

GENÇ BİR HASTADA PELVİK AĞRI: SKLEROZAN STROMAL TÜMÖR

Huriye Ayşe PARLAKGÜMÜŞ¹, Filiz Aka BOLAT², Pınar Çağlar AYTAÇ¹, Esra Bulgan KILIÇDAĞ¹¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı Ankara, Türkiye

ÖZET

Giriş: Sklerozan stromal tümörler (SST) nadir görülen, benign karakterde seks kord stromal tümörlerdir. Genellikle tek taraflıdır ve ikinci veya üçüncü dekada görülürler. Başvuru şikâyeti adet düzensizlikleri, kasık ağrısı, palpe edilebilen pelvik kitle, prekoks puberte ve postmenopozal kanama olabilir. Başvuru şikâyetleri ve radyolojik bulgular SST'lere özgül olmadığı için ameliyat öncesi tanı koymak güçtür. Biz bu yazıda kliniğimize kronik pelvik ağrı şikâyeti ile başvurmuş ve pelvik inflamatuvar hastalık ve endometriosis tedavisi verilmiş, ancak laparoskopi sonrası SST tanısı almış bir olguya ait ultrasonografi, operasyon bulgularını, tümörün histopatolojik özelliklerini ve SST'lerin over tümörleri ile ayırıcısı tanısını sunuyoruz.

Vaka takdimi: 24 yaşında nullipar hastanın jinekoloji kliniğine ilk başvuru şikâyeti kötü kokulu akıntı ve kasık ağrısı idi. Hastada pelvik inflamatuvar hastalık düşünülerek antibiyotik tedavisi verildi. Tedavi sonrası yapılan kontrolünde akıntı şikâyeti kalmamasına rağmen ağrısı devam etmekte idi. Ultrasonografide sağ overde görülen over dokusuna benzer ekojenite gösteren 15 mm kitle dışında pelvik muayenesi normaldi. Ağrı şikâyeti olmasından dolayı kitlenin endometrioma olabileceği düşünülerek oral kontraseptif verildi. Pelvik ağrı şikâyetinin devam etmesi üzerine yapılan tanısal laparoskopide sağ over üzerinde egzofitik gelişmiş pembe-beyaz renkli yaklaşık 2 cm büyüklüğünde bir lezyon mevcuttu. Kitlenin patolojik incelemesi sonucu sklerozan stromal tümör olarak rapor edildi. Postoperatif hastanın ağrı şikâyeti kalmadı.

Sonuç: SST'ler nadir görülmelerine rağmen pelvik ağrı, adet düzensizliği, hirsutizm gibi sebeplerle başvuran genç hastalarda, özellikle de tedaviye dirençli ağrı şikâyeti olanlarda, düşünülmesi gereken tümörlerdir.

Anahtar kelimeler: hirsutizm, pelvik ağrı, sklerozan stromal tümör,

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Cilt: 10, Sayı: 1, Sayfa: 53- 7

PELVIC PAIN IN A YOUNG PATIENT: SCLEROSING STROMAL TUMOR

SUMMARY

Introduction: Sclerosing stromal tumors are rare, benign sex chord stromal tumors. They are usually unilateral and are seen in second or third decades. The complaint at admission may be menstrual irregularity, pelvic pain, palpable pelvic mass, precocious puberty and postmenopausal bleeding. Because the complaint at admission and radiological findings are not specific to SSTs preoperative diagnosis is challenging. Herein we present the sonographical, intraoperative and histopathological findings of a SST diagnosed during laparoscopy in a patient who admitted with chronic pelvic pain and received pelvic inflammatory disease and endometriosis treatment and differential diagnosis of SSTs with the other ovarian tumors.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Huriye Ayşe Parlakgümüş, Başkent Üniversitesi Seyhan Uygulama Hastanesi Cemal Paşa Mah. Barajyolu 01110 Adana
Tel.: (532) 674 54 05

e-posta: ayseparlakgumus@yahoo.de

Alındığı tarih: 21.01.2012, revizyon sonrası alınma: 21.01.2012, kabul tarihi: 03.08.2012, online yayın tarihi: 05.08.2012

Case report: 24 years old nulliparous patient first admitted to the gynecology department with the complaint of foul smelling vaginal discharge and pelvic pain. The diagnosis was pelvic inflammatory disease and the patient received antibiotics. The pelvic examination was normal except the mass in the right ovary which had similar echogenity to the ovary. Because of the pelvic pain the mass was assumed to be an endometrioma and the patient was prescribed an oral contraceptive treatment for 3 months. Because of the persistent pelvic pain a diagnostic laparoscopy was performed which revealed a 2 cm, pinkish- white, exophytic lesion originating from the right ovary. Pathological examination reported the mass to be a sclerosing stromal tumor. After the treatment the patient no longer complained of vaginal discharge but pelvic pain still persisted. After the operation the patient no longer complained of pelvic pain.

