yapılan hastalardan optimal klinik sonucu alabilmek için peroperatif uygun girişimler yapılmalıdır.

## Over tümörlerinde laparoskopik metodlar

### 1. Aspirasyon ve fenestrasyon

Aspire edilen mayinin sitolojik incelemesi malignansı tespit etmek için yeterli bir metod değildir. Mayinin sitolojik incelemesi benign olarak bildirilen olguların % 10-66 oranında histopatolojik incelemesi malignansi bildirilmiştir (9). Kist mayi aspire edildikten sonra serum fizyolojik ile yeniden kistin distansiyonu sağlanarak laparoskop/histeroskop ile kistokopi yapılır. Fonksiyonel kistlerin damar yapıları retina gibidir. Kistokopi sırasında papiller yapı saptanırsa biyopsi alınır, frozen section ile değerlendirilir. 8 olgumuza aspirasyon ve fenestrasyon yaptık. Kistin iç duvar yapılarının gözlenmesinde papiller yapı veya düzensizlik izlemedik. Sitolojik incelemeleri benign olarak değerlendirildi. Kist duvarından alınan biyopsinin patolojik incelenmesi sonucu tüm olgular korus luteum kisti olarak değerlendirildi.

### 2. Kistektomi

Endometrioma basit kistden daha zor diseke edilir. Diseksiyonu kolaylaştırmak için kist içe-

riği aspire edilir, sonra 500-800 mmHg basınç ile irrigasyon sıvısı ile hızla ekspase edilir. Bunun birkaç kez tekrarlama ile endometrioma daha kolay diseke edilir. Kistektomi yaptığımız olgularımızın 7'si endometrioma ve 1'i korus luteum kisti idi.

### 3. Ooferektomi

Lezyon overi tamamen kaplıyorsa, familyal over Ca olguları, postmenopozal hastalar ve estragane bağımlı meme Ca olgularında ooferektomi yapılır. Bizim olgularımızın 11'inde ooferektomi yapıldı. Patolojik tanıları: dermoid kist 4, seröz kist adenom 5, seröz kistadenofibrom 2. Dermoid kistlerin laparoskopik tedavisi kimyasal peritonite daha çok neden olabileceği açısından tartışma konusudur. Ancak literatürün incelenmesinde laparoskopi veya laparotomi ile kimyasal peritonit riskini desteklemektedir. Dermoid kisti olan 38 hastanın 19'u laparoskopi ile edilmiş ve bu olgularda rüptür daha fazla görülmesine rağmen, hiçbirisinde kimyasal peritonit görülmediği bildirilmiştir (10). Kist içeriği rüptüre olması halinde bol ılık serum fizyolojik ile batının irrigasyon-aspirasyonu önerilmektedir.

Bizim olgularımızdan 4'ü dermoid kist idi. Bir olguda kist endo-bag yardımı ile çıkarıldı. Diğer 3 olguda rüptür oldu. Tüm olgularda batın bol Ringer laktat solusyonu (içerisinde heparin 5000Ü/1 lt) ile irrije ve aspire edildi. Olgularımızın postoperatif takibinde hiçbirisinde kimyasal peritonit görülmedi. Adneksiyal kitelerin laparoskopik yaklaşımında malignite yönünden preoperatif yeterli inceleme yapılmalı ve laparoskopi esnasında da frozen section ve onkolojik yaklaşım imkanı olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Mage G, Canis M, Manhes H. Laparoscopic management of adnexal cystic masses. J Gynecol Surg 1990; 6:71.
2. Sassone AM, Timor-Tritsch IE, Artner A. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease. Obstet Gynecol 1991; 78:70-6.
3. Kurjak A, Schulman H, Sosic A. Transvaginal ultrasound, color flow, and Doppler waveform of the postmenopausal adnexal mass. Obstet Gynecol 1992;

80:917-21.

4. **Timor-Tritsch IE, Lerner JP, Monteguado A, Santos R.** Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses by means of color flow-directed Doppler measurements and a morphologic scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:909-13.

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

6. **Sevelde P, Dittrich Ci Salzer H.** Prognostic value of the rupture of the capsule in stage I epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1989; 35:321-2.

7. **Sjovall K, Nilson B, Einhorn N.** Different types of rupture of the tumor capsule and the impact on survival in early ovarian carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 1994; 4:333-6.

8. **Sainz de la Cuesta R, Goff B, Fuller A, Nikrui N, et al.** Prognostic importance of intraoperative rupture of malignant ovarian epithelial neoplasms. *Obstet Gynecol* 1994; 84:1-7.

9. **Trope C.** The preoperative diagnosis of malignancy of ovarian cysts. *Neoplasia* 1981; 28:117-21.

10. **Albini S, Benadiva C, Haverly K, Luciano A.** Management of benign cystic teratomas: Laparoscopy compared with laparotomy. *J Am Assoc Gynecol Lap* 1994; 1:219.

---

Alındığı tarih: 11 Nisan 1996

Yazışma adresi: Op. Dr. Hüsnü Görgeç, Eminalipaşa Cad. Tüccar Sokak, Paksa Apt. No:22/15 81110 Bostancı-İstanbul

---