

Bölüm 55

PEDİATRİK JİNEKOLOJİ

Osman UZUNLU¹

GİRİŞ

Çocukluk çağı insan gelişimi için çok değerli bir dönemdir. Bu dönem çok uzun bir dönemi kapsamaktadır ve birbirinden ayrı öneme sahip bölümlere ayrılarak incelenmektedir. Doğumdan itibaren erişkinlik çağına kadar geniş bir zaman dilimini kapsayan bu dönemin hastalıkları da kendisine özgü ve özeldir. Çocukların erişkinlerin minyatürü olmadığına anlaşılmamasının ardından çocukluk çağında görülen hastalıklara ve tedavi yaklaşımlarında köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Pediatrik jinekoloji de bu alanda zaman içerisinde değişime ve gelişime uğramıştır.

EMBRİYOLOJİ

Çocukluk çağına özgü birçok hastalık grubu gibi jinekolojik hastalıklar grubunun da temelinde embriyolojik temeller ve embriyolojik gelişim esnasında oluşan sorunlar büyük öneme sahiptir. Bu bölümünde kısaca ve özet bir şekilde temel embriyoloji üzerinde durmakta fayda olacaktır.

Embriyolojik gelişimin başlangıç safhasında erkek ve kız embriyoları iki çift genital kanala sahiptirler. Bu genital kanallar; mezonefrik kanal (wolffian kanal) ve paramezonefrik kanal (müllerian kanal)'dır. Kızların genital sisteminin embriyolojik temelindeki en önemli yapı müllerian (paramezonefrik kanal) kanaldır. Gestasyonun 3. haftasında üreter tomurcuğu mezonefrik kanaldan ortaya çıkmaktadır. Üreter tomurcuğu üriner

ve genital sistemin gelişimi için çok önemli bir yapıdır. Gonadın over lehine gelişiminde androjen ve antimüllerian hormon (AMH) yokluğu söz konusu olacağı için wolffian kanallar (mezonefrik kanal) regrese olmaktadır. Y kromozomu varlığında ise testislerdeki sertoli hücrelerinden salgılanan antimüllerian hormon (AMH) paramezonefrik (müllerian kanal) kanalların regrese olmasına neden olmaktadır. Gestasyonun 6.-8. Haftaları arasında müllerian kanallar gelişimini sürdürmeye devam edip kaudal kısımları orta hatta birleşerek tek lümenli bir yapı haline gelirler. Kaudal kısmı ürogenital sinüs ile birleşir. Gestasyonun 10.haftasında müllerian kanallar tek bir lümenli yapı halindedir. Bu yapıya "uterovajinal kanal" adı verilmektedir. Müllerian kanalların kranial kısımları birleşmemiş durumunu korumaktadır. Bu yapıardan fallop tüpleri meydana gelirken; kaudal yapısı füzyon halindedir ve bu kısmı kalınlaşıp uterus ve serviks gelişimini sağlamaktadır. Füzyon aşamasında ortaya çıkabilecek gelişim kusurları sonucu uterus didelfis, bicornu uterus gibi uterus anomalileri ortaya çıkmaktadır.

Vajen gelişimi ise iki ayrı embriyolojik yapıdan meydana gelmektedir: Müllerian kanal ve ürogenital sinüs. Vajenin 2/3'lük kranial kısmı müllerian kanaldan gelişirken; kaudal (distal vajen) kısmı ürogenital sinüsten gelişmektedir. Bu dönemdeki gelişim kusurları sonucunda vajinal duplikasyon, vajinal septum, imperfore hymen vb. konjenital anomaliler ortaya çıkmaktadır.(1)

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, e-posta: osmanuzunlu@gmail.com

Prepubertal ve puberte çağındaki çocuklarda basit over kistlerine ilave olarak tümöral lezyonlar da görülmektedir. Basit kistler ile tümöral kistler arasında ayırıcı tanı yapılması önemli bir basamaktır. Komplike hale gelmemiş fonksiyonel kistlerde düşük malignite riski nedeni ile genellikle yakın takip edilmesi ilk basamak protokoldür. Takip dönemindeki over kistlerinin en önemli komplikasyonu over torsiyonudur. Ani başlayan kolik nitelikte karın ağrısı, bulantı, kusma ve kitle etkisi her zaman over torsiyonu açısından şüphe uyandırmaktadır. Torsiyone predispozisyon yapacak kist, tümör gibi patoloji olabileceği gibi spontan torsiyon da olabilmektedir. Doppler USG'de şüpheli over torsiyonu varlığında ve klinik uyumluluk halinde bile vakit kaybetmeden cerrahi müdahale yapılmalıdır. Over koruyucu cerrahi müdahaleler genellikle tercih edilmektedir. Over torsiyonunda da over detorsiyonu öncelikli tercih edilmektedir.

