

Bölüm 71

OVERİN BENİGN HASTALIKLARI

Ceren GÖLBAŞI¹

GİRİŞ

Benign over tümörleri, tüm over tümörlerinin yaklaşık %90'ını oluşturur. 20 yaş altında görülen ovaryan kitlelerin yaklaşık %64 ü non -neoplastiktir. Reprodüktif dönemde %5-10 olan malign over tümörü sıklığı postmenapozal dönemde %45' e kadar yükselmektedir (1). Reprodüktif dönemde görülen benign over tümörlerinin çoğu izlem sırasında kendiliğinden kaybolabilen fonksiyonel kistlerdir veya benign kistik neoplastik oluşumlardır. Overin benign tümörleri sıklıkla kistik yapıdadır ancak solid ve semisolid olabilirler. Overin benign hastalıkları Tablo 1 'de gruplandırılmıştır.

A. NON-NEOPLASTİK KİSTLER

1. Fonksiyonel Over Kistleri

Sadece üreme çağında görülen bu kistler ovulasyona bağlı gelişirler, neoplazm değildirler ve sık-

lıkla 1-3 ay içerisinde kendiliğinden kaybolurlar. Bu nedenle fonksiyonel kistler olarak adlandırılırlar. Genellikle overin normal fizyolojik uyarılara artmış sensitivitesi neticesinde gelişen bu kistler ovulasyon öncesinde oluşurlarsa folikül kisti; ovulasyon sonrasında oluşurlarsa korpus luteum kisti olarak isimlendirilir. 3 cm den büyük olan her folikül patolojik olarak değerlendirilir. Fonksiyonel kist kavramına folikül kistleri, korpus luteum kistleri, teka lutein kistleri, gebelik luteomasi dahildir. Oral kontraseptiflerin fonksiyonel kistlerin gelişimini önlemede rolü vardır. Koruyucu etkide oral kontraseptifin monofazik ya da multifazik olmasının önemi yoktur. Ancak oluşmuş kistlerin rezolusyonunda hızlandırıcı bir etkilerinin olmadığı düşünülmektedir. Yapılan bir metaanaliz sonucuna göre oral kontraseptiflerin kistin boyutunu küçültmede faydası olmadığı, 2-3 aylık izlemden sonra sebat eden kistler için cerrahi değerlendirmenin uygun olduğu kanısına varılmıştır (2).

Tablo 1: Overin benign hastalıkları

Neoplastik

- Epitelyal
 - Seröz kistadenom
 - Müsinöz kistadenom
- Germ hücreli
 - Solid Matür teratom
 - Matür kistik teratom
 - Monodermal teratomlar (Struma ovarii, Karsinoid)
- Seks kord stromal
 - Tekoma
 - Fibroma

Non -neoplastik

- Fonksiyonel kistler
 - Folikül kisti
 - Korpus luteum kisti
 - Teka lutein kisti
- Paraovarian kistler
- Polikistik over hastalığı
- Endometriozis
- Enfeksiyonlar
 - Tuboovarian abse

¹ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı, SBÜ Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzmir, cerengolbasi@gmail.com

litsal bir hastalıktır. Over fibromu için en yaygın tedavi tek taraflı salpingo-oforektomidir. Overin korunmasını isteyen kadınlar için, fibrom dokusunun tamamen eksizyonu ile kistektomi de yapılabilir. Hastaların yaklaşık %1'inde fibrosarkoma malign transformasyon görülebilir. Eksizyon sonrası fibromların prognozu herhangi bir benign tümör gibidir.

Tekoma: Solid ,fibromatoz yapıda neoplazmalardır ve genellikle benignidir. Overin stromasından kaynaklanır ve teka hücrelerinden oluşurlar (61). Tekomalar genelde tek overde sınırlıdır. Genellikle 60'lı yaşlardaki postmenapozal kadınlarda görülür 30 yaşından önce nadiren oluşur. Histolojik olarak öncelikle teka hücrelerinden oluşur, fakat aynı zamanda granuloza hücre bileşenleri de içerebilirler (62). Neredeyse tamamı benign karakterdedir. Hastalar anormal vajinal kanama ve pelvik kitle ile başvurabilirler. Tekomalar östrojen üretebilirler bu nedenle vajinal kanamaya yol açabilirler, endometrial karsinomla başvuran hastalarda beraberinde tekoma da izlenebilir. Endometrial hiperplazi ve karsinom, sırasıyla vakaların yaklaşık % 15 ila 25'inde mevcuttur (63). Asit görülmesi nadirdir. Ultrason genellikle spesifik olmayan bir over kitlesini gösterir. Biriken lipidlerden dolayı sarı renkli görünürler ve 40 cm'ye kadar çok büyük boyutta olabilirler.

