

Klinik Çalışma

Çocuklarda Overyan Kitlelerin Özellikleri ve Yaklaşımı: 34 Vakalık Seri

Muazez Çevik, Mehmet Emin Boleken

Özet

Amaç: Çocuklarda over patolojileri yetişkinlere göre daha ender görülür ve çoğu benignidir. Bu çalışmada, kliniğimizde overyan kitle nedeniyle ameliyat edilen hastaların değerlendirmesi amaçlandı.

Hasta ve Yöntem: Bu çalışmada, Kliniğimizde 2008-2012 yılları arasında overyan kitle nedeniyle ameliyat edilen (yaş ≤ 16 yıl) olguların kayıtları, demografik yapıları, başvuru yakınmaları, ameliyat ve patoloji bulguları açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışmaya 34 olgu (11,6±4,22 yaş) dâhil edildi. Karın ağrısı en sık şikâyeti. Sadece 4 olguya daha önceden hormonal tedavi uygulanmıştı. Diğerleri başvuru anında veya ameliyat esnasında tanı almışlardı. Olguların %73,4'üne ameliyat öncesi ultrasonografi yapılmıştı. Overyan kitleli 19 olguda sağ, 13 olguda sol ve 2 olguda iki taraflı yerleşimliydi. Olguların 14'ü torsiyon, 4'ü hemorji-rüptür ve 7'si karında kitle nedeniyle ameliyata alınmıştı. Yedi olguya ooferektomi uygulanmıştı. Geriye kalan olgulara overi koruyacak tarzda yaklaşıldı. Histopatoloji, 13 olguda matür kistik teratom, diğerleri basit, seröz, musinöz ve follikül kist olarak değerlendirilmişti.

Sonuçlar: Çocuklarda over patolojilerin çoğu benign olduğunda cerrahi girişimler olabildiğince koruyucu olmalıdır.

Anahtar kelimeleri: Çocuk, overyan kitle, cerrahi tedavi

Çocuklarda adneksial kitleler; over, falop tüp, ya da uterus yerleşimlidir. Adneksial kitleler, çocukluk çağında görülen kitlelerin %1-2'sini oluşturur. Bunların %60-70'ini over kaynaklı ve çoğu benignidir (1-4). Çocuklardaki over tümörleri yetişkinlerdeki tümörler gibi basit kistten metastatik hastalığa kadar geniş bir dağılıma sahiptir. Bundan dolayı overyan kitleler karakter olarak oldukça heterojendir. Çocukluk çağı overyan kitleleri en sık kistik olup, solid ve miks tipte olabilir. Kitlelerin çoğu sağ taraftadır. Bu kitlelerin %64'ü neoplastik olup, %10-40'ı maligndir (5, 6).

Görüntüleme tekniklerinin yaygın kullanılmasıyla over patolojileri geçmişe göre daha fazla oranda tespit edilebilmektedir. Overyan kitleler sıklıkla asemptomatik olduklarından genellikle rutin pelvik muayenede ya da ultrasonografi (USG) ile tesadüfen tanı

alırlar. Overyan kitlelerin çoğu komplikasyon (torsiyon, hemoraji, ya da rüptür gibi) geliştiğinde semptomatik hale gelirler. Karın ağrısı en sık başvuru nedenidir.

Bu çalışmada overyan kitle nedeni ile kliniğimizde takip ve tedavi edilen olguların kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi. Olguların klinik bulguları, tedavi şekilleri, patolojik tanıları ve tedavi sonuçları gözden geçirildi.

Hasta ve Yöntem

Ocak 2008 ile Temmuz 2012 tarihleri arasında çocuk cerrahisi servisinde ovarian patolojileri nedeniyle opere edilen hastaların (yaş ≤ 16) hasta dosyalarında tarama yolu ile elde edildi. Olguların demografik yapıları, başvuru semptomları, preoperatif yapılan testler, ameliyat şekli, patolojik değerlendirmeleri, sonuçları ve komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya 34 olgu dahil edildi. Olguların yaşları 2 gün ile 16 (11.64±4.22) yıl arasında değişiyordu. Kitlelerin ortalama çapları 7.88±2.16 cm idi. Olguların %61.6'sı ≥ 13 yaş, ve olguların %14.6'sında <10 yaşındaydı.

