

## Adneksiyal Tümörlerin Tanı ve Tedavisinde Klinik Skorlama Sistemi

*The Clinical Scoring System At The Diagnosis And Treatment Of The Adnexal Tumors*

Ahmet VAROLAN, Atıf AKYOL, Tevfik YOLDEMİR, Asuman SEVÜK, İnci DAVAS

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

### Özet

**Amaç:** Over kanserinden ölüm oranı servikal ve endometrial kanserden ölümlerin toplamından daha fazladır. Bu çalışmada, adneksal kitle tanısı konmuş hastalarda bu yeni klinik skor sisteminin tedavi planlarımızdaki etkinliği ve her parametrenin malignite tanısındaki değeri araştırılmıştır.

**Materyal ve metod:** Çalışmaya dahil edilen olgular menses anamnezi, fizik muayene, jinekolojik muayene, abdominal ve vaginal ultrasonografi ve CA-125 ölçümünden elde edilen ve maligniteye işaret eden parametrelerle oluşturulan Adneksal Tümör Klinik Skorlama tablomuza göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Total skor 9 ve yukarısının adneksal tümörlerde malignite bakımından sensitivitesi %100, spesifitesi %98, pozitif prediktif değeri %87 bulunmuştur.

**Sonuç:** Gelecekte klinik skorlama sisteminden faydalanarak adneksiyal tümörlerin tedavisinde yeni tedavi ve takip planlarının geliştirilmesi mümkün olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Adneksiyel tümör, klinikskorlama ultrasonografi

### Abstract

**Objective:** The death rate in ovarian cancer is greater than the sum of servikal and endometrial cancer. In this study, adnexal masses were searched for the effectiveness of the new clinical scoring system in treatment plans and prediction of malignancy.

**Study Design:** The accompanying patients were taken to questionaire about family history and menses anamnesis; physical and gynecological examination, abdominal and vaginal ultrasonography. By the addition of serum CA-125 levels Adnexal Tumor Clinical Scores Calculated.

**Results:** Scores greater than 9, indicates malignancy with 100% sensitivity, 98% spesifisity, 87% positive predictive value.

**Conclusion:** In the future with the help of the clinical scoring system new treatment and following protocoles can be developed.

**Key Word:** Adnexal tumor, clinicalscoring, ultrasonografi

### GİRİŞ

Günümüzde over kanseri, kadınlarda kansere bağlı ölüm sebebi olarak meme ve barsak kanserlerinden sonra 3. sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserlerin yaklaşık %23'ü over kaynaklı olup, kadın genital kanserlerinden ölümlerin %47'si over kanserine aittir. Over kanserinden ölüm oranı servikal ve endometrial kanserden ölümlerin toplamından daha fazladır (1,2). Her yıl ABD'de 19,000 yeni over kanseri vakası teşhis edilmekte, yine yaklaşık olarak 11,600 kadın bu hastalıktan ölmektedir (3).

Jinekolojik uygulamada tanı ve görüntüleme yöntemlerindeki büyük gelişmelere rağmen adneksal

tümörler (bilhass over tümörleri) ve bu tümörlerin benign-malign ayrımı hala önemli bir sorun oluşturmaktadır. Adneksal kitle tanısı konulan bir hastada herhangi bir tedaviye geçmeden önce en doğru tedaviyi seçebilmek için tümörün lokalizasyonu, boyutları, çevresindeki doku ve organlarla ilişkisi ve histolojik yapısı tespit edilmelidir. Adneks tümörlerinde etkin bir tedavi protokolü oluşturmak maksadıyla kliniğimizde maligniteye işaret eden tüm klinik ve laboratuvar parametrelerinin kullanıldığı yeni bir klinik skorlama sistemi geliştirilmiştir.

Bu çalışmada, adneksal kitle tanısı konmuş hastalarda bu yeni klinik skor sisteminin tedavi planlarımızdaki etkinliği ve her parametrenin malignite tanısındaki değeri araştırılmıştır.

