

PARAOVARYAN KİST İLE PREZENTE OLAN İNMEMİŞ OVER

Güldeniz Aksan DESTELİ¹, Türkan GÜRSU¹, Halime ÇEVİK², Hulusi Bülent ZEYNELOĞLU³

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, İstanbul

³ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

İnmemiş over, genitoüriner sistemin nadir görülen bir konjenital anomalisidir. Karşımıza genelde vaka sunumları olarak çıkmaktadır. Uterus veya üriner sistem anomalileri ile beraber olabilmektedir. Hastalar genelde asemptomatiktir. Tedavi gerekmez. Burada, ağrı ile başvuran genç bir bayan hastada abdominal ultrasonografi ve manyetik rezonans (MR) ile kistik kitle saptanan ve laparoskopi ile tanı konan bir inmemiş over vakası sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: ektopik over, inmemiş over, laparoskopi, paraovarian kist

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Cilt: 10, Sayı: 4, Sayfa: 272- 4

UNDESCENDED OVARY PRESENTED WITH PARAOVARIAN CYST

SUMMARY

Undescended ovary is a rare congenital anomaly of female genital tract. Mostly seen as sample cases in the literature. Uterine or urinary tract anomalies may accompany this rare anomaly. Most cases are asymptomatic. We present an undescended ovary case with abdominal pain, whose ultrasound and magnetic resonance imaging studies revealed a cystic mass, and laparoscopic findings were in favour of an undescended ovary.

Key words: ectopic ovary, laparoscopy, paraovarian cyst, undescended ovary

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Vol: 10, Issue: 4, Pages: 272- 4

GİRİŞ

İnmemiş over, nadir görülen bir genital sistem anomalisi olup gerçek insidansı bilinmemektedir. Bazı yayınlarda % 0,3-2 arasında olduğu belirtilmiştir⁽¹⁾. Literatürde vaka sunumları olarak bildirilmektedir. Over fonksiyonları etkilenmediği ve tesadüfi bir bulgu olduğu için, inmemiş testisin aksine, normalin bir varyasyonu olarak değerlendirilmektedir. İnfertilite nedeniyle araştırılırken görüntüleme yöntemleriyle ya da sıklıkla ektopik gebelik veya kist nedeniyle yapılan cerrahi sırasında tanı konulmaktadır⁽²⁻⁶⁾.

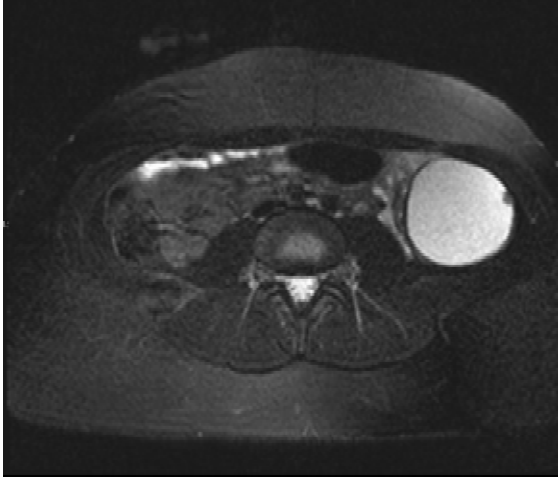
OLGU

22 yaşında bekar, adetleri düzenli olan bayan hasta kliniğimize bir aydır devam eden, son haftalarda sıklığı artan sol alt kadrana yayılan ağrı ile başvurdu. Batın muayenesinde solda hassasiyet saptandı, defans ve rebound izlenmedi. Hastanın yapılan pelvik ultrasonografisinde sağ over ve uterus normalken, sol over olması gereken lokalizasyonda izlenmedi. Sol parakolik alana uzanan yaklaşık 8 cm çapında anekoik kistik kitle görüldü. Çekilen MR'da sol overden egzofitik geliştiği düşünülen 8x5 cm kalın duvarlı kist

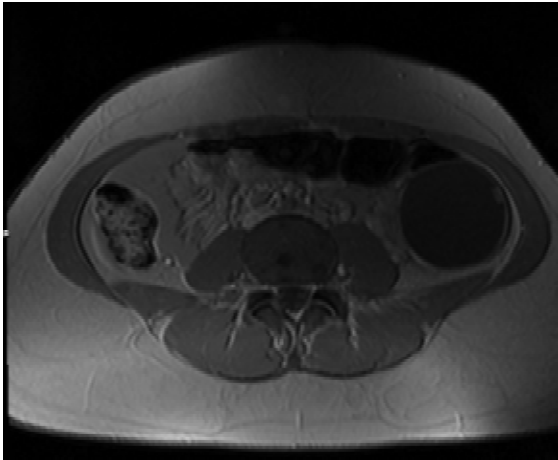
Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Güldeniz Aksan Desteli, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Hastanesi, Altunizade, Üsküdar, İstanbul
Tel: (0532) 661 07 75
e-posta: guldenizdesteli@hotmail.com