Dört olgu dışında tüm olgular ağrı şikâyeti ile başvurmuş ve bunların %41.2'si ani başlayan

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Yazışma Adresi: Dr. Muazez Çevik

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

Fax: +904143151181

E-mail: muazezcevik@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 27.08.2012

Makalenin Kabul Tarihi: 22.04.2013

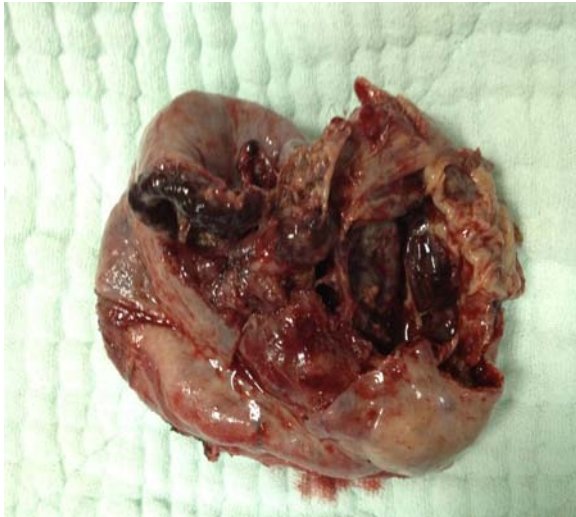
karın ağrısı vardı. Diğer başvuru şikayetleri karın şişliği, kabızlık, idrarda yanma, bulantı ve kusmaydı. Şikayetlerin başlangıcından ameliyata kadar geçen süre 6 saat ile 730 (35.58±128) gün arasındaydı. Olguların 19 (%55.9)'unda patoloji sağda, 13'ünde (%38.2) solda ve 2'sinde (%5.9) iki taraflıydı.

Fizik muayenede, hastaların %18,9'unda ele gelen kitle, %76.4' unda karın hassasiyeti vardı.

Radyolojik olarak tüm olgular direkt batın grafisi ile ve %73.4'ü de USG, Dokuz olguda bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirilmişti. İki olguda kitlenin ayırıcı tanısı için magnetik rezonans (MR) yapılmıştı.

Tümör belirteçlerinden alfa fetoprotein (AFP), human chorionik gonadotropin (HCG), karsinoembriyonik antijen (CEA), laktat dehidrogenaz (LDH), CA 19-9, ve CA 125 çalışıldı. Matür kistik teratom tanısı alan 13 olguda AFP düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Dokuz olguda CA 125 yüksek bulundu. Çapı büyük olan tümörlerde CA 125 ve CA 19-9 seviyesi artmıştı.

Olguların çoğu acil şartlarda ameliyata alındı. Olguların 26'sına laparotomi, 8'ine laparaskopi yapıldı. Kesi 18 olguda pfannenstiel, 8 olgu da paramedian ya da mediandı. Yedi olguya ooferektomi yapıldı. Overyan kitle tanısı olan 4 olguya önce oral kontraseptif başlandı. Bunlardan bir tanesi torsiyon diğer 3 tanesi çapında küçülme olmayınca ve bası bulguları olunca ameliyata alındı.



Resim 1. Over kaynaklı musinöz kistadenom görüntüsü.

Ameliyat edilen olguların %72.2'sinde over ve tubalar ameliyat esnasında korundu. Olguların 14 (%41.2)'ünde torsiyon, 4 (%11.7) ünde de kist rüptürü ve hemoraji mevcuttu. Histopatolojik

incelemede, 6 olguda seröz kistadenom, 3 olguda müsinoz kistadenom (Resim 1), 13 olguda matür kistik teratom (Resim 2), ve diğer 12 olguda da korpus luteum kisti, follikül kisti, yada basit kist saptandı.



Resim 2. Over kaynaklı matür kistik teratom görüntüsü.

Tartışma

Çocuklardaki overyan kitleler klinik, histopatoloji, prognostik özellikler, tanı ve tedavi yöntemleri açısından yetişkinlerden farklıdır (6). Over patolojileri fiziksel, hormonal, ve immunolojik olarak daha çok immatur zeminde gelişmektedirler (7). Pelvis'in sığ ve aynı zamanda overlerin de erişkine göre daha yüksek ve orta hatta yakın yerleşimli olması nedeniyle ovarian patolojiler yetişkinlere göre daha erken ve kolay tanı alabilmektedirler (1, 2, 7, 8). Bu anatomik yapıdan dolayı overyan kitlenin gelişimi için pelviste yeterli alan bulunmadığından pelvik şikayetlerden ziyade karın ağrısı ve abdominal kitle şikayetleri ön plandadır. Overyan kitleler, her yaş döneminde görülebilmekte ve yaşla beraber görülme ve malignite insidansı artmaktadır. Çocuk olgularda malignite insidansı oldukça düşüktür (9). Olgularımızın %83.4'u ikinci dekattaydı. Literatürle uyumlu olarak kitlelerin %62.7'si basit yada follikül kisti, %26.5'ü teratom, ve %8.8'i müsinoz kistadenom idi. Hiçbir olguda metastaza rastlanmadı.