### Yazışma Adresi:

Ahmet Varolan Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Başasistanı  
Tel: 0212 2312209-2366 E-mail:asumet@hotmail.com

NOT: 7. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi'nde  
(Eylül 2000) poster olarak sunulmuştur.

### MATERYAL-METOD

01.10.1998 ile 01.05.2000 tarihleri arasında Şişli Etfal Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde adneksal tümör ön tanısı alan veya başka bir klinikten

bu ön tanı ile kliniğimize sevk edilen 61 hasta prospektif olarak uygulanan çalışmamıza dahil edildi. Bütün hastalar; ayrıntılı aile anamnezi, menses anamnezi, fizik muayene, jinekolojik muayene,

abdominal ve vaginal ultrasonografi ve CA-125 ölçümünden elde edilen ve maligniteye işaret eden parametrelerle oluşturulan Adneksal Tümör Klinik Skorlama tablomuz (Tablo-1) göre değerlendirildi.

TABLO: 1 Adneksiye tümörler için klinik skorlama tablosu

VERİ	SKOR (-)	SKOR (+)
Aile Anamnezi	AKTİF	MENOPOZ
Menses	KİTLE(-) ASSİT(-)	KİTLE(+) ASSİT(+)
Fizik Muayene	KİSTİK UNİLATERAL MOBİL ASSİT(-)	SOLİD BİLATERAL FİKSE ASSİT(+)
Jinekolojik Muayene	UNİLATERAL UNİLOKÜLER KİSTİK DÜZGÜN CİDARLI ASSİT(-) <6 cm	BİLATERAL MULTİLOKÜLER SOLİD PAPİLLER ÇIKINTI ASSİT(+) >6 cm
Ultrasonografi	<35U/ml	>35U/ml
CA 125	0	15
TOPLAM		

Klinik skor tablomuz göre total skoru 0 olan vakalarda konservatif davranılarak oral kontraseptif verildi. Buna karşılık total skoru 1 ve 1'in üzerinde olan tüm hastalara laparotomi önerildi. Laparotomiyi kabul etmeyen olgulara ise laparoskopi veya uytrasonografi rehberliğinde ponksiyon uygulandı.

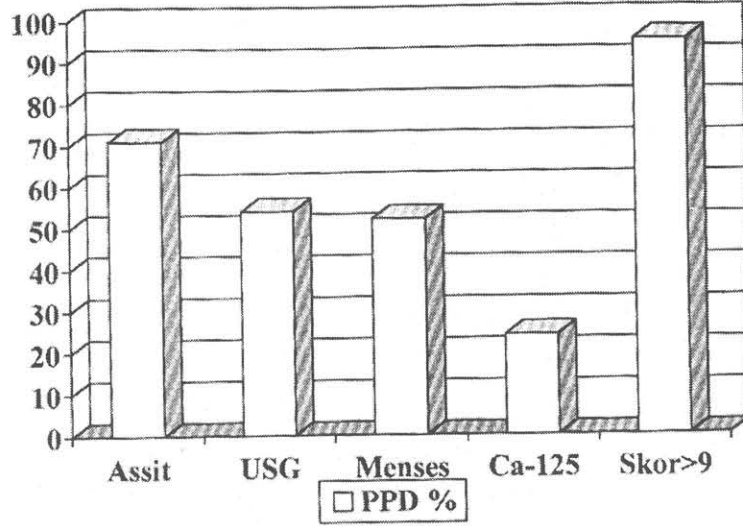
### SONUÇLAR

Prospektif araştırma grubumuzu oluşturan 61 hastadan 6 tanesinde total skor 0 idi. Total skoru 0'dan yüksek olup direkt olarak laparotomi uygulananların sayısı 35 idi. Bu hastaların total skoru 1-14 arasında değişmekteydi.

