

Postmenopozal Dönemde Bir Adneksiyal Kitle: Paratubal Kist

Yaşam Kemal AKPAK¹, İsmet GÜN²

¹Sarıkamış Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kars

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET:

Paratubal kistler embriyolojik kalıntılardır. Genelde asemptomatik ve benign seyrederler. Bu kistler genelde ergenlik ve üreme çağında tanı almaktadır. Boyutları küçük olmakla beraber büyük çoğunlukla 8 cm'yi geçmezler. Biz bu vaka da, postmenopozal bir hastada, 10 cm'den büyük, semptomatik bir paratubal kistin, preoperatif tanısı ile izlem ve tedavi seçeneklerini sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Paratubal Kistler, Postmenopozal Büyük Adneksiyal Kitleler, Preoperatif Ultrason Bulguları, Laparotomi

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Uzm. Dr. Yaşam Kemal AKPAK
Yazışma Adresi : Sarıkamış Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği, Sarıkamış, Kars 36500
Tel : +90 (533) 487 61 38
E-mail : yasamaster@gmail.com

ABSTRACT :

An Adnexal Cystic Mass In Postmenopausal Period: Paratubal Cyst – Case Report

Paratubal cysts are embryological remnants. They usually are asymptomatic, have a benign course. These cysts are usually diagnosed during adolescence and reproductive age. In general their sizes are small and they are not larger than 8 cm. In this case, we present preoperative diagnosis with follow-up and treatment options for a paratubal symptomatic cyst that is larger than 10 cm in postmenopausal patient.

Key words: Paratubal Cysts, Postmenopausal Large Adnexal mass, Preoperative Ultrasound Findings, Laparotomy

GİRİŞ

Paratubal kistler, ürogenital sistemin embriyolojik kalıntılarında (paramezonefrik, mezonefrik kanallar) veya tuba uterinanın serozasının invajinasyonundan (mezotelial kist) kaynaklanır (1). Genelde asemptomatik ve benign seyrederler. Çok nadir malign transformasyon izlenir (%2-3) (2). Bu kistler tesadüfen başka bir sebeple ultrasonografi yapılırken tespit olunur ve % 90 civarında histerektomi sonrası patoloji raporlarında izlenirler (3). Bütün adneksiyal kitleler içinde tanı konma oranı %10 civarındadır (4). Boyutları genelde küçük olmakla beraber 1-8 cm arası izlenebilirler. Nadiren klinik olarak anlamlı büyüklükte olduklarında torsiyon, kanama veya pelvik ağrı oluşturabilirler (5). Ultrasonografik bulguları ve değerlendirilmeleri önem arzeder (6).

Bizim bu vakada amacımız postmenopozal da gözlenebilen selim bir kitlenin yönetimini tekrar hatırlatmaktır

OLGU

Polikliniğimize başvuran, 78 yaşında ve postmenopozal dönemde olan hastamızın 3 normal doğum öyküsü mevcuttu. Hastanın şikayeti yaklaşık 2 yıldır karında şişkinlik, kasık ağrısı ve kabızlık idi. Hastanın yapılan vajinal muayenesinde sağ adneksiyal alanda yer kaplayan kitleden şüphe edildi. Daha sonra uygulanan transvajinal ultrasonda sağ adneksiyal alanda normal over dokusundan ayrılan uniokuler, ince çeperli, pür kistik bir kistik kitle izlendi ve öntanı olarak paratubal kist olduğu düşünüldü. Hastadan istenen CA-125 değerleri normal sınırlarda çıktı. Spesifik ultrason bulguları sebebiyle hastadan başka bir görüntüleme yöntemi istenmedi. Hastanın ağrı şikayetleri olması ve kitlenin 12x11x10 cm ölçülmesi sebebiyle, hastaya detaylı bilgi verilerek ve onamı alınarak operasyon kararı verildi. Hastaya pfannenstiel kesisinden total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH BSO) operasyonu uygulandı. İntraoperatif olarak paratubal kist net izlendi (Resim 1). Patoloji raporu basit seröz paratubal kist olarak raporlandı.

Resim 1: Postoperatif TAH-BSO materyalinde basit paratubal seröz kist



TARTIŞMA

Paratubal kistler, kendilerini overden ayıran broad ligamentinin içinde bulunurlar ve genellikle 8 cm boyutu geçmezler (5). Kaynaklandıkları doku gereği tek katlı silyalı kolumnar veya küboidal epitel ile döşeli kistler oluştururlar (7). Wolf kanal embriyolojik artığından oluşan paratubal kistler, androjen sensitivitesi gösterirler (3). Puberte döneminde daha sık izlenmeleri buna bağlanabilir (7,1). Bizim vakamızda izlediğimiz üzere bazen hep mevcut olan bu kistler androjen yükünün fazla olduğu postmenopozal dönemde büyüme gösterip tanı alabilirler.

