

BÖLÜM 35

BENİNG ADNEKSİYAL KİTLELERDE TANI VE TEDAVİ

Çağatayhan ÖZTÜRK¹

Giriş

Adneks, uterusun her iki yanında tuba uterinalar, overler ve ligamentum latum tarafından oluşturulan alanı tanımlar. Adneksiyal kitle; over, fallop tüpü ve çevre bağ dokularından (lig. latum) kaynaklanan kitleler olarak tanımlanır ve yaygın bir jinekolojik sorundur Amerika Birleşik Devletleri'nde, ovaryen neoplazm sebebiyle yaşam boyu opere olma riski %5-10 olarak tahmin edilmektedir (1). Anatomik olarak adneksiyal kitlelerin çoğu over veya fallop tüpünden kaynaklanır. Bununla birlikte, diğer jinekolojik yapılar, mesovarium veya mezosalpinks (örneğin; paratubal kistler) dahil olmak üzere adneksiyal bir kitleye neden olabilir. Uterin leiomyomlar, adneksa doğru çıkıntı yapabilir ve bir adneksiyal kitle olarak değerlendirilebilir. Ek olarak, jinekolojik olmayan sebeplerle, üriner sistemdeki (örn.; mesane divertikülü), gastrointestinal sistemdeki (örn.; apendiks apsesi, divertiküler apse, bağırsak neoplazmı) ve pelvik bağ dokusundaki (örn.; periton kisti, sinir kılıfı tümörü) kitleler yakın anatomik komşuluk sebebiyle adneksiyal kitle olarak değerlendirilebilir (2). Adneksiyal kitle türleri tabloda gösterilmiştir (tablo 1).

Semptomlar

Adneksiyal kitlesi olan kadınların çoğu asemptomatiktir. Semptomların lokalizasyonu, süresi, ek faktörlere bağlı oluşu (koitus, menstruasyon vs.) ayırıcı tanının yapılmasında faydalıdır. Pelvik ağrı ve bası hissi, en sık görülen semptomdur. Bazı hastalarda hormonal olarak aktif olan adneksiyal kitleye bağlı olarak anormal uterin kanama saptanabilmektedir. İleri evre ovaryen malignitesi olan hastalarda asit ve büyümüş kitle kaynaklı abdominal çevre artışı, erken doygunluk, bulantı ve kusma saptanabilmektedir. Metastaz yapmış kitlelerde ise ilgili organa ait semptomlar saptanabilmektedir. Endometriomasi olan bir hastada dismenore ve disparoni sık görülmekte, adneksiyal kitlesi olan üreme çağındaki bir kadında vajinal kanama var ise ektopik gebelik açısından değerlendirilmesi gerekmekte, ateşi olan ve vajinal akıntı öyküsü olan bir hastada tubo-ovaryen apse düşünülmeli, infertilite şikayeti ile başvuran ve adneksiyal kitlesi olan hastalarda endometrioma ve hidrosalpenks düşünülmelidir (3).

Adneksiyal kitleyi düşündüren semptomları olan hastalarda, kitleyi saptamak için muayene ve görüntüleme yapmak gerekir.

¹ Uzm. Dr. Çağatayhan ÖZTÜRK, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Jinekolojik Onkoloji Bölümü sevtaponcul@gmail.com



sık üreme çağındaki hastalarda bulunur ve tipik olarak üst genital sistem enfeksiyonundan kaynaklanır. TOA genellikle pelvik inflamatuvar hastalığın (PIH) bir komplikasyonudur. Ancak, bazen divertikülit ve pelvik malignitelerden de kaynaklanabilir. TOA'lı hastada tek taraflı veya bilateral adneksiyal kitle ile birlikte abdominopelvik ağrı, ateş, pürülan servikal akıntı ve servikal hareket ile hassasiyet TOA tanısını düşündürür. Tanı için görüntüleme ultrason kullanılır. Tek taraflı veya bilateral multiple septasyonlar içeren, hava-sıvı seviyesi veren kistik kitleler saptanabilir. Normal adneksiyal anatomi bozulmuştur. Tanı koymanın zorlaştığı bozulmuş anatomi varlığında BT'nin duyarlılığı oldukça yüksektir. Tedavisinde geniş spektrumlu antibiyotikler, analjezikler ve antipiretikler kullanılır. Eğer kitle 8 cm'den büyük, izole ise peruktan drenaj ve antibiyoterapi önerilmektedir. Rüptür veya konservatif tedavilere dirençli olgularda cerrahi (histerektomi ve apse odağının çıkarılması) gerekebilmektedir (31).