Solid komponenti olan kistik over kitleleri malignite yönünden her zaman şüphe uyandırır. Adölesan dönemde en sık görülen over tümörü "matür kistik teratom" dur (9). Kistik over patolojilerinde solid komponent varlığında ilk akla gelmesi gereken patolojiyi oluşturmaktadır. Her üç germ yaprağına ait dokuları da içerdiği için kimi zaman insidental de saptanabilmektedir. Rutin muayene esnasında ya da direkt karın grafisinde alt batında görülen kalsifiye odaklar bu tümöral oluşumu düşündürür. Birçoğu selim olan bu tümörlerde yine benzer şekilde over koruyucu cerrahi müdahale yapılabilmektedir. Matür kistik teratom haricinde immatür teratom, malign teratom, disgerminom, endodermal sinüs tümörü, embriyonal karsinom, gonadoblastom ve mixt germ hücreli tümörler gibi malign tümörler de görülmektedir. Malign karaktere sahip tümörler lokal yayılım, peritoneal tutulum ve uzak metastaz potansiyeline sahiptirler. Tanı aşamasında kesitsel görüntüleme yöntemleri (BT,MRI) ve laboratuvar yöntemleri (tümör marker) yardımcı olmaktadır. Malign over tümörlerinde salpingoofektomi, omentektomi, lenf nodu biyopsisi, batın içi sıvı sitolojisi ve şüpheli durumlarda karşı overden biyopsi cerrahi prensipleri oluşturmaktadır.

Uterus ve vajende görülen tümörler içinde rabdomyosarkomlar ilk sırada yer almaktadır (10). Bu tümörleri diğer organlarda saptanan rabdomyosarkom gibi agresif davranış göstermeye eğilimlidirler. Uterus kaynaklı tümörler hızla büyüyerek serviksten dışarı protrüde olarak genital kanamaya neden olabilmektedir. Yine benzer şekilde vajen kaynaklı tümörler agresif davranışları sonucunda introitustan sarkan kitleler haline gelebilmektedir. Ayrıca adölesan çağıda da servikal displazilerin görülebileceği akılda tutulmalıdır (11). Vulvada saptanan tümöral lezyonların çoğunluğu condiloma acuminata olmasına karşın; lipom, liposarkom ve malign melanom da görülebilmektedir.

Çocukluk çağında pelvik bölgede saptanan kitlelerin her zaman tuba-over, uterus kaynaklı olmayabileceği; kitlesel lezyonların konjenital kitleler olabileceği hatırlanmalıdır. Presakral kitleler (tip4 teratom, kistik nöroblastom vb.), omentum kaynaklı kitleler (omentum kisti, omentum torsiyonu vb.), retroperitoneal/mezenterik kitleler (kistik lenfanjiom, retroperitoneal germ hücreli tümörler vb.), gastrointestinal sistem kaynaklı kitleler (duplikasyon kisti), ve nörogen kaynaklı kitleler olabileceği tanı aşamasında göz önünde bulundurulmalıdır (12).

SONUÇ

Çocuklukların diğer genel sistemleri (solunum, gastrointestinal, üriner vb.) farklı olduğu gibi genital sistemi de farklılıklar göstermektedir. Çocukluk çağında özgü ve özel bazı hastalıkların bilinmesi hem hasta yaklaşımı açısından hem de tedavi algoritması açısından pediatri uğraşı alanı olan bizlere birçok yönden yardımcı olacaktır. Cerrahi müdahale gerektirecek hastalıkların büyük çoğunluğunda embriyolojik defektlerin olduğunun bilinmesi cerrahi rekonstrüksiyonda bizlere yol gösterecektir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, Jinekoloji, Konjenital Anomaliler

Kaynakça

1. Laufer M.R.(2012). Abnormalities of The Female Genital Tract. In Coran AG, Adzick NS. (Eds.), Pediatric Surgery (7th ed., pp.1591-1609). Philadelphia: Elsevier.
2. Strickland JR. (2014). Pediatric and Adolescent Gynecology. In Holcomb III GW, Murphy PJ, Ostlie DJ. (Eds.), Ashcraft's Pediatric Surgery (6th ed, pp.1045-1056). Philadelphia: Elsevier
3. Smith NA, Laufer MR. Obstructed hemivajina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome: Management and follow-up. Fertil. Steril. 87 (4), 918-922.

4. Winderl LM, Silverman RK. Prenatal diagnosis of congenital imperfore hymen. *Obstet. Gynecol.* 85 (5), 857-860
5. Hendren WH. Urogenital sinus and anorectal malformation: experience with 22 cases. *J Pediatr Surg.* 15 (5) :628-41.
6. Levitt MA, Pena A. Cloacal malformations: lessons learned from 490 cases. *Sem. Ped.Surgery* 19 (2), 128-138
7. Moraloğlu S, Bosnalı O, Celayir AC, Şahin C. Pararethral Skene's cyst in a newborn. *Urology Annals.* 5 (3), 204-205
8. Merritt DF, Kizer NT. (2011) Neoplasm and adolescent Screening for Human Papilloma Virus. In Kliegman RM, Stanton BF, Geme JWS, Schor NF, Behrman RE.(Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (19th ed.,pp.1870-1874). Philadelphia: Elsevier
9. Frederick J, Rescorla MD. Pediatric germ cell tumors. *Sem. İn ped Surgery.* 21 (1), 51-60
10. Dasgupta R, Fuchs J, Rodeberg D. Rhabdomyosarcoma. *Sem.in Ped.Surgery* .25 (5), 276-283
11. Kadayıfçı O. Ürünsak İF, Demir SC. (2007) Adölesan Jinekolojisi. Erkut Attar, Barış Ata (Ed), *Gomel'in Jinekolojisi* (591-604). İstanbul: Nobel Kitabevi
12. Billmire DF. Malignant germ cell tumors in childhood. *Sem. İn Ped. Surgery.* 15 (1), 30-36.