Hemoroji, rüptür, torsiyon ve kasık ağrısı nadiren de olsa oluşturabilirler (8). Vakamızda paratubal kist büyük boyutlara ulaşsa da pelvik ağrı ve kabızlık dışında bir semptom oluşturmamıştı. Semptomatik olmayan kistler genelde transvajinal ultrasonda kontroller sırasında tespit edilir. Komplike olmayan vakalarda imaj olarak overden net bir şekilde ayrılmaları, tek taraflı olmaları, over stromasıyla kaplı olmayan, ince ve düzenli kist duvarına sahip olmaları tanınmalarını kolaylaştırır (2,9). Bu özelliklerle beraber solid alan içermemeleri ve pür kistik olmaları benign özelliklerini belirtir. Ayrıca doppler ultrasonda tümör kitlelerde, damar sayısı ve kıvrımları daha fazla izlenir. Bu damarlarda musküler intima bulunmaz ve akım olarak düşük empedans saptanır (10). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tanı aracı olarak kullanılabilir (11). Yukarıda sayılan ultrasonografik bulguların tümü vakamızda mevcut olduğu

ve ayrıca biyokimyasal olarak, ultrasonda adneksiyal kitlelerden şüphe duyulduğunda incelenmesi gereken serum kanser antijen 125 (CA-125) çalıştırılarak normal sınırlarda olduğu gözlenmesi üzerine başka bir görüntüleme yöntemi planlanmadı (12,13). Paratubal kistler malignite yönünden incelendiğinde, literatürde vaka takdimi şeklinde primer kistadenokanserler bildirilmiştir (14,15). Bir çalışmada 140 paraovarian kistten 4 kistadenom ve 4 kistadenokarsinom vakası saptamışlardır (16). Diğer vaka serilerinden birinde, 59 vakadan 1 tanesinde kistadenom tespit edilirken diğerinde ise 59 hastanın 7'sinde kistadenom ve 8'inde kistadenofibrom izlenmiştir (17,18). Borderline paratubal kistadenomlar epitelyal proliferasyon olması ve stromal invazyon izlenmemesiyle karakterizedir (19). Literatüre göre borderline seröz kistlerin pelvik ve paraaortik lenf nodlarına metastazı izlenmemiştir (1). Bu tarz kiste sahip hastaların yaş ortalaması 31 olarak tespit edilmiş ve 11-72 ay takip sonrası hiçbirinde uzak organ metastazı izlenmemiştir (19,20). En çok reproduktif çağda izlenen bu tümörler için, fertilité arzusu olan hastalarda sadece kistektomi yapılarak hasta takibe alınabilir (20).

Özellikle postmenopozal dönemde 3000 hastayla yapılan bir çalışmada, uniokuler kistler 6 ay arayla 6 yıl boyunca takip edilmiş, %70 kist takip sırasında kaybolmuş, geriye kalanlarda da malignite izlenmediği belirtilmiştir (21). Özellikle 5 cm'nin altında izlenen ve papiller cisim barındırmayan basit kistik lezyonlarda cerrahi ertelenebilir (6). Ooferektomi seçeneğinin sıklıkla kullanıldığını gösteren 2001-2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada, yaklaşık 145 bin benign sebepli histerektominin %47'sine ooferektomi eklenmiş ve tüm yaş gruplarında %8'lik, 55 yaş altında %10,4'lük artışa dikkat çekilmiştir (22). 10 cm'nin altındaki benign adneksiyal kistlerde laparoskopi seçeneği düşünülebilir (23). Her ne kadar büyük adneksiyal kitlelerde cerrahi tecrübe yeterince olmasa da, daha az hastanede kalış süresi, postopretif ağrı azlığı ve çabuk hayata dönüş ile öne çıkan bu seçenek hastayla paylaşılmalıdır (24). Bizim vakamızda hastanın yaşı ve semptomları gözönüne alındı. Ancak hastaya hem laparoskopi hem de laparotomi seçeneğiyle be-