Alındığı tarih: 12.06.2012, revizyon sonrası alınma: 15.05.2013, kabul tarihi: 24.05.2013, online yayın tarihi: 28.05.2013

tespit edildi (Resim 1 ve 2). Hastanın bilateral böbreği, pelvikalisiel sistemi ve üreterleri olağan olarak rapor edildi.. Hastanın laboratuvar bulgularında lökosit sayısı normal, β hcg negatifti. Tümör markerları normaldi. Hastaya 2 ay oral kontraseptif kullanımı önerildi. Bu süre sonunda kist boyutunda değişiklik olmayan ve ağrıları artan hastaya laparoskopi planlandı.



Resim 1:



Resim 2:

Operasyon sırasındaki gözlemlerde uterus, sağ over ve fallop tüpü normaldi, cul-de-sac derinleşmiş idi, sol over inmemiş görünümde ve parakolik bölgede izlendi. Sol overin üst kutbu parakolik alanda, alt kutbu ise pelvik boşluğa yakın ve omentum ile yapışık idi, yaklaşık 8 cm çapında paraovaryan kalın kapsüllü kist izlendi. Sol tuba ince ve uzamış izleniyordu ve fimbrial ucu ödemli idi. Pelvis içerisinde ek genitoüriner patoloji tespit edilmedi. Laparoskopik kistektomi yapılarak kist kapsülü bitişik olduğu ovarian korteks ve tubadan ayrıldı, operasyon sonlandırıldı. Patoloji sonucu seröz kistadenom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Dişi genital sistem embriyolojisi karışık bir gelişim ve yapı gösterir. İnsan embriyosunda, gonadal gelişim gestasyonel 5. haftada genital / gonadal çıkıntı denilen, mezonefrik kanalı örten bir çıkıntı olarak başlar. Primordial germ hücreleri 4. ve 6. haftalar arasında gonaddan oluşmaz, ancak gelişmekte olan gonada doğru ameboik hareketlerle göç eder. Gelişimin bu aşamasında gonadlar dişi ve erkekte tıpatıp aynıdır, indiferan ve bipotenttir, uyarıcı sinyallere bağlı testise ve overe değişebilme kapasitesine sahiptir⁽⁷⁾.

Over yerleşim olarak 5. gebelik haftasında peritoneal boşluğun arka tarafındaki ürogenital katlantının medialinde gelişmeye başlar. Kemotaktik mekanizmalar ile gerçek yeri olan fossa ovarikaya mezenterik katlantı olan "gubernakulum" ile yer değiştirerek iner. Overin gubernakulum ile aşağıya doğru yer değiştirmesi, mülleryan sistemin 6 ve 9. haftalardaki normal gelişime bağlıdır⁽⁸⁾.

İn utero 5. ayda overler iliak fossada, termde pelvik girimdedir. Postpartum dönemde ise normal yerlerine geçmiş olurlar⁽⁹⁾. İnmemiş over, bu inişteki kesinti ya da ürogenital katlantıda duraklama olduğu zaman görülmektedir.

Ektopik over ilk olarak Evans tarafından 1926'da tanımlanmıştır⁽¹⁰⁾. Over dokusunun parakolik alan dışında, inguinal kanalda herni şeklinde, sol labia majusta ve hatta omentumda izlendiği vakalar da bildirilmiştir^(11,12).

Genelde asemptomatik olduğu için inmemiş over tanısı koymak oldukça zordur. Görüntüleme yöntemleri tanıda faydalı olabilir. İnfertilite araştırmasında histerosalpingografi (HSG) veya ağrı nedeniyle çekilen MR ile tanı konan vakalar vardır^(2,4,5). Çoğu vakaya ise ektopik gebelik, kist rüptürü nedeni ile yapılan operasyon esnasında tanı konduğu görülmektedir^(3,14). Granat ve ark. 1981'de inmemiş over tespit edilen ilk ektopik gebelik vakasını sunmuştur⁽¹⁴⁾. Kive ise 13 yaşında ağrı ile başvuran bir hastada inmemiş overde hemorajik kist rüptürü tespit etmiştir⁽³⁾. Bizim hastamız ağrı ile başvurmuş ve paraovarian kist tespit edilmiştir, operasyon sırasında overin de parakolik alanda olduğu izlenmiştir. Bilindiği kadarıyla bu şekilde paraovarian kist ile presente olan ilk vakadır.