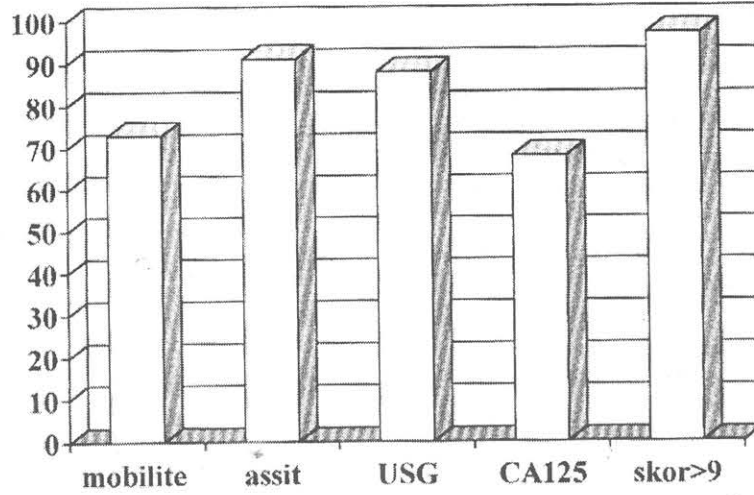
Bu grupta bulunan ve total skoru 9-14 arasında değişen 8 hastadan 7'sinde malign tümör tespit edildi. Geri kalan 27 hastanın 16'sında malignite dışında bir laparotomi endikasyonu mevcuttu. Total skorları 1-3 arasında değişen 11 hastanın 7'si ise basit folikül kistiydi ve büyük bir cerrahi işlem gerekmiyordu. Laparotomi önerildiği halde kabul etmeyen ve total skoru 0-4 arasında değişen 6 hastaya temel işlem olarak laparoskopi uygulandı. Laparoskopik olarak aspire edilen kist sıvılarının hepsinde sitoloji negatif çıktı. İki vakada laparoskopik biopsi uygulandı. Bir vakada ise sadece laparoskopik kist aspirasyonu ile yetinildi.

Total skoru 1'den fazla olmayan 6 hastaya (bir tanesinde total skor=0) ultrasonografi kılavuzluğunda (4 tanesinde transvaginal, 2 tanesinde transabdominal yol ile) kist aspirasyonu uygulandı. Aspire edilen kist sıvılarının hepsinde sitoloji negatif olarak tespit edildi. Total skoru 0 olan 6 hastaya 2 ay süreyle oral kontraseptif uygulandı. Bu hastaların hepsinde kistler spontan olarak rezorbe oldular ve yapılan takiplerinde hiçbir nüks görülmedi. Yine bu grup içinde total skorları 1-4 arasında değişen 7 vaka aspirasyon, laparoskopi veya laparotomiyi kabul etmedi. Bu vakalar oral kontraseptif verilmeden aylık olarak kontrollere çağrıldı. Kontroller sırasında da bu kitlelerin de spontan olarak rezorbe olduğu ve bilehare nüks etmediği görüldü. Total skoru 6 olan bir vakada kitle pelvik bölgeye çok benziyordu ve sağ böbrek ultrasonografik olarak yerinde gösterilemedi. Bu kitle 13 haftalık gebelik ile birlikteydi. Bu nedenle herhangi bir invaziv işlem uygulanmadı ve IVP çekilmesi gebelik sonuna kadar ertelendi. Klinik skorlama tablomuzdaki parametreler içinde malignitenin tahmin edilmesinde en yüksek doğruluk derecelerine sahip iki parametre fizik ve jinekolojik muayenede tespit edilen asit olmuştur. CA-125 tayini ise %85'lik sensitiviteye ve oldukça düşük bir pozitif prediktif değere sahiptir.

TABLO:2 Teşhiste kullanılan bazı parametrelerin pozitif prediktif değeri



TABLO:3 Teşhiste spesifitesi yüksek bazı parametreler



Klinik skor tablomuza göre total skoru 0 olan vakalarda konservatif davranılarak oral kontraseptif verildi. buna Total skor 9 ve yukarisinin adneksal tümörlerde malignite bakımından sensitivitesi %100, spesifitesi %98, pozitif prediktif değeri %87 ve negatif prediktif değeri %100 bulunmuştur.