Conclusion: Although SSTs are rare, they should be kept in mind when a young patient admits with menstrual irregularity, pelvic pain and hirsutism, particularly if the pain is refractory to treatment.

Key words: hirsutism, pelvic pain, sclerosing stromal tumors

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Vol: 10, Issue: 1, Pages: 53- 7

GİRİŞ

Sklerozan stromal tümörler (SST) nadir görülen, benign karakterde seks kord stromal tümörlerdir. Sıklıkla 2. ve 3. dekatta görülürler⁽¹⁾. Genellikle tek taraflıdır. Hastalarda başvuru şikâyeti adet düzensizlikleri, kasık ağrısı, palpe edilebilen pelvik kitle, menoraji, prekoks puberte ve postmenopozal kanama olabilir⁽²⁻⁴⁾.

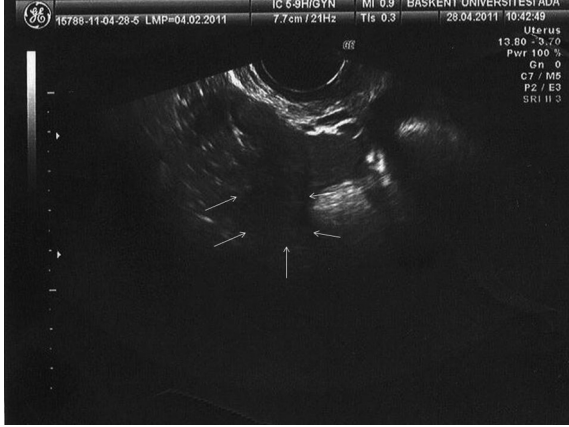
Tümör hormonal olarak aktif olduğunda hirsutizm ve virilizasyon görülebilir⁽³⁾. Başvuru şikâyetleri ve radyolojik bulgular SST'lere özgül olmadığı için ameliyat öncesi tanı koymak güçtür. Kesin tanı postoperatif histopatolojik inceleme ile konulur. Biz bu yazıda kliniğimize kronik pelvik ağrı şikâyeti ile başvurmuş ve pelvik inflamatuvar hastalık ve endometriosis tedavisi verilmiş, ancak laparoskopi sonrası SST tanısı almış bir olguya ait ultrasonografi, operasyon bulgularını, tümörün histopatolojik özelliklerini ve SST'lerin over tümörleri ile ayırıcısı tanısını sunuyoruz.

Vaka takdimi

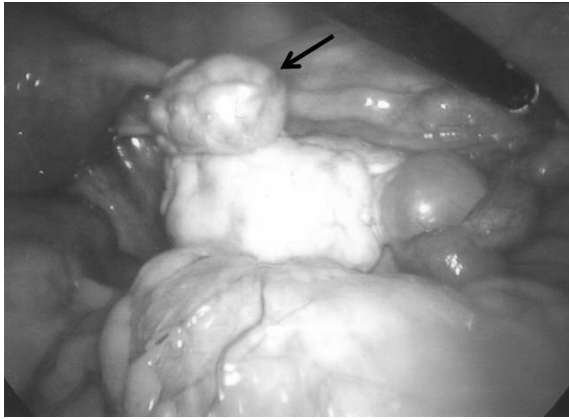
24 yaşında nullipar hastanın jinekoloji kliniğine ilk başvuru şikâyeti kötü kokulu akıntı ve kasık ağrısı idi. Hasta kasık ağrısının birkaç aydan beri var olduğunu, ancak son 1 aydır şiddetinin arttığını, ağrının sağ kasıkta sürekli hissedilen künt bir ağrı olduğunu ifade etti. Pelvik muayenesinde miks vajinit hali mevcuttu, serviks normal görünümde, kolum hareketleri ağrılı, uterus ve bilateral adneksler hassastı. Ultrasonda uterus ve bilateral adneksler normal görünümde idi. İlk başvuruda kan tetkikleri istenmedi. Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) tanısı ile levofloksasin

