

# kadın doğum

## Adneksiyal Kitleler

*Ferit SARAÇOĞLU "*

Adneks; överler, tüpler ve uterusun bağlarından oluşan yapıya verilen isimdir. Adneksiyal patolojilerin çoğunluğu bu yapılardan birinden gelişmekle birlikte, sıklıkla tüm dokuları ve her iki adneksi bir-den tutar.

Adneksiyal kitlelere her yaş grubunda rastlanabilir. Adneksiyal olanlarda saptanan kitleleri temelde iki grupta incelemek gerekir. Bunlar Tablo I'de de görüldüğü gibi jinekolojik kökenli olanlar ve olmayanlar diye ikiye ayrılırlar.

Adneksiyal kitlelerin saptanmasındaki en basit yöntem pelvik muayene (= PM) ve rektal tuşedir. Erken tanı konulması özellikle dış gebelik ve över tümörlerindeki mortalité ve morbiditeyi azaltmak açısından önemlidir. Pelvik organların büyüklükleri, şekilleri, pozisyonları, kıvamları, hareketlilikleri ve hassasiyetleri incelenmelidir. Saptanan bir patoloji varsa tüm detaylarıyla, şekli de çizilerek hastanın dosyasına kaydedilmelidir. Gerekli görülen vakalarda lavman yaptırılarak muayene tekrarı yapılmalı ya da ilave tetkiklere başvurulmalıdır. Adneksiyal kitle saptanan hastalarda genel bir fizik muayenenin de yapılması kaçınılmazdır.

İlave olarak kullanılacak tetkikler arasında baryumlu kolon grafisi, intravenöz pyelegrafi, rektosigmoidoskopi, laparoskopisi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi sayılabilir. GİS şikayetleri ve pelvik kitlesi olan hastalarda rektosigmoidoskopi ve kolon grafisi yapılmalıdır. Üriner yakınma olsun ya da olmasın kitleyle üreterler arasındaki ilişkileri gözleyebilmek için IVP çekilmesi gerekir. Direk kan grafiyi deyse leimyomiara ya da över tümörlerine (Teratomlar) ait kalsifikasyonlar görülebilir.

Laparoskopisi pelvik patolojinin özelliklerini saptamada, kan içi yayılım ya da asiti göstermede yardımcıdır. Bu yöntemin verdiği bir diğer imkansız patolojik ya da sitolojik inceleme için örnek alınabilmesidir. Laparotomi düşünülen hastalarda ise uygulanması lüzumsuzdur.

Ultrasonografik incelenirse son yıllarda yaygınlık kazanmış, oldukça güvenilir bir yöntemdir. Çabuk yapılışı, zararsız oluşu, ektopik ve intrauterin gebelikleri kolayca ayırabilmesi, över patolojilerinde kistlerle, solid yapıları ayırabilmesi, tüm vücut düzlemlerinde kullanılabilmesi gibi pek çok avantajları vardır.

Kompüterize tomografi 2 cm'in üzerindeki tüm lezyonları büyük bir hassasiyetle gösterebilir. Barsakları, üreterleri, pelvis kas ve kemik yapılarının da gösterbildiği için ultrasona göre çok üstün bir yöntemdir. Parametrial ve paraservikal tutulumu gösterebilmekte ve tümörlerin rezeke edilip edilemeyeceğini belirlemede de yardımcı olmaktadır. Ülkemizde kullanımı çok kısıtlı olan bu tetkikin tek kötü yanı hastanın ışın almasıdır.

### NON-NEOPLASİK ÖVER KİTLELERİ

Över sıklık fonksiyon gösteren dinamik bir organdır. Bu nedenle sıklıkla fizyolojik kistler gelişebilir. Ancak övere ait çapı 6 cm'nin üzerindeki tüm kitleler aksi ispatlanmadıkça malign olarak kabul edilmelidir.