Overyan kitleler asemptomatik olabildiği gibi çeşitli şekillerde klinik semptomlara yol açabilmektedir. semptomlar sıklıkla komplikasyonlara bağlıdır (10). Abdominal kitle ve ağrı en sık görülen semptomlardır. Karın ağrısı hastaların 2/3 ünde görülür. Ağrı akut yada belli bir süreden beri devam eden ağrı şeklinde olabilir (10). Bazen olgular rutin radyolojik tetkilerde

tesadüfen saptanabilmekte veya hemoraji ve peritonit gibi komplikasyonlarla basurabilmektedirler. Olgularda hormonal nedenlere bağlı olarak prekoks puberte, hirsutismus, ve düzensiz menstrual siklus sıklıkla görülebilmektedir. Ayrıca intestinal obstruksiyon, volvulus veya torsiyona bağlı akut batını taklit eden bulgularla başvurabilmektedirler (2, 6). Çalışmamızda en sık başvuru nedeni karın ağrısıydı. Ağrı olguların %41.2'si akut batın şeklindeydi. İkinci sıklıkta karında kitle şikayeti ile başvurmuşlardı. Sonuçlarımız literatürle uyumluydu. Menarş sonrası döneminde olan olgularımızın çoğunda menstrüel siklus düzensizdi.

Son yıllarda overyan kitle saptanan çocuk sayısında artış gözlenmektedir. Bu artış sebebi, son yıllarda nonspesifik karın ağrılarının nedenini saptamak amacıyla USG'nin yaygın olarak kullanılması ve prenatal kontrollerde over patolojilerin saptanabilmesi ile açıklanabilmektedir (1). USG kitlenin lokalizasyonu yanında, kistik veya solid olup olmadığını da ortaya koyabilmektedir. BT ve MR kitlenin yerini, büyüklüğünü, ve metastazını değerlendirmekte yararlıdır (11). Çalışmamızda hastaların daha önceden çekilen USG'de şüpheli solid komponentleri ve/veya çapları 10 cm den büyük over kitlesi olan 11 olguya kitlenin çevre yapılarla ilişkisini değerlendirmek için BT ve 2 olguya da MR çekildi. Kitlede artmış solid komponent ve çap malignensi şüphesini göstermekle birlikte güvenilir bir kriter değildir (7). Olgularımızda da operasyon öncesi yapılan görüntülenme tetkiklerinde overyan kitlelerin %35.2'sinde solid komponent görülmesine rağmen hiç bir olguda malign tümöre rastlanmadı. Görüntüleme çalışmaları, ameliyatın planlanmasında da yardımcı olabilmektedir.

Çocukluk çağındaki Overyan kitlelerin tedavisi, klinik, biyokimyasal ve radyolojik bulgularına göre planlanmaktadır (4). Laboratuvar bulguları genellikle nonspesifik olmakla birlikte, karın ağrısı yapan diğer nedenlerin ayırıcı tanısında yardımcı olmaktadır (2). Bazı over kitleleri hormon salgıladığından hormon çalışmaları tanıda yardımcı olmaktadır. Over kitlesinde şüphelenilince tümör belirteçleri tanyaya ve cerrahi rezeksiyon planına yardımcı olur (2).

AFP, HCG, CEA, LDH, CA 125, CA 19-9 over tümörlerindeki malignensiler için çocuklarda yetişkinlere göre daha az spesifik, ancak AFP ve HCG diğer markırlara göre daha sensitiftir. CA125 epitelial tümörlerdeki sensitivite ve spesifitesi yetişkinlere göre daha azdır. Tümör belirteçleri maligniteyi göstermede spesifik değildir. Fakat postoperatif takip ve relaps için

önemlidir (9). Preoperatif tümör belirteçleri çalışılan 20 hastanın dördünde belirteçlerin düzeyleri yüksekti ve kitle çıkarıldıktan 2-3 hafta sonra normal seviyelerine indiği gözlemlendi. Overyan kitleler, sıklıkla akut apandisit ile karışmakta ve bu nedenle ameliyat esnasında tanı konmaktadır. (5, 10). Pomeranz ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada akut apandisit ön tanısı ile ameliyat ettikleri 246 hastanın 51'inde ovarian kitle saptamışlardır. (10). Over kitlelerinin daha çok tek taraflı ve sağ tarafa yerleşimli olması akut apandisit düşünülmesinde neden olmaktadır. Olgularımızın 6 (%17.6)'sı a.apandisit ön tanısıyla ameliyata alınmış ve ameliyat esnasında tesadüfen over patolojisi tanısı konmuştur. Tedavi planlanırken over fonksiyonları ve ileri yaşlardaki fertilitate ve hormonal fonksiyonlar açısından over koruyucu cerrahi önerilmektedir (5). Overin 1/10 gibi küçük bir dokunun fertilitateyi mümkün kıldığı ileri sürülmektedir (6). Hastalarımızda da uygulandığı şekilde, ameliyat esnasında malignensiden şüphelenildiğinde frozen biopsi sonucuna göre ameliyat devamını planlamak uygun bir yaklaşımdır. Kitle laparoskopik olarak ya da büyük kitleler uygun insizyonla laparotomi ile çıkarılabilmektedir (11). Ameliyat sırasında veya perkütan tekniklerle kist içindeki sıvının aspire edilmesi yayılımı destekleyeceğinden aspirasyondan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Malign olgularda olabileceği gibi benign kitlelerde de kitlenin nüksü görülebilir (12). Kistik yapıda olan over kitleleri neoplastik olmadığından tedavi, kistin çapına, semptomuna, ve torsiyon riskine bağlıdır (5). Basit kistler kendiliğinden gerileyebilmektedir. İçerisinde septa, debris ve solid alanlar olan kompleks yapıdaki kistler çıkartılırken, basit yapıdaki ve küçük boyutlu kistlerde USG ile takip yeterlidir. Solid yapılı overyan kitlelerinin kistik olanlara göre malign olma ihtimali yüksektir. Malignensi var ise karşı over dokusunu yarısı, pelvik, abdominal ve diafragmatik periton biopsileri yapılmalı, periton lavajı, omentektomi, retroperitoneal, pelvik, ve periaortik lenf bezi biopsisi yapılmalıdır (6).

Over torsiyonu, overyan patolojilerinin önemli bir hastaneye başvuru nedenidir. Over torsiyonların çoğu benign kistik lezyonların zemininde gelişir. Bu kistler zamanla kendiliğinden kaybolur (13, 14). Torsiyonların tedavisi detorsiyon olmakla birlikte tartışmalıdır. Over torsiyonuna neden olan kitlenin malign olabilme olasılığından ve nekroze dokunun sistemik etkisinden dolayı kanlanması bozulmuşsa oofektomi yada salpingoofektomi yapılmaktadır (9). Cerrahi yöntemlerin fertilitate yaşamın üzerine etkisi fazla olduğundan son

yıllarda konservatif cerrahi yöntemlere yönelmiştir (8, 15, 16). Çalışmanın başladığı ilk yıllarda over torsiyonu nedeni ile ameliyat edilen olgulara ooferektomi veya salpingooferektomi uygulanmış olmakla birlikte bu olgular da maligniteye rastlanılmadığından ve geç dönemde bile overde atrofi gelişmediğinden dolayı kliniğimizde son yıllarda detorsiyondan sonra konservatif olarak takip edilmektedirler.

Bu çalışmanın birkaç limitasyonu mevcuttur. Çalışma geriye dönük olduğu için yalnızca dosyalardaki bilgiler değerlendirilmeye alınmıştır. Bundan dolayı istenen tüm verilere ulaşılamamıştır. Hasta sayımız genel bir değerlendirme için azdır ve bunun için muhtemelen çok merkezli çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak, karın ağrısı olan kız çocukların ayırıcı tanısında over patolojileride akılda bulundurulmalıdır. Çocukların gelecekteki fertilitesi düşünülerek cerrahi olarak tedavi edilirken mümkün olduğunca overi koruyan cerrahi yaklaşımlar tercih edilmelidir.