400 mg günde 1 per oral, ve flagyl 500 mg günde 2 per oral olmak üzere, 14 gün verildi. Hasta tedavi bitiminde kontrole geldiğinde akıntı şikâyeti kalmadığını ancak kasık ağrısının devam ettiğini bildirdi. Kontrol muayenesinde vajen ve serviks doğal görünümde idi ancak uterus ve adnekslerdeki hassasiyet halen mevcuttu. Hastanın kan sayımında beyaz küre 5900, CRP<3 idi. Laboratuvar PID ile uyumlu olmamasına rağmen, oral tedaviden fayda görmediği düşünülerek yatışına karar verildi. Hastanede gentamisin 80 mg iv ve cleosin 900 mg iv günde 3 defa verildi. Hasta 5 gün iv antibiyotik almış olmasına rağmen pelvik ağrısının azalmadığını ifade etmesi üzerine yapılan tekrar muayenede sağ overde 15 mm, egzofitik yerleşimli over dokusu ile benzer ekojenite gösteren bir kitle izlendi (Resim1). CA 125 normal sınırlarda idi. Hastanın kasık ağrısı öyküsü bilindiği için kitlenin küçük bir endometrioma odağı olabileceği düşünüldü. Hastaya 3 aylık oral kontraseptif tedavisi verildi. Hasta 3 ay sonra kontrole geldiğinde pelvik ağrı şikâyetinde hiçbir azalma olmadığını ifade etti. Jinekolojik muayenesi overde daha önce görülmüş olan 14 mm'lik kitle haricinde olağandı. Hastaya tanı amaçlı laparoskopi önerildi. Ancak hasta operasyonu kabul etmedi. Bunun üzerine oral kontraseptife 3 ay daha devam etme kararı verildi ve hastanın anksiyete şikâyetine yönelik fluoksetin tedaviye eklendi. Kontrole geldiğinde hasta kasık ağrısının arttığını ve laparoskopi kabul ettiğini ifade etti. Pelvik ultrasonografide daha önce görülmüş olan kitlenin 20 mm boyutuna ulaştığı izlendi. Laparoskopi esnasında sağ over üzerinde egzofitik gelişmiş beyaz-pembe renkli yaklaşık 2 cm büyüklüğünde bir lezyon mevcuttu (Resim 2). Lezyon bipolar koter ile kökünden

yakılarak çıkartıldı. Operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon olmadı ve hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.



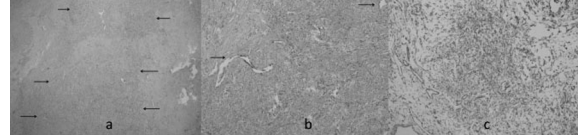
Resim 1: Sağ over üzerinde ekzofitik yerleşim gösteren sklerozan stromal tümör, ultrason bulguları.



Resim 2: Sağ over üzerinde ekzofitik yerleşim gösteren sklerozan stromal tümör, laparoskopi bulguları.

Eksize edilen kitle makroskopik olarak 1.6x1.5x0.8 cm boyutlarında gri-beyaz renkte solid görünümde kesit yüzü, sarı beyaz renkli olup, yer yer kistik ve mikroid alanlar içermektedir. Mikroskopik incelemede; tümörde yoğun sellüler alanların hiposellüler bölmelerle ayrıldığı tipik psödobübler patern izlendi (Resim 3a). Hiposellüler alanları ödematöz ve kollojenize stroma oluşturmaktaydı. Sellüler alanlar ise; fibroblast benzeri iğsi hücreler ve koyu, iri nükleuslu, eozinofilik veya berrak vakuollü sitoplazmalı poligonal hücreler olmak üzere iki hücre tipinden ve bu alanlarda çok sayıda ince ektatik hemangioperistoma benzeri damar yapılarından oluşmaktaydı (Resim 3b). Poligonal hücrelerin bir kısmında çekirdekler eksantrik yerleşimli olup, taşlı yüzük hücrelerini anımsatmaktaydı. Hücrelerde nükleer atipi ve/veya mitoz izlenmedi. İmmunohistokimyasal incelemede; inhibin, kalretinin ve vimentin ile hücrelerde yaygın güçlü pozitif boyanma

mevcuttur (Resim 3c). Düz kas aktini fokal pozitif. Desmin negatif saptandı. Progesteron reseptör antikoru (PR) ve östrojen reseptör antikoru (ÖR) ile pozitif boyanma saptandı. Keratin ve epitelyal membran-antijen (EMA) negatif bulundu. CD 34 ile hemangiperistoma benzeri ektatik damar yapılarında pozitif boyanma mevcuttu. Olgu morfolojik ve immunohistokimyasal bulgularla birlikte overin sklerozan stromal tümörü olarak değerlendirildi.