Graaf follikülü çatlayamaz ya da gerileyemezse follikül kistlerine, ya da aynı mekanizmayla gelişmeyen kadınlarda corpus luteum kistlerine rastlanabilir. Follikül kistleri genellikle 6 - 8 cm. çapındadır ve adet düzensizliklerine yol açarlar. Palpasyonda yumuşak, mobil ve hafif hassastırlar, içleri saman rengi bir sıvıyla doludur. Genellikle sıvının absorpsiyonuyla ya da kendiliğinden patlayarak gerilirler. Patlama sırasında karın alt kadranda ani bit ağrı hissedilir. Aynı olay pelvik muayene sırasında da olabilir ve hekim kistin kaybolduğunu hisseder. 6 cm. den küçük olan kistler 15 günde bir yapılacak PM ile regresyon tamamlanıncaya kadar izlenir. 6 hafta içinde kiste küçülme olmazsa, ya da büyüme olursa laparotomi yapılması gerekir.

Follikül kistlerinin tedavisinde uygulanan yeni bir yöntemse oral kontraseptif kullanılmasıdır. Orai

\* Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Tablo - 1

**Adneksiyal Kitleler****A— Jinekolojik Kökenliler**

## 1. Non - ncoplastik

## - Ovarian

- a- Fizyolojik Kistler
  - i- Foliiküler
  - ii- Corpus kitem
- b- Teka lutein kisti
- - Gebri \* luteoması
- d- Polikistik över
- e- Endometriozis
- 1- İnflamatuar kistler

## - Ovarian olmayan

- a- Dış gebelik
- b- Konjenital anomali
- c- Embriyoloji!; kalıntı
- d- Tübal kist hidatik
- e- Tüberküloz
- f- Pyosalpinks
- g- Hidrosalpinks

## 2. Neoplastik

## - Ovarian

## ....Ovarian oim ayan

- a- Leiomyom
- b- Paraovarian kist
- c- Endometrial kanser
- d- Tüp kanseri

**B— Jinekolojik Kökenli olmayanlar**

## 1. Nonncoplastik

- a- Appendisiyal abse
- b- Divertikülozis
- c- Barsak ve omentuma ait yapışıklıklar
- d- Peritoneal kistler
- e- Roktosigmoidde feçes
- f- Mesanenin dohi olması
- g- Pelvik böbrek
- h- Urakalkist
- t- Anterior sakral meningosel

## 2. Neoplasia

- a- Carcinoma
  - sigmoid
  - çekum
  - appendiks
  - ....mesane
- b- Retroperitoneal neoplazmlar
- c- Presakral terasımlar

kontraseptifler hipofiz üzerinden etkileyerek gonadotropin seviyesini düşürmekte böylece kistler üzerindeki uyarım azalmakta gerileme çabuklaşmaktadır. Bu nedenle oral kontraseptif kullanan kadınlarda fizyolojik kistlere nadiren rastlanır. Rastlandığındaysa fizyolojik olması daima kuşkuyla karşılanmalıdır.

Corpus kitem kistlerine daha az sıklıkla rastlanır. Kistin büyüklüğü içindeki kanama miktarına bağlıdır. Uzmanış progesteron salınımına bağlı disfonksiyonel kanamalara, nadiren de yırtılarak kann içi kanamalara yol açar. Dış gebelikle ayma tanısını yapmak için ultrasonografik inceleme yapılırsa da, kann içi kanama nedeniyle her ikisinde de laparotomi yapılır.

Teka lutein kistlerine nadiren rastlanır. Genellikle gebelik ve trofoblastik hastalıklarla birlikte dir. Nedeni överlerin HCG etkisi altında luteinize olmasıdır. HCG titrasyonu düştüğünde olay kendiliğinden geriler,

Polikistik över hastalığı genellikle iki taraflıdır. Hastalar genellikle şişman, kınanması, oligomenore; amenoresi olan kadınlardır. FSH etkisiyle pek çok follikülde gelişme başlamakta ancak artmış androjenik etki nedeniyle hiçbiri matür hale gelememektedir. Överler büyük ve serttir.