Adneksiyal Kitle Komplikasyonları

Hemorajik Over Kisti

Over kistleri hemorajik hale gelebilir. genellikle asemptomatiktirler, nadiren şiddetli pelvik ağrı ile semptom verebilir. Hasta stabil ve kanama devam etmiyorsa takip/izlem ile yönetilebilir. Ultrasonda tipik görüntüsü örümcek ağı şeklinde olan internal ekojenite içermesidir (Resim-1). Antikoagulan kullanan hastalar risk altındadır.

Rüptüre Over Kisti

Over kistleri rüptüre olabilir. Ani başlangıçlı şiddetli pelvik ağrı ile semptom verir. Genellikle koitus sonrası luteal fazda rüptür sıklığı daha fazladır. Çoğu takip/izlem ile regrese olur nadiren cerrahi tedavi gerekmektedir.

Over Torsiyonu

Over torsiyonu tubanın normalden daha uzun ve esnek olması sebebiyle veya ovaryen bir kist sebebiyle over ve tubanın kendi etrafında dönmesi ile gelişir. Primer risk faktörü 5-10 cm boyutla-

rında ovaryen kitlenin bulunmasıdır, bir başka risk faktörü ise gebeliktir, özellikle 2. Trimesterde hızlı büyüyen uterus sebebiyle daha sık görülür. Anormal doppler akımı yüksek prediktif değere sahipken, akımın normal oluşu tanıyı dışlamaz. Sigmoid kolonun solda dönüşü engellemesi sebebiyle over torsiyonu daha çok sağda overde görülmektedir. Tedavisinde overin ve tubanın ciddi nekroz gelişmedi ise detorsiyonu ve kistin çıkarılması önerilmektedir (32).

Sonuçlar ve Öneriler

Adneksiyal kitlelerin birçok sebebi mevcuttur. Tedavi yaklaşımının belirlenebilmesi için uygun tanının konulması şarttır. Acil cerrahi uygulanacak hastalar net ayırt edilmelidir. Tanı koymada ultrasonun diğer görüntüleme yöntemlerine (MR, BT) göre üstünlüğü barızdır. Kesin benign veya malign ayrımı net olarak her zaman yapılamadığından belli başlı ultrason özellikleri (solid içerik, nodül ve papiller yapılar içermesi, multikistik, kalın septalı olma ve anormal kan akımı varlığı...) dikkate alınmalı, cerrahi yaklaşım seçilecek hastalarda belli yönergelerin ve kılavuzların takibi ve klinisyenin kendi tecrübesine ve gözlemlerine göre hareket etmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. Gynecol Oncol. 1994 Dec;55(3 Pt 2):S4-14. doi: 10. 1006/gyno. 1994. 1333.
2. Rauh-Hain JA, Melamed A, Buskwofie A, Schorge JO. Adnexal mass in the postmenopausal patient. Clin Obstet Gynecol. 2015 Mar;58(1):53-65. doi: 10. 1097/GRE. 0000000000000085.
3. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C, Reddy A, Maness DL. Diagnosis and management of adnexal masses. Am Fam Physician. 2009 Oct 15;80(8):815-20.
4. Watrowski R, Zeillinger R. Simple laboratory score improves the preoperative diagnosis of adnexal mass. Tumour Biol. 2016 Apr;37(4):4343-9. doi: 10. 1007/s13277-015-4280-7. Epub 2015 Oct 23.
5. Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, Kulasingam SL, Terplan MS, Cline KE, Gray RN, McCrory DC. Management of adnexal mass. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2006 Feb;(130):1-145.
6. Spencer JA, Ghattamaneni S. MR imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass. Radiology. 2010