Resim 3: a. Hücreden fakir kısımlar ve hücresel alanların oluşturduğu (oklar) psödobübler patern (Hematoxilen-eozin x 40). b. Ektatik damarlar(oklar) arasında poligonal vakuollü sitoplazmalı hücrelerden oluşan hücresel alan (Hematoxilen-eozin x 100). c. Kalretinin ile poligonal hücrelerde kuvvetli pozitif boyanma (Kalretinin x 100).

Hasta 15 gün sonra kontrole geldiğinde oldukça rahatladığını ve ağrısının olmadığını ifade etti. Hasta 1 yıldır 3 ay aralıklarla takibe geliyor ve ağrı şikâyeti yok. Bu vaka takdiminin hazırlanmasından önce hastadan yazılı onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Sklerozan stromal tümörler nadir görülen seks kord stromal tümörlerdir. Seks kord stromal tümörlerin % 5'inden azını oluştururlar⁽²⁾. İlk defa 1973 yılında Chalvardjian and Scully⁽⁵⁾ tarafından rapor edildiğinden beri Peng ve arkadaşları 2003 yılına kadar rapor edilmiş 114 vaka tespit etmişlerdir⁽⁶⁾. Diğer stromal tümörlerin görülme yaşı genellikle 5 ve 6. dekadlar iken, stromal sklerozan tümörler sıklıkla 2. ve 3. dekadda görülürler^(7,8). Ortalama görülme yaşı 28' dir⁽²⁾.

Hastaların pek çoğunda bulgular hastalığa özgül değildir. Hastalarda başvuru şikâyeti adet düzensizlikleri, kasık ağrısı, palpe edilebilir pelvik kitle, menoraji, yaşlı hastalarda postmenopozal kanama ve çocuklarda prekoks puberte olabilir⁽²⁻⁴⁾.

STT'lerin çoğunluğu non-fonksiyonel tümörler olmasına rağmen⁽⁹⁾ anovülasyon ve infertiliteye neden olan SST'ler bildirilmiştir. Gee ve Russell inceledikleri 5 hastanın 2'sinde tümörün östrojenik aktivite

gösterdiğini bildirmişlerdir⁽¹⁰⁾. Damjanov ve ark. ise tümör eksizyonundan sonra üriner östrojen ve androjenlerin azaldığı bir vaka bildirmişlerdir⁽¹¹⁾. Bu hastada ameliyat sonrası ovülasyon başlamış ve adetler düzenli hale gelmiştir. Tümör hormonal olarak aktif olduğunda daha çok androjenik akvite gösterir. Bir premenarş kızda ve üç gebe vakada virilizasyon rapor edilmiştir^(3,11,12). Cashell et al. hirsutizm şikâyeti ile başvuran gebe bir hastada tümör eksizyonu sonrası hormonların normal düzeylere döndüğünü ve hastanın virilizasyonu olmayan bir kız bebek doğurduğunu rapor etmişlerdir⁽¹²⁾. İsmail ve Walker ise Gorlin sendromu olan bir gebe hastada bilateral SST ve hirsutizm rapor etmişlerdir⁽¹³⁾. Gürbüz ve ark. ise hirsutizm şikâyeti olmayan hastada 14. gebelik haftasında hızlı büyüyen bir kitle nedeniyle laparotomi yapmış ve patoloji sonucu SST gelmiştir⁽¹⁴⁾. Gulati ve ark. SST'lerin endometriotik implantlarla⁽¹⁵⁾, Akbulut ve ark. torsiyonla⁽¹⁶⁾ birlikte görülebileceğini bildirmişlerdir.

CA 125'in yükseldiğini bildiren yazılar olsa da hiçbir tümör belirteci SST'lere özgül değildir^(17,18)

Preoperatif radyolojik tetkiklerle tanısını koymak zordur. SST ultrasonografide merkezi yerleşmiş multiple küçük yuvarlak kistlerden veya yarıklardan oluşan kistik ve solid kitleler olarak görülür. Renkli Doppler incelemelerinde kist çeperinde ve merkezi kistler arasındaki bölgede belirgin vaskülarite görülür. MRI bulguları yüksek dansiteli bir stroma içerisinde yerleşmiş düşük dansiteli nodüller, gadolinyum ile kuvvetli kontrastlanma ve kitle çevresinde düşük intensiteye sahip çeperdir⁽¹⁹⁾.