Endometriozis adneksiyal kitlelerin yaygın nedenlerinden birisidir. Vakaların % 50'sinde over tutulumu vardır. Endometrioma denilen överdeki kistlerin çapı 20 cm. e kadar ulaşabilir. İçlerindeki kanın parçalanmasına bağlı oluşmuş kahverengi koyu kıvamlı sıvı nedeniyle çukulata kisti de denir. Kistler açıldığı ya da sızıntı yaptığında periton iritasyonuna, pelvik organlarda yapışıklıklara neden olurlar. Cul de sac ve sakrouterin ligament üzerinde yerleşen endometriozis odakları hassas nodüler kalınlaşmalar şeklinde ele gelirler. Bu bulgu peritoneal karsinomatozisle kanştırılabilir. Endometriozisli hastalar genellikle 30 - 40 yaşlarında, sosyo ekonomik seviyesi yükseli olan kadınlardır. Şiddeti gittikçe artan sekonder dismenore, sırt ve bel ağnsı, dysparenie, infertilite ve menstureai düzensizlikten yakınrlar. Tedavi laparoskopik evrelendirmeye göre planlanır. Hafif vakalarda analjezikler, prostaglandin inhibitörleri, gestagenler ya da Danazol kullanılır. Şiddetli vakalarda cerrahi tedavi gerekir.

Tübo-ovarian inflamatuvar kitleler genellikle yeterli tedavi edilmemiş ya da tedaviye cevap vermemiş akut/subakut/kronik pelvik inflamasyonları takiben gelişirler. Büyük çoğunluğunda hem aerobik hem de anaerobik mikroorganizmalann katıldığı mikst tipte enfeksiyonlar söz konusudur. Başlıca semptomları kann alt kadransları ve pelviste ağn, üriner yakınmalar, rektal sorunlar, pelvik muayenede adneksiyal sahalarda ya da cul de sac'ta hassasiyet, iyi sınırlandırılmıyan hassas kitleler palpe edilebilir. Nadiren muayene

nede abseler fluktuasyon veren kitleler olarak ele gelebilir. Enfeksiyonun akut döneminde ateş, titreme, lökositoz, ishal, ileus ve peritonit bulguları ortaya çıkar. Toksik tablodaki bu hastaları hastaneye yatırılarak tedavi edilmeleri gerekir. Kontrol altına alınamayan vakaları septik şoktan kaybedilme riski çok yüksektir. Hastaya gerekli kültürler alındıktan sonra derhal hem aerobik hem de anaerobik mikroorganizmalara etkili antibiyotik kombinasyonlarından birine başlanmalı, oral beslenme durdurulmalı, yeterli I.V. elektrolit sıvı tedavisi verilerek vital bulgular, böbrek fonksiyonları yakinen izlenmelidir.

### NON-NEOPLASTİK ve OVER KÖKENLİ OLMAYAN ADNEKSİYAL KİTLELER

Bu grupta yer alan kitle nedenleri arasında sık görülen ve en iyi bilinmesi gereken ektopik gebeliktir. 1/150-200 gebelikte bir görülür ve başlangıçta semptomsuzdur. Ancak rüptür olursa kanamanın şiddetine bağlı olarak şoka kadar giden değişik tablolar ortaya çıkar. Hikâyede genellikle adet gecikmesi, bulantı, göğüslerde hassasiyet, karn alt kadranlarında ağrı ve lekelenme tarzında vajinal kanama vardır. Vakaların sadece % 50'sinde normal gebelik testlerinde (+) bulunur. Pelvik muayenede serviks siyanotik ve yumuşak kıvamdadır. Uterus normalden biraz büyük ve yumuşak bulunabilir. Lateralde genellikle hassas bir kitle ele gelir. Uterus hareketleri oldukça hassastır. Ama rüptür olmuşsa kitle alınmayabilir. Tanıdaki en güvenilir yöntemler ultrasonografi ve laparoskopidir. Ancak kuldosentez yapıldığında pıhtılaşmayan kan çekilen vakalarda her iki yöntemin de uygulanmasına gerek yoktur. Çünkü hastanın vakit kaybetