

Bölüm 4

ADNEKSİYAL KİTLELERE YAKLAŞIM

Merve ALDIKAÇTIOĞLU TALMAÇ¹

Adneksiyal kitle (yani, over, fallop tüpü veya çevresindeki bağ dokuların solid veya kistik kitlesi) yaygın bir jinekolojik problemdir. Adneksiyal kitleler her yaşta kadında bulunabilir ve birçok etiyolojiye sahiptir. Bunlar Tablo 1’de gösterilmiştir (1).

	Jinekolojik Over	Jinekolojik Tubal	Jinekolojik Ekstraovaryen/ Ekstratubal	Non-jinekolojik
Benign	Fonksiyonel kist Korpus luteum kisti Gebelik luteoması Teka lutein kisti Polikistik over Endometrioma Kistadenom Germ hücreli tümörler (benign; örneğin teratom) Seks-kord stromal tümör (benign)	Ektopik gebelik Hidrosalpenks	Paraovaryen kist Paratubal kist Uterin leiomyom Tuba ovaryen apse	Konstipasyon Apendiks apsesi Divertikül apsesi Pelvik apse Mesane divertikülü Üreteral divertikül Pelvik böbrek Peritoneal kist Sinir kılıfı tümörü
Malign/ Borderline	Epitelyal karsinom Epitelyal borderline tümör Malign over germ hücreli tümör Malign sex-kord stromal tümör	Epitelyal karsinom Seröz tubal intraepitelyal neoplazi	Metastatik endometriyal kanser Kistadenokarsinom	Apendiks tümörü Barsak tümörü Metastaz Retroperitoneal sarkom

¹ Uzm. Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, drmrve@hotmail.com

Over kitleleri en sık görülen adneksiyal kitle türüdür ve premenopozal hastaların yaklaşık yüzde 8 ila 35’inde ve postmenopozal hastaların yüzde 3 ila 17’sinde tanımlanır (2). Adneksiyal kitlesi olan hastalar asemptomatik olabilir ya da pelvik ağrı veya basınç hissi, abdominal dolgunluk, gastrointestinal rahatsızlık, sık idrara çıkma, dismenore, disparoni, ateş, anormal uterin kanama gibi semptomlardan bir veya daha fazlasıyla da başvurabilir. Semptomların sıklığı, incelenen kitle ve popülasyonun etiyojisine bağlı olarak büyük ölçüde değişir (3).

Adneksiyal kitle ile başvuran hastalarda tıbbi özgeçmiş alınmalı (son adet tarihi, ağrının karakteristiği, ateş varlığı, cinsel ilişki öyküsü, infertilite öyküsü, over kanseri risk faktörleri varlığı gibi), pelvik muayene ve ultrasonografi yapılmalıdır. Pelvik muayenede kitlenin boyutu, kıvamı ve hareketliliği değerlendirilir. Temel laboratuvar değerlendirmesi, hamilelik testi ve tam kan sayımını içerir.

Bir adneksiyal kitlenin etiyojisine ilişkin olası bir tanı genellikle kitlenin klasik sonografik görünümüne ve bazı klinik bulgulara dayanılarak koyulabilir. Bu bulgulara örnek olarak hasta yaşı, menopoz durumu, ağrının keskinliği ve şiddeti, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları (örn. pozitif gebelik testi, lökositoz), epitelyal yumurtalık kanseri ile ilişkili risk faktörleri varlığı, overe metastaz yapabilecek malignite öyküsü varlığı sayılabilir.

Yönetim

Acil müdahale gerektiren adneksiyal kitleler; ektopik gebelik, adneksiyal torsiyon, tuboovaryen apse ve rüptüre veya hemorajik over kistleridir. Bir kitlenin malignite şüphesi içerip içermediği de bir diğer önemli konudur. Adneksiyal bir kitlenin malignite riskini tanımlamak için evrensel olarak kabul edilmiş bir sınıflandırma sisteminin olmadığını vurgulamak önemlidir. Bu nedenle, malignite şüphesi varsa veya malignite risk derecesi konusunda belirsizlik varsa, bir jinekolojik sonografi uzmanı ile tekrar ultrason muayenesi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile ek görüntüleme ve/veya bir jinekolojik onkolog ile konsültasyon yapılmalıdır. Sonografik bulguların raporlanmasını standart hale getirmek ve adneksiyal bir kitlenin malignite riskini açıklamak için yeni ortaya çıkan bir sınıflandırma sistemi, umut verici olan ancak henüz çok yaygın kullanımı olmayan Amerikan Radyoloji Topluluğu (ACR) Over-Adneksiyal Raporlama ve Veri Sistemidir (O-RADS) (Tablo 2) (4, 5).

Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları III

O-RADS Skoru	Tanım Pre-menopoz		Yönetim		Risk Kategorisi (IOTA Model)
			Post- menopoz		
0	Tamamlanmamış değerlendirme		Tekrar değerlendirme		Tamamlanmamış değerlendirme
1	3 cm ≥ basit folikül kisti Korpus luteum 3 cm ≥		Hiçbirşey	Veri mevcut değil	Normal Over
2	Basit kist	3 cm ≥	Veri mevcut değil	Hiçbirşey	Büyük ihtimalle benign (%1>)
		3 -5 cm	Hiçbirşey	1 yıla kadar takip et*	
		5 cm < fakat 10 cm >	8-12 hafta takip et		
	Klasik benign lezyon	Tanımlara bakınız¶	Tanımlara göre yönetiniz		
Basit olmayan uniloküle kist, sınırları düzenli	3 cm ≥	Hiçbirşey	Hiçbirşey	1 yıla kadar takip et Endişeliysen jinekolojik ultason uzmanına danış veya MRG iste	
				3 cm < fakat 10 cm >	8-12 hafta takip et Endişeliysen jinekolojik ultason uzmanına danış
3	Uniloküle kist 10 cm ≤ (basit ya da basit değil)		Jinekolojik ultason uzmanına danış veya MRG iste Jinekolog tarafından yönetilir		Malignite riski düşük (%1-10)
	Tipik dermoid kist, endometrioma, hemorajik kist 10 cm ≤				
	Uniloküle kist (herhangi bir boyutta) cidarı düzensiz duvarı 3 mm >				
	Multiloküle kist 10 cm >, cidarı düzenli, doppler skoru=1-3				
	Solid tümör, herhangi bir boyut, doppler skoru=1				

Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları III

4	Multiloküle kist, solid komponenti yok	10 cm≤ Cidarı düzgün, doppler skoru=1-3	Jinekolojik ultason uzmanına danış veya MRG iste	Orta risk (%10-50)
		Herhangi bir boyut, cidarı düzgün, doppler skoru=4		
		Herhangi bir boyut, cidarı düzensiz, ve/ veya düzensiz septa, herhangi bir doppler skoru		
	Uniloküle kist, solid komponenti var	Herhangi bir boyut, 0-3 arası papiller projeksiyonlar, herhangi bir doppler skoru		
	Multiloküle kist, solid komponenti var	Herhangi bir boyut, doppler skoru=1-2		
	Solid	Düzgün, herhangi bir boyut, doppler skoru=2-3		
5	Uniloküle kist, herhangi bir boyut, 4≤ papiller projeksiyon varlığı, herhangi bir doppler skoru		Jinekolog onkolog tarafından yönetilir	Yüksek risk (% 50≤)
	Solid komponenti olan multiloküle kist, herhangi bir boyut, doppler skoru=3-4			
	Solid düzgün, herhangi bir boyutta, doppler skoru=4			
	Solid düzensiz, herhangi bir boyutta, herhangi bir doppler skoru			
	Asit ve/veya peritoneal nodül varlığı			

*Stabil ise en az 1 yıllık takipte stabilite veya küçülme gözlenirse 5 yıla kadar yıllık takip önerilir. Bununla birlikte, sürveyans için optimal süreyi veya zamanlama aralığını tanımlamak için şu anda çok az kanıt bulunmaktadır.

¶Tipik hemorajik kist, tipik dermoid kist <10 cm, tipik endometrioma <10 cm, basit paraovaryan kist (her boyutta), tipik peritoneal inklüzyon kisti (her boyutta) ve tipik hidrosalpinksisi (her boyutta) içerir.

Adneksiyal kitle ayırıcı tanısında tümör markerları ve multimodal testler de kullanılmaktadır. Kanseri antijeni 125 (CA 125), epitelyal over kanserinden şüphelenilen adneksiyal kitleleri olan hastalarda değerlendirilen en yaygın tümör belirteçidir. İnsan epididim proteini 4 (HE4), karsinoembriyonik antijen (CEA) ve kanseri antijeni 19-9 (CA-19-9) istenebilen diğer serum tümör belirteçleridir (6). Östrojen fazlalığı (örneğin, anormal uterin kanama) veya androjen fazlalığı (örneğin, virilizasyon) semptom veya bulguları ile başvuran adneksiyal kitlesi olan hastalarda germ hücreli tümör veya seks kord-stromal tümör olabilir. Multimodal testlere örnek olarak ROMA, RMI, OVA-1 verilebilir (7).