Ayrıntı tanıda MR bulguları yardımcı olabilmekle birlikte kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Ovaryan SST'lerin kesin tanısı histopatolojik olarak, fokal skleroz alanları içeren psödotobüler patern, fibroblast ve benzeri iç şeklinde hücreler ve yağ globülleri içeren teka benzeri poligonal hücrelerden oluşan heterojen hücre toplulukları, ödematöz stroma ve hemanjioperisitoma benzeri zengin damar yapılarının varlığında konulur.

SST'lerin ayrıntı tanısında fibrom ve tekom gibi overin diğer seks kord stromal tümörleri, masif over ödemi, juvenil granüloza hücreli tümör ve Krukenberg tümörü düşünülmelidir. SST'ler kistik/solid ve büyük olduğunda; özellikle yaşlı bir hastalarda; malign tümörler ile karışabilir.

Tekofibrom ile ayrımında histopatolojik olarak pleomorfik çok sayıda hücre içeren hücresel zon ve

zengin damarlanma varlığı ve klinik olarak olgunun yaşının da yardımcı olabileceği bildirilmektedir. Masif over ödemi ile ayrımında ise stromal ovarian yapıların korunup korunmadığı ve heterojenite varlığı dikkate alınmalıdır⁽²⁰⁾.

Jüvenil granüloza hücreli tümörde belirgin skleroz olduğunda SST ile karışabilir. Tümörde foliküler yapıların varlığı, yüksek mitotik aktivite ve karakteristik granüloza hücre morfolojisi juvenil granüloza hücreli tümör olarak değerlendirilmede önemlidir.

SST'deki nodüler lezyon içindeki vakuole görünümde poligonal teka hücreleri Krukenberg tümörü gibi malign tümörleri andırmakla beraber, diğer morfolojik bulgular ve Krukenberg tümördeki vakuole taşlı yüzük hücrelerin müsin içeriği ile tümörde immunohistokimyasal olarak keratin ve EMA pozitifliği ayrıntı tanıda önemlidir.

SST'lerin etyolojisi tam bilinmemektedir. Ultra-striktürüel çalışmalarda ovarian korteksteki pluripotent immatür stromal hücrelerden köken aldığı düşünülmektedir⁽¹²⁾. Bununla birlikte SST'lerin perifoliküler miyoid stromal hücreler olarak isimlendirilen teka eksternanın aktin (+) hücrelerinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür, bizim olgumuzda da poligonal ve içsi hücrelerde fokal aktin pozitifliği saptanmıştır⁽²¹⁾.

Cerrahi eksizyon bu tip tümörlerin tedavisinde yeterlidir. Lokal veya uzak metastaz bildirilmemiştir.

Bu olgu sunumundaki hasta 24 yaşındaydı ve kasık ağrısı şikâyeti ile başvurmuştu. Hastanın yaşı ve semptomları SST ile uyumlu olmasına rağmen, SST'ler nadir görüldüğü için ve enfeksiyon eşlik ettiği için pelvik ağrının sebebinin öncelikle PID olduğunu düşünülmüştü. Enfeksiyon düzeldikten sonra ağrısının devam etmesi üzerine USG'de izlenen kitlenin endometrioma olabileceğini düşünülmüş ve hastaya bu tanıya yönelik tedavi verilmişti. Kitle ultrasonografide 2 cm idi ve over dokusu ile benzer ve homojen ekojeniteye sahipti. Kistik ve solid alanlar içermiyordu. CA 125 normal sınırlarda idi. Bu nedenle operasyon öncesi tanı koymak mümkün olmamıştı. Tümör çapı küçük olmasına rağmen hasta şiddetli, günlük hayatını ciddi derecede etkileyen kasık ağrısından muzdaripti. Tümör eksizyonu sonrası hastanın ağrı şikâyeti tamamen geçti.

Sonuç: SST'ler nadir görülmelerine rağmen pelvik ağrı, adet düzensizliği, hirsutizm gibi sebeplerle başvuran genç hastalarda, özellikle de tedaviye dirençli ağrı şikâyeti olanlarda, düşünülmesi gereken tümörlerdir.