raher kistektomi ve TAH BSO operasyonları anlatılarak hastayla beraber karar verildi. Paratubal kistler ergenlik ve üreme çağında genelde tanı almaktadır. Ancak nadiren boyutlarındaki değişimler postmenopozal dönemlere denk gelmektedir ve adneksiyal kitle olarak klinisyenleri endişelendirmektedir. Preoperatif iyi bir ultrasonografik değerlendirmenin ve yukarıdaki kriterler dahilinde hastayla bu bilgilerin paylaşılmasının operasyon tercihlerine çok katkısı olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Terek MC, Sahin C, Yeniel AO, Ergenoglu M, Zekioglu O. Paratubal borderline tumor diagnosed in the adolescent period: a case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24(5): 115-6.
2. Fujii T, Kozuma S, Kikuchi A, Hanada N, Sakamaki K, Yasugi T, et al. Paraovarian cystadenoma: sonographic features associated with magnetic resonance and histopathologic findings. *J Clin Ultrasound* 2004; 32(3): 149-53.
3. Vlahakis-Miliaras E, Miliaras D, Koutsoumis G, Miliaras S, Spyridakis I, Papadopoulos MS. Paratubal cysts in young females as an incidental finding in laparotomies performed for right lower quadrant abdominal pain. *Pediatr Surg Int* 1998; 13(2-3): 141-2.
4. Darwish AM, Amin AF, Mohammad SA. Laparoscopic management of paratubal and paraovarian cysts. *JSLs* 2003; 7(2): 101-6.
5. Perlman S, Hertweck P, Fallat ME. Paratubal and tubal abnormalities. *Semin Pediatr Surg* 2005; 14(2): 124-34.
6. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, Ceccaroni M, Venturoli S, Cacciatorre B. Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28(3): 330-4.
7. Muolokwu E, Sanchez J, Bercaw JL, Sangi-Haghepeykar H, Banzsek T, Brandt ML, et al. The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population. *J Pediatr Surg* 2011; 46(11): 2161-3.
8. Low SC, Ong CL, Lam SL, Beh ST. Paratubal cyst complicated by tubo-ovarian torsion: computed tomography features. *Australas Radiol* 2005; 49(2): 136-9.
9. Joshi M, Ganesan K, Munshi HN, Ganesan S, Lawande A. Ultrasound of adnexal masses. *Semin Ultrasound CT MR* 2008; 29(2): 72-97.
10. Marret H, Saugnet S, Giraudeau B, Brewer M, Ranger-Moore J, Body G, et al. Contrast-enhanced sonography helps indiscrimination of benign from malignant adnexal masses. *J Ultrasound Med* 2004; 23(12): 1629-39.
11. Kishimoto K, Ito K, Awaya H, Matsunaga N, Outwater EK, Siegelman ES. Paraovarian cyst: MR imaging features. *Abdom Imaging* 2002; 27(6): 685-9.
12. van Nagell JR Jr, Pavlik EJ. Ovarian cancer screening. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55(1): 43-51.
13. Guerriero S, Ajossa S, Piras S, Angiolucci M, Marisa O, Melis GB. Diagnosis of paraovarian cysts using transvaginal sonography combined with CA 125 determination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28(6): 856-8.
14. Hwang JH, Song SH, Shin BK, Lee JK, Lee NW, Lee KW. Primary clear cell carcinoma of a paratubal cyst: a case report with literature review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011; 51(3): 284-5.
15. Altras MM, Jaffe R, Corduba M, Holtzinger M, Bahary C. Primary paraovarian cystadenocarcinoma: clinical and management aspects and literature review. *Gynecol Oncol* 1990; 38(2): 268-72.
16. Genadry R, Parmley T, Woodruff JD. The origin and clinical behavior of paraovarian tumor. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129: 873-80.

17. Pepe F, Panella M, Pepe G, Panella P. Paraovarian tumors. *Eur J Gynaecol Oncol* 1986; 7: 159-61.
18. Smorgick N, Herman A, Schneider D, Halperin R, Pansky M. Paraovarian cysts of neoplastic origin are underreported. *JSL* 2009; 13(1): 22-6.
19. Seamon LG, Holt CN, Suarez A, Richardson DL, Carlson MJ, O'Malley DM. Paratubal borderline serous tumors. *Gynecol Oncol* 2009; 113(1): 83-5.
20. Shin YJ, Kim JY, Lee HJ, Park JY, Nam JH. Paratubal serous borderline tumor. *J Gynecol Oncol* 2011; 22(4): 295-8.
21. Modesitt SC, Pavlik EJ, Ueland FR, DePriest P, van Nagell J. Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 cms in diameter. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 594-9.
22. Novetsky AP, Boyd LR, Curtin JP. Trends in bilateral oophorectomy at the time of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2011; 118(6): 1280-6.
23. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 109-14.
24. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. *Gynecol Oncol* 2008; 108(1): 72-6.