Klimakterik dönemde veya postmenapozal kadınlarda görülen tekomaların tedavisinde, bilateral salpingo-ooforektomi ile birlikte total abdominal histerektomi (TAH+BSO) yapılması önerilir. TAH+BSO, senkronize bir endometrial malignitenin muhtemel varlığının yanı sıra uterusun malign mikst müllerian neoplazmaları, endometrial stromal sarkom ve overin fibrosarkomunun varlığı düşünülerek önerilmektedir. Tek taraflı ooforektomi genç kadınlarda fertilitenin korunması veya ekzojen hormon replasmanından kaçınılması istendiğinde bir seçenektir (64). Hastaların senkronize endometrial malignite varlığını dışlamak için preoperatif veya intraoperatif endometrial örnekleme mutlaka olmalıdır.

SONUÇ

Over kaynaklı kitlelere jinekoloji pratiğinde oldukça sık rastlanmaktadır. Takip ve tedavilerinin uygun biçimde yapılabilmesi için başta benign

malign ayrımı olmak üzere karakteristikleri ve yönetiminin çok iyi bilinmesi gereklidir. Genel olarak bakıldığında overlerin büyümesine neden olan her türlü patoloji over tümörü olarak değerlendirilmektedir. Ancak overlerin büyümesine yol açan her patoloji her zaman neoplazm değildir. Fonksiyonel kistler, enfeksiyonlar, endometriozis veya ektopik gebelik gibi patolojiler de overi büyüten hastalıklardır. Benign karakterli ovarian hastalıklarda ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve transvajinal –transabdominal ultrason bir arada kullanılarak hastanın tanısı yüksek güvenilirlik ile konulabilmektedir. Hastaların yaşı ve reproduktif dönemde olması overin benign hastalıklarının yönetiminde önemlidir.

Anahtar Kelimeler: adneksiyal kitleler, benign neoplazma, over kisti, ultrason

KAYNAKÇA

1. Borgfeldt C, Andolf E. Transvaginal sonographic ovarian findings in a random sample of women 25-40 years old. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999; 13:345.
2. Castillo G, Alcázar JL, Jurado M. Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women. *Gynecol Oncol* 2004; 92:965.
3. Pavlik EJ, Ueland FR, Miller RW, et al. Frequency and disposition of ovarian abnormalities followed with serial transvaginal ultrasonography. *Obstet Gynecol* 2013; 122:210.
4. Guerriero S, Alcazar JL, Ajossa S, et al. Comparison of conventional color Doppler imaging and power doppler imaging for the diagnosis of ovarian cancer: results of a European study. *Gynecol Oncol* 2001; 83:299.
5. You W, Dainty LA, Rose GS, et al. Gynecologic malignancies in women aged less than 25 years. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1405.
6. Oltmann SC, Garcia N, Barber R, et al. Can we preoperatively risk stratify ovarian masses for malignancy? *J Pediatr Surg* 2010; 45:130.
7. Cass DL, Hawkins E, Brandt ML, et al. Surgery for ovarian masses in infants, children, and adolescents: 102 consecutive patients treated in a 15-year period. *J Pediatr Surg* 2001; 36:693.
8. Brown MF, Hebra A, McGeehin K, Ross AJ 3rd. Ovarian masses in children: a review of 91 cases of malignant and benign masses. *J Pediatr Surg* 1993; 28:930.
9. Hassan E, Creatas G, Deligeorgiou E, Michalas S. Ovarian tumors during childhood and adolescence. A clinicopathological study. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999; 20:124.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Management of adnexal masses. *Obstet Gynecol* 2007; 110:201.
11. National Cancer Enstitute (2016), Surveillance Epidemiology and Result program 2016, (15.08.2016 tarihinde