KAYNAKLAR

1. Kuscı E, Oktem M, Karahan H, Bilezikci B, Demirhan B. Sclerosing stromal tumor of the ovary. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003; 24: 442- 4.
2. Youm HS, Cha DS, Han KH, Park EY, Hyon NN, Chong Y. A case of huge sclerosing stromal tumor of the ovary weighing 10 kg in a 71-year-old postmenopausal woman. *J Gynecol Oncol.* 2008;19(4): 270- 4. Epub 2008 Dec 29.
3. Park SM, Kim YN, Woo YJ, Choi HS, Lee JS, Heo SH, Kim CJ. A sclerosing stromal tumor of the ovary with masculinization in a premenarchal girl. *Korean J Pediatr.* 2011;54(5): 224- 7. Epub 2011 May 31.
4. Murthy DP, SenGupta SK, Mola G, Rageau O, Mathias A. Sclerosing stromal tumour of the ovary. *P N G Med J* 1996; 39: 48- 55.
5. Russell P, Farnsworth A. *Surgical Pathology of the Ovaries.* 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1997: 422.
6. Peng H, Chang T, Hsueh S. Sclerosing stromal tumor of the ovary. *Chang Gung Med J.* 2003; 26: 444 - 7.
7. Irving JA, Young RH. Microcystic stromal tumor of the ovary: Report of 16 cases of a hitherto uncharacterized distinctive ovarian neoplasm. *Am J Surg Pathol* 2009; 33: 367- 75.
8. Charfi Darghouth L, Goutallier Ben Fadhel C, Lahmar A, Mestiri H, Khalfallah MT, M'Zabi Regaya S. Sclerosing stromal tumor of the ovary: A case report and literature review] *Tunis Med* 2007; 5: 430- 2.
9. Fox H, Wells M. Haines and Taylor *Obstetrical and Gynecological Pathology.* 5th ed. New York: Cherrchill Livingstone; 2003: 842 - 3.
10. Gee DC, Russell P. Sclerosing stromal tumours of the ovary. *Histopathology* 1979; 3: 367- 76.
11. Damajanov I, Drobnjak P, Grizelj V, Longhino N. Sclerosing stromal tumor of the ovary: A hormonal and ultrastructural analysis. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 675- 9.
12. Cashell AW, Cohen ML. Masculinizing sclerosing stromal tumor of the ovary during pregnancy. *Gynecol Oncol.* 1991; 43(3): 281- 5.
13. Ismail SM, Walker SM. Bilateral virilizing sclerosing stromal tumours of the ovary in a pregnant woman with Gorlin's syndrome: implications for pathogenesis of ovarian stromal neoplasms. *Histopathology* 1990; 17: 159- 63.
14. Gurbuz A, Karateke A, Kabaca C, Gaziyiz GO, Kir G. Sclerosing stromal cell tumor of the ovary in pregnancy: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004; 25(4): 534- 5.
15. Gulati A, Kaushik R, Sharma J. Sclerosing stromal tumor of the ovary associated with benign endometrioid peritoneal implants. *Indian J Pathol Microbiol* 2009; 52: 594- 5.
16. Akbulut M, Türk NS, Altınboga AA, Soysal ME. Sclerosing stromal tumor in a postmenopausal woman with an ovarian Torsion. *Pam Med J* 2011; 4(1): 39- 42.
17. Amorim-Costa C, Costa A, Baptista P, Paiva V. Sclerosing stromal tumour of the ovary associated with Meigs' syndrome and elevated CA125. *J Obstet Gynaecol.* 2010; 30(7): 747- 8.
18. Terauchi F, Onodera T, Nagashima T, Kobayashi Y, Moritake T, Oharaseki T, Ogura H. Sclerosing stromal tumor of the ovary with elevated CA125. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005; 31(5): 432- 5.
19. Calabrese M, Zandrino F, Giasotto V, Rissone R, Fulcheri E. Sclerosing stromal tumor of the ovary in pregnancy: clinical, ultrasonography, and magnetic resonance imaging findings. *Acta Radiol* 2004; 45: 189- 92.
20. Swan JA, Shaw JA, Dabbs DJ, Geisinger KR. Sclerosing stromal tumor of the ovary: an ultrastructural and immunohistochemical analysis with histogenetic considerations. *Ultrastruct Pathol.* 1992; 16(3): 363- 77.
21. Dilbaz B, Taşçı Y, Ulular N, Demir OF, Goktolga U. Overin Sklerozan Stromal Tümörü. *J Turk Soc Obstet Gynecol,* 2011; 8(4): 286- 8.