İnmemiş over tespit edilen hastalara başta uterin malformasyonlar olmak üzere bazı genitoüriner sistem anomalileri de eşlik edebilmektedir. Rokitansky-

Küsthner-Hauser-Mayer sendromu %20, uterus unikonis % 43 oranlarında görülür⁽¹⁵⁾. Tek taraflı inmemiş overde, genelde karşı tarafta unikonis uterus eşlik eder, aynı taraf tuba genelde uterustan uzaktadır ve sadece distal fimbrial uç mevcuttur⁽⁴⁾. Çift taraflı inmemiş overde ise normal ama uzun ya da rudimenter tüp bulunabilir⁽¹⁶⁾. Hastaların %25'inde genital anomaliler dışında problemlere de rastlanmaktadır. En sık agenezi gibi renal sistem anomalileri izlenmektedir^(10,17). Nadiren kolon veya apendiks anomalisi eşlik edebilir⁽¹⁸⁾. Bu nedenle hastalara MR ile diğer sistemlerin de incelenmesi önerilmektedir⁽²⁾. Bizim vakamızda uzamış tuba dışında ek sistem anomalisi saptanmamıştır.

İnmemiş overin tedavisi konservatiftir, overin alınmasına gerek yoktur. Bazı yazarlar ovaryen denervasyon önermiş olmasına rağmen tekniğin zorluğu ve yetersiz bilgi nedeni ile bu yaklaşım güncel değildir⁽¹⁶⁾. Ağrı semptomu olan hastalara doğum kontrol hapı ile sürekli tedavi de önerilmektedir⁽³⁾. Tubal anomalinin eşlik ettiği tek veya çift taraflı inmemiş over vakalarına yardımcı üreme yöntemi önerilmektedir⁽⁴⁾.

Ağrı ile başvuran hastalarda over dokusu normal lokalizasyonunda izlenmediğinde inmemiş over akla gelmeli ve bu kapsamda değerlendirme yapılmalıdır. Konu hakkında daha fazla yayına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Dietrich JE, Hertweck SP, Bond S. Undescended ovaries: A clinical review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007 Apr;20(2): 57-60.
2. Trinidad C, Tardaquila F, Fernandez GC et al. Ovarian maldescent. *Eur Rad.* 2004 May;14(5):805-8.
3. Kive SL, Perlman S, Bond S. Ruptured hemorrhagic cyst in an undescended ovary. *J Ped Surg* 2004 Nov;39(11):e4-6.
4. Van Voorhis BJ, Dokras A, Syrop C. Bilateral undescended ovaries: Association with infertility and treatment with IVF. *Fertil Steril*; 2000 Nov;74(5):1041-3.
5. Görgen H, Api M, Delikara N. Undescended fallopian tubes and ovaries: a rare incidental finding during an infertility investigation work up. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Apr; 81(4):371- 4.
6. Seoud M, Khayyat H, Mufarrij I. Ectopic pregnancy in an undescended fallopian tube: an unusual presentation. *Obstet and Gynecol* 1987 Mar;69(3 Pt 2):455-7.
7. Motta PM, Makabe S, Nottola SA. The ultrastructure of human reproduction. I. The natural history of the female germ cell: origin, migration and differentiation inside the developing ovary. *Hum Reprod Update* 1997 May-Jun;3(3):281-95.
8. Yoshinaga K, Hess DL, Hendrickx AG, Zamboni L. The development of the sexually indifferent gonad in the prosimian, *Galago crassicaudatus crassicaudatus*, *Am J Anat* 1988 Jan, 181(1):89-105.
9. Speroff L, Fritz M. The ovary embryology and development, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility 7th Edition*, Lippincott Williams and Wilkins 2005 p.97-106.
10. Evans A, Cade S. Ectopic ovary. *Br J Surg.* 1926;13:182.
11. Kent S. Retroperitoneal tube and ovary associated with inguinal hernia: Report of a case. *Obstet Gynecol* 1963 Feb;21:234- 7.
12. Machiels F, Maeseneer M, Desprechins B et al. Unusual location of an ovary: ultrasonographic features and surgical correlation. *J Belge Radiol* 1998 Dec;81(6):288.
13. Kriplani A, Takkar D, Karak AK. et al. Unexplained absence of both fallopian tubes with ovary in the omentum. *Arch Gynecol Obstet* 1995;256(2):111-3.
14. Granat M, Evron S, Navot D. Pregnancy in heterotopic fallopian tube and unilateral ovarian hyperstimulation. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1981;60(2):215-7.
15. Verkauf BS, Bernhisel MA. Ovarian maldescent. *Fertil Steril* 1996 Jan;65(1):189-92.
16. Milnes-Walker R, Lond M. Undescended ovaries. *Lancet* 1935;229:1346-7.
17. Adponoz A, Davis J. Torsion of an ectopic ovarian cyst complicating early pregnancy: Discussion of unusual anatomy and etiology. *AMA Arch Surg* 1951 Feb;62(2):292-4.
18. Pidcock B. An abnormal large intestine with imperfectly descended ovaries. *Br Med J* 1930;2:863-4.