Characteristics and management of ovarian masses in children: 34 cases series

Abstract

Aim: Ovarian pathologies are rare in children than in adults and most of them are benign. This study aimed to evaluate overall patients operated in our clinic due to ovarian masses.

Patients and Methods: In this study, between 2008-2012 medical record of patients (age ≤ 16) whom operated for the ovarian masses, patients' demographic structures, presenting symptoms, surgery, and pathology were evaluated retrospectively.

Results: In this study, 34 patients (11,64 +4,22 years) were included in this study. Abdominal pain was the most common complaint. Only 4 patients were administered hormonal therapy. Others were diagnosed as an ovarian mass during operation or admission. The 73.4% of the cases were underwent preoperative ultrasonography. Ovarian mass was localized in the right ovary (n=19), in the left ovary (n=13), and bilateral (n=2). Fourteen of all patients with were admitted because of torsion, 4 of them with haemorrhage-rupture were underwent surgery and 7 of them with abdominal mass were underwent surgery. Seven of 34 patients were underwent oophorectomy. The remaining patients were managed with ovary sparing. The histopathology assessment in 13 patients with abdominal mass were mature cystic teratoma, the remaining masses in patients were simple, serous, mucinous and follicle cysts.

Conclusions: The most of ovarian pathologies in children are benign therefore surgery for ovary should be preferred preserving surgical procedures.

Key words: Children, mass, ovary, surgery

Kaynaklar

1. Simsık S, Özkutan BH, Ceylan H, Aydın A, Güler E. Çocuklarda over patolojileri. Gaziantep Tıp Dergisi 2010; 16(2):1-4.
2. Schultz KA, Ness KK, Nagarajan R, Steiner ME. Adnexal masses in infancy and childhood. Clin Obstet Gynecol 2006; 49(3):464-479.
3. Young JL Jr, Cheng Wu X, Roffers SD, Howe HL, Correa C, Weinstein R. Ovarian cancer in children and young adults in the United States, 1992-1997. Cancer 2003; 97(10):2694-2700.
4. Piippo S, Mustaniemi L, Lenko H, Aine R, Mäenpää J. Surgery for ovarian masses during childhood and adolescence: a report of 79 cases. J Pediatr Adolesc Gynecol 1999; 12(4):223-227.
5. Hayes-Jordan A. Surgical management of the incidentally identified ovarian mass. Semin Pediatr Surg 2005; 14(2):106-110.
6. Başaklar AC. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları. 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık 2006:2041-2059.
7. Ozkara SK, Filinte D. Cocukluk ve adolesan donemlerinde gorulen over tumorleri: 42 olguda histopatolojik degerlendirme. T Pat Derg 2007; 23(3):151-159.
8. Fawcett SL, Gomez AC, Barter SJ, Ditchfield M, Set P. More harm than good? The anatomy of misguided shielding of the ovaries. Br J Radiol 2012; 85(1016):442-447.
9. Oltmann SC, Garcia N, Barber R, Huang R, Hicks B, Fischer A. Can we preoperatively risk stratify ovarian masses for malignancy? J Pediatr Surg 2010; 45(1):130-134.
10. Pomeranz AJ, Sabnis S. Misdiagnoses of ovarian masses in children and adolescents. Pediatr Emerg Care 2004; 20(3):172-174.
11. Templeman CL, Fallat ME. Benign ovarian masses. Semin Pediatr Surg 2005; 14(2):93-99.
12. Olesen H, Eisum AK. Recurrent mucinous cystadenoma in an 11-year-old premenarchal girl. Ugeskr Laeger 2001; 163(47):6601-6602.
13. Oltmann SC, Fischer A, Barber R, Huang R, Hicks B, Garcia N. Pediatric ovarian malignancy presenting as ovarian torsion: incidence and relevance. J Pediatr Surg 2010; 45(1):135-139.
14. Eskander RN, Bristow RE, Saenz NC, Saenz CC. A retrospective review of the effect of surgeon specialty on the management of 190 benign and malignant pediatric and adolescent adnexal masses. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011; 24(5):282-285.

15. Loh AH, Ong CL, Lam SL, Chua JH, Chui CH. Pediatric risk of malignancy index for preoperative evaluation of childhood ovarian tumors. *Pediatr Surg Int* 2012; 28(3):259-266.
16. Celik A, Ergün O, Aldemir H, Ozcan C, Ozok G, Erdener A ve ark. Long-term results of conservative management of adnexal torsion in children. *J Pediatr Surg* 2005; 40(4):704-708.