Çoğu hasta için adneksiyal kitlenin teşhisi ultrasonla konur. Ultrasonda belirsiz özelliklere sahip kitleler veya optimal olmayan görüntüler için, MRG veya bir jinekolojik ultrason uzmanına sevk ile kitlenin daha fazla karakterizasyonu sağlanabilir (4). Bilgisayarlı tomografi (BT) veya MRG, yumurtalık kanserinden şüphelenilen hastaların non-invaziv evrelemesinin bir parçası olarak kullanılabilir. Over, fallop tüpü veya periton kanserinden şüphelenilen kitleler için bir jinekolojik onkoloğa sevk edilmesi önerilmektedir (8-10).

Görüntüleme yüksek riskli adneksiyal kitlesi olan (O-RADS 5) pre- veya post-menopoz dönemindeki hastalarda, tanı ve tedavi için sıklıkla ameliyat gerekir. Daha az invaziv çalışmalar (örneğin, parasentez, torasentez, omental, plevral veya lenf nodu biyopsileri) maligniteyi doğrulamak için, özellikle ileri hastalıkla ilgili görüntüleme olan yaşlı hastalarda, bazen cerrahi yerine yapılıır. Bununla birlikte, kitlenin kesilmesi veya yırtılması malign hücrelerin peritona dökülmesine ve daha ileri bir hastalık aşamasına yol açabileceğinden, overden girişimsel radyoloji aracılığıyla biyopsi genellikle önerilmez (11).

Sonuç olarak adneksiyal kitleleri değerlendirirken üç önemli parametreye bakılır; kitlenin orijini, ultrasonografik parametreler ve tümör belirteçleri. Tüm bunlar değerlendirilirken hastanın yaşı ve menopozal durumu karar vermedeki en önemli iki unsurdur. Genellikle TVUSG yeterli olmakla birlikte ayırım yapılamadığı durumlarda ek görüntüleme yöntemlerine (BT,MRG gibi) başvurulmalıdır (12).

KAYNAKLAR

1. Rauh-Hain JA, Melamed A, Buskwofie A, Schorge JO. Adnexal mass in the postmenopausal patient. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(1):53-65.
2. Pavlik EJ, Ueland FR, Miller RW, Ubellacker JM, DeSimone CP, Elder J, et al. Frequency and disposition of ovarian abnormalities followed with serial transvaginal ultrasonography. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):210-7.
3. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C, Reddy A, Maness DL. Diagnosis and management of adnexal masses. *Am Fam Physician.* 2009;80(8):815-20.
4. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, Froyman W, Benacerraf BR, Bennett GL, et al. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology.* 2020;294(1):168-85.
5. Timmerman D, Van Calster B, Testa A, Savelli L, Fischerova D, Froyman W, et al. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis group. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(4):424-37.
6. Bonifácio VDB. Ovarian Cancer Biomarkers: Moving Forward in Early Detection. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1219:355-63.
7. Dochez V, Caillon H, Vaucel E, Dimet J, Winer N, Ducarme G. Biomarkers and algorithms for diagnosis of ovarian cancer: CA125, HE4, RMI and ROMA, a review. *J Ovarian Res.* 2019;12(1):28.
8. Engelen MJ, Kos HE, Willemse PH, Aalders JG, de Vries EG, Schaapveld M, et al. Surgery by consultant gynecologic oncologists improves survival in patients with ovarian carcinoma. *Cancer.* 2006;106(3):589-98.
9. Chan JK, Kapp DS, Shin JY, Husain A, Teng NN, Berek JS, et al. Influence of the gynecologic oncologist on the survival of ovarian cancer patients. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1342-50.
10. Committee Opinion No. 477: the role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):742-6.
11. Griffin N, Grant LA, Freeman SJ, Jimenez-Linan M, Berman LH, Earl H, et al. Image-guided biopsy in patients with suspected ovarian carcinoma: a safe and effective technique? *Eur Radiol.* 2009;19(1):230-5.
12. Biggs WS, Marks ST. Diagnosis and Management of Adnexal Masses. *Am Fam Physician.* 2016;93(8):676-81.