- <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html> adresinden ulaşılmıştır).
12. Clement PB. Tumor-like lesions of the ovary associated with pregnancy. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12:108.
 13. Dahl SK, Thomas MA, Williams DB, Robins JC. Maternal virilization due to luteoma associated with delayed lactation. *Fertil Steril* 2008;90(5):2006.e17-9.
 14. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:100.
 15. Serden SP, Brooks PG. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. *J Reprod Med* 1991; 36:697.
 16. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril* 2011; 95:2204.
 17. Lee NC, Dicker RC, Rubin GL et al. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:283-7
 18. Reinhold C¹, Tafazoli F, Mehio A et al. Uterine adenomyosis: endovaginal US and MR imaging features with histopathologic correlation. *Radiographics* 19: S147-60, 1999
 19. Marjoribanks J¹, Proctor ML, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 4: CD001751, 2003
 20. Zaloudek C, Hendrickson M. Mesenchymal tumors of the uterus. In: Kurman RJ (eds): *Blaustein's Pathology of The Female Genital Tract*. New York: Springer, 2002; p577
 21. Engel G, Rushovic AM. True uterine diverticulum. A partial müllerian duct duplication? *Arch Pathol Lab Med* 108(9):737, 1984
 22. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C, et al. Diagnosis and management of adnexal masses. *Am Fam Physician* 2009; 80:815.
 23. Ness RB, Cramer DW, Goodman MT, et al. Infertility, fertility drugs, and ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol* 2002; 155:217.
 24. Bristow RE, Karlan BY. Ovulation induction, infertility, and ovarian cancer risk. *Fertil Steril* 1996; 66:499.
 25. Kashyap S, Moher D, Fung MF, Rosenwaks Z. Assisted reproductive technology and the incidence of ovarian cancer: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2004; 103:785.
 26. Brinton LA, Lamb EJ, Moghissi KS, et al. Ovarian cancer risk after the use of ovulation-stimulating drugs. *Obstet Gynecol* 2004; 103:1194.
 27. Brinton LA, Lamb EJ, Moghissi KS, et al. Ovarian cancer risk associated with varying causes of infertility. *Fertil Steril* 2004; 82:405.
 28. Benedet JL, White GW. Malignant tumors of fallopian tube. In: Coppleston M. (ed): *Gynecologic Oncology*. Churchill Livingstone, London. 1981; 6
 29. SINHA AC. Hydrops tubae profluens as a presenting symptom in primary carcinoma of the fallopian tube: report of two cases and review of literature. *Br Med J* 1959; 2:996.21-629
 30. Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, et al. (February 2006) Management of Adnexal Mass. Evidence Report/Technology Assessment No.130 (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0025). AHRQ Publication No. 06-E004, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
 31. Spencer JA, Ghattamaneni S. MR imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass. *Radiology* 2010; 256:677.
 32. Sanfilippo JS, Rock JA. (2015). Surgery for benign disease of the ovary. In: *TeLinde's Operative Gynecology*, 11th ed., Jones HW, Rock JA (Eds), Wolters Kluwer
 33. Schrager J, Robles G, Platz T. Isolated fallopian tube torsion: a rare entity in a premenarcheal female. *Am Surg* 2012; 78:118.
 34. Casey RK, Damle LF, Gomez-Lobo V. Isolated fallopian tube torsion in pediatric and adolescent females: a retrospective review of 15 cases at a single institution. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013; 26:189.
 35. Muolokwu E, Sanchez J, Bercaw JL, et al. The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population. *J Pediatr Surg* 2011; 46:2161.
 36. Said MR, Bamigboye V. Twisted paraovarian cyst in a young girl. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28:549.
 37. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:711.
 38. Kim JH, Lee SM, Lee JH, et al. Successful conservative management of ruptured ovarian cysts with hemoperitoneum in healthy women. *PLoS One* 2014; 9:e91171.
 39. Yian MT, Chen HJ, Chu TY, Yin CS. Postcoital hemoperitoneum without identifiable bleeding source: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1996; 58:291.
 40. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:667.
 41. Pedowitz P, Bloomfield Rd. Ruptured Adnexal Abscess (Tuboovarian) With Generalized Peritonitis. *Am J Obstet Gynecol* 1964; 88:721.
 42. Vermeeren J, Te Linde RW. Intraabdominal Rupture Of Pelvic Abscesses. *Am J Obstet Gynecol* 1954; 68:402.
 43. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64:681.
 44. Paik CK, Waetjen LE, Xing G, et al. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol* 2006; 107:611.
 45. Heintz AP, Odicino F, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the ovary. *J Epidemiol Biostat* 2001; 6:107.
 46. Banks E. The epidemiology of ovarian cancer. *Methods Mol Med* 2001; 39:3.
 47. Lee K, Tavassoli FA, Prat J, et al. (2003). Tumors of the ovary and peritoneum. In: *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs* (p.117), IARC Press, Lyon, France.
 48. Karseladze AI. [WHO histological classification of ovarian tumors. Geneva, 1999 (R.E.Scully, L.H.Sobin)]. *Arkh Patol* 2005; Suppl:1.
 49. Cannistra SA. Cancer of the ovary. *N Engl J Med* 2004; 351:2519.
 50. Webb MJ, Decker DG, Mussey E, Williams TJ. Factor influencing survival in Stage I ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116:222.

51. Sainz de la Cuesta R, Goff BA, Fuller AF Jr, et al. Prognostic importance of intraoperative rupture of malignant ovarian epithelial neoplasms. *Obstet Gynecol* 1994; 84:1.
52. Buys SS, Partridge E, Greene MH, et al. Ovarian cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: findings from the initial screen of a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:1630.
53. Barnholtz-Sloan JS, Schwartz AG, Qureshi F, et al. Ovarian cancer: changes in patterns at diagnosis and relative survival over the last three decades. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1120.
54. Tobacman JK, Greene MH, Tucker MA, et al. Intra-abdominal carcinomatosis after prophylactic oophorectomy in ovarian-cancer-prone families. *Lancet* 1982; 2:795.
55. Kurman RJ, Visvanathan K, Roden R, et al. Early detection and treatment of ovarian cancer: shifting from early stage to minimal volume of disease based on a new model of carcinogenesis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:351.
56. Kerlikowske K, Brown JS, Grady DG. Should women with familial ovarian cancer undergo prophylactic oophorectomy? *Obstet Gynecol* 1992; 80:700.
57. Weitzel JN, Lagos VI, Cullinane CA, et al. Limited family structure and BRCA gene mutation status in single cases of breast cancer. *JAMA* 2007; 297:2587.
58. Kang S, Kim TJ, Nam BH, et al. Preoperative serum CA-125 levels and risk of suboptimal cytoreduction in ovarian cancer: a meta-analysis. *J Surg Oncol* 2010; 101:13.