#### TARTIŞMA

Over kanserlerinde son zamanlardaki bir takım ilerlemelere rağmen 5 yıllık sürvinin ortalaması hala %20-30 şeklinde düşük seyretmesinin esas nedeni. Hastalığın ancak ileri evrelerde teşhis edilebilmesidir. Halen tanı konulan over kanserlerinin %75'i, Evre 3

kanserleridir. Bunun en önemli nedenlerinden biri de etkin bir tarama yönteminin geliştirilememiş olmasıdır. Kadınlarda önemli bir ölüm sebebi olan over kanserinin olmaması nedeniyle etkin bir tarama yöntemi geliştirilememiştir (4).

Over kanserleri için etkin bir tarama yöntemi geliştirme çabalarına ilaveten yoğun olarak araştırılan bir konu da over tümörlerin de benign malign ayrımının preoperatif olarak yapılması ve tanıya yönelik optimum tedavinin planlanmasına yöneliktir.

Çalışmamızı oluşturan vakalar dikkatle incelenecek olursa 61 vakada hemen bütün adneksal kitle spektrumu ile karşılaştığımız görülecektir. Pelvik kitlelerin benign ve malign ayrımında üzerinde önemle durulmuş olan CA-125 serum seviyeleri bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bulunmuştur.

Bast ve ark. CA-125 serum seviyesi yüksekliğinin sensitivitesini %83 bulmuşlardır (5). Bizim çalışmamızda CA-125'in sensitivitesi %85, spesifitesi %68, pozitif prediktif değeri ise %26 gibi düşük bir değer olarak tespit edilmiştir.

Ancak çalışmamızda karşımıza çıkan ilginç sonuçlardan biri de CA-125 seviyelerinin benign over fibromlarında oldukça yüksek bulunmasıdır. Literatürde benzer bir bulgu tanımlanmış değildir. Çalışmamızda fibromlarda ortalama CA-125 düzeyi 481,7 mL bulunmuştur. Laparotominin yanı sıra adneksal kitlelerin tedavisinde teknolojik ilerlemelere paralel olarak ultrasonografi rehberliğinde abdominal veya vaginal kist aspirasyonu ve laparoskopik cerrahinin ortaya çıkması ve gelişmesi, klinisyenlere laparotomiye geçmeden önce yeni ve daha az invaziv seçenekler sunmakla kalmamış, aynı zaman da geniş bir tartışma ortamı da yaratmıştır. Bazı klinisyenler benign görünen kistlerde ultrasonografik kontrol altında ponksiyon yapılmasının yaygınlaştırılmasını savunurken (6) diğer bazı klinisyenler buna şiddetle karşı çıkmakta, bu kist ve kitlelerin mutlaka laparoskopi veya laparotomi ile tamamen çıkarılması gerektiğini savunmaktadırlar (7). Çalışmamızda hareket noktamızı teşkil eden klinik skor sistemimizden edindiğimiz tecrübelerle dayanarak adneksal tümörlerin tedavisinde yeni bir tedavi planı geliştirdik. Bu tedavi planında tüm tedavi modellerini yerinde kullanmayı ve böylece optimum tedaviyi sağlarken hastayı gereğinden fazla cerrahi risk altına sokmamayı amaçladık. Bu plana göre total skoru 0 olan hastalar oral kontraseptif vererek 2 ay sonra tekrar muayene ederek değerlendirmekteyiz. Serimizde bu grubu oluşturan tüm hastalarda iki ay sonraki muayenelerinde kist tespit edemedik. Yine de iki ay sonraki muayenede sadece total skoru 0 olup persiste eden kistlere ultrasonografik ponksiyon önermekteyiz.

Bu periste eden vakalarda kontrolde total skor 1'e dahi yükselmiş ise bu vakaların laparoskopik olarak değerlendirilmesini tavsiye etmekteyiz. Laparoskopiden elde edilen sitolojik veya histolojik herhangi bir pozitif bulgu laparotomiye gerektirir. Laparoskopit değerlendirme için sadece laparoskopik olarak ulaşılabilen parametrelerle oluşturduğumuz başka bir skor sistemi geliştirdik.