- Sep;256(3):677-94. doi: 10. 1148/radiol. 10090397.
7. 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 Jul;28(7):930-3. doi: 10. 1016/0022-3468(93)90700-u.
 8. You W, Dainty LA, Rose GS, Krivak T, McHale MT, Olsen CH, Elkas JC. Gynecologic malignancies in women aged less than 25 years. *Obstet Gynecol*. 2005 Jun;105(6):1405-9. doi: 10. 1097/01. AOG. 0000163254. 98217. 91.
 9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Management of adnexal masses. *Obstet Gynecol*. 2007 Jul;110(1):201-14. doi: 10. 1097/01. AOG. 0000263913. 92942. 40.
 10. <http://seer.cancer.gov/> (Accessed on September 07, 2012).
 11. Levine D, Brown DL, Andreotti RF, Benacerraf B, Benson CB, Brewster WR, Coleman B, Depriest P, Doubilet PM, Goldstein SR, Hamper UM, Hecht JL, Horrow M, Hur HC, Marnach M, Patel MD, Platt LD, Puscheck E, Smith-Bindman R. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology*. 2010 Sep;256(3):943-54. doi: 10. 1148/radiol. 10100213.
 12. Sheth S, Fishman EK, Buck JL, Hamper UM, Sanders RC. The variable sonographic appearances of ovarian teratomas: correlation with CT. *AJR Am J Roentgenol*. 1988 Aug;151(2):331-4. doi: 10. 2214/ajr. 151. 2. 331.
 13. Tongsong T, Wanapirak C, Khunamornpong S, Sukpan K. Numerous intracystic floating balls as a sonographic feature of benign cystic teratoma: report of 5 cases. *J Ultrasound Med*. 2006 Dec;25(12):1587-91. doi: 10. 7863/jum. 2006. 25. 12. 1587.
 14. Patel MD. Pitfalls in the sonographic evaluation of adnexal masses. *Ultrasound Q*. 2012 Mar;28(1):29-40. doi: 10. 1097/RUQ. 0b013e31823c22a4.
 15. Brown DL, Doubilet PM, Miller FH, Frates MC, Laing FC, DiSalvo DN, Benson CB, Lerner MH. Benign and malignant ovarian masses: selection of the most discriminating gray-scale and Doppler sonographic features. *Radiology*. 1998 Jul;208(1):103-10. doi: 10. 1148/radiology. 208. 1. 9646799.
 16. Brown DL, Laing FC, Welch WR. Large calcifications in ovaries otherwise normal on ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007 Apr;29(4):438-42. doi: 10. 1002/uog. 3941.
 17. Jacobs I, Bast RC Jr. The CA 125 tumour-associated antigen: a review of the literature. *Hum Reprod*. 1989 Jan;4(1):1-12. doi: 10. 1093/oxfordjournals. humrep. a136832.
 18. Dodge JE, Covens AL, Lacchetti C, Elit LM, Le T, Devries-Aboud M, Fung-Kee-Fung M; Gynecology Cancer Disease Site Group. Preoperative identification of a suspicious adnexal mass: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2012 Jul;126(1):157-66. doi: 10. 1016/j. ygyno. 2012. 03. 048.
 19. Moss EL, Hollingworth J, Reynolds TM. The role of CA125 in clinical practice. *J Clin Pathol*. 2005 Mar;58(3):308-12. doi: 10. 1136/jcp. 2004. 018077.
 20. Bast RC Jr, Klug TL, St John E, Jenison E, Niloff JM, Lazarus H, Berkowitz RS, Leavitt T, Griffiths CT, Parker L, Zurawski VR Jr, Knapp RC. A radioimmunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer. *N Engl J Med*. 1983 Oct 13;309(15):883-7. doi: 10. 1056/NEJM198310133091503.
 21. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990 Oct;97(10):922-9. doi: 10. 1111/j. 1471-0528. 1990. tb02448. x.
 22. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I; International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000 Oct;16(5):500-5. doi: 10. 1046/j. 1469-0705. 2000. 00287. x.
 23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cancer Diagnosis and Management. In: *Guidelines for Women's Health Care*, 4th, 2014. p. 655-656
 24. Jain KA. Sonographic spectrum of hemorrhagic ovarian cysts. *J Ultrasound Med*. 2002 Aug;21(8):879-86. doi: 10. 7863/jum. 2002. 21. 8. 879.
 25. Gómez-Raposo C, Mendiola M, Barriuso J, Casado E, Hardisson D, Redondo A. Angiogenesis and ovarian cancer. *Clin Transl Oncol*. 2009 Sep;11(9):564-71. doi: 10. 1007/s12094-009-0406-y.
 26. Killackey MA, Neuwirth RS. Evaluation and management of the pelvic mass: a review of 540 cases. *Obstet Gynecol*. 1988 Mar;71(3 Pt 1):319-22.
 27. Fielder EP, Guzick DS, Guido R, Kanbour-Shakir A, Krasnow JS. Adhesion formation from release of dermoid contents in the peritoneal cavity and effect of copious lavage: a prospective, randomized, blinded, controlled study in a rabbit model. *Fertil Steril*. 1996 Apr;65(4):852-9. doi: 10. 1016/s0015-0282(16)58225-9.
 28. Chen H, Liu Y, Shen LF, Jiang MJ, Yang ZF, Fang GP. Ovarian thecoma-fibroma groups: clinical and sonographic features with pathological comparison. *J Ovarian Res*. 2016 Nov 22;9(1):81. doi: 10. 1186/s13048-016-0291-2.
 29. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, Ceccaroni M, Venturoli S, Cacciatore B. Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006 Sep;28(3):330-4. doi: 10. 1002/uog. 2829.
 30. Volodarsky-Perel A, Buckett W, Tulandi T. Treatment of hydrosalpinx in relation to IVF outcome: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online*. 2019 Sep;39(3):413-432. doi: 10. 1016/j. rbmo. 2019. 04. 012. Epub 2019 Apr
 31. Kairys N, Roepke C. Tubo-Ovarian Abscess. 2020 Jun 27. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
 32. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. *Ann Emerg Med*. 2001 Aug;38(2):156-9. doi: 10. 1067/mem. 2001. 114303.