Laparoskopi skoru 0'dan fazla olan ve/veya pozitif sitoloji veya histoloji tespit edilen herhangi bir vaka laparotomiye alındı.

Nihayet total skoru 9 veya 9'un üzerinde olan vakalar direkt olarak laparotomiye alınmalıdır. Serimizde total skoru 9 ve 9'un üzerinde olan vakalarda %87.5'lik bir malignite oranı tespit ettik.

Çalışmamıza yanlış pozitiflikle sonuçlanan lezyonların yaygın olarak görüldüğü reproduktif çağıdaki genç hasta grubunu da dahil ettiğimiz halde taranan 61 hastada 7 tane malign over tümörü tespit etmemiz kliniğimizin bir referans kliniği olması ile açıklanabilir. Bu vakalarda laparotomiye göbeğin solundan geçen göbek altı ve göbek üstü median kesiyle başlanmıştır (8).

Asit mevcut ise örneklenerek alındı. Asit yoksa sırayla diafragma alt yüzeyinden, inen ve çıkan kolonların lateralinden ve son olarak pelvik peritoneal yüzeylerin yıkanmasıyla 4 adet batın yıkama sıvısı örneği alınmıştır (8).

Operasyonda Tip-1 histerektomi, bilateral salpingooferektomi, kitle rezeksiyonu, omentektomi ve multipl peritoneal biopsi yanında pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır.

Strigini ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer bir çalışmada bulunan tanısal kesinlik oranları vaginal ultrasonografi ve CA-125 için %85 ve 79 olup, bulgularımızı literatürle desteklemektedir (9,10). Sonuç olarak önerdiğimiz klinik skor sistemi ve tedavi planı uygulandığı takdirde bir taraftan benign ve fertilitate potansiyelini korumak isteyen olgularda mümkün olabilecek konservatif terapötik yaklaşım yapılabileceğine, diğer taraftan malign vakalarda da optimum tedavinin sağlanabileceğine inanıyoruz.

#### KAYNAKLAR

1. Disiasia PJ, Creasman WT: Clinical gynecologic oncology, ath edition. Toronto, the CV Mosby company, pp292-337.
2. Mattingly RF, Thompson JD. Te Linde's operative gynecology, 6<sup>th</sup> edition. Philedelphia, JP Lippincott 1985, pp 887-905.
3. Boring JL, Maxson WS: Ovarian tumors in children and adolescents. Clin Obstet Gynecol. 20:607, 1977.

4. Creasman WT, Disaia PJ: Screening in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 165:7-9, 1991.
5. Bast RC Jr, Klug TL, St John E, et al : A radioimmunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer. *N Engl. J Med* 309:883, 1983.
6. Crespigny LC, Robinson HP, Davoren RA, Fortune D: The simple ovarian cyst: Aspirate or operate? *Br J Obstet Gynecol.* 96(9):1035-1039, 1989.
7. Pinet C, Felgeres A Colau JC: Ovarian cysts in women over 50 years of age. A retrospective study from 1979-1989 at Foch Medicosurgical Center. *J Chir Paris.* 127(11):528-32, 1990.
8. Pr: Ompeler HJ, Madjar H, Sauerbrei W, Lattermann U, Pfeleiderer A: Diagnostic formula for the differentiation of the adnexal tumors by transvaginal sonography. *Obstet Gynecol,* 89(3):428-33, 1997.
9. Strigini FA, Gadducci A, Del Bravo B, Ferdeghini M, Genazzani AR: Differential diagnosis of adnexal masses with transvaginal sonography, color flow imaging, and serum CA-125 assay in pre and postmenopausal women. *Gynecol Oncol,* 61(1):68-72, 1997.
10. Caruso A, Caforio L, Testa AC et al: Transvaginal color Doppler ultrasonography in the presurgical characterization of the adnexal masses. *Gynecol Oncol,* 63(2):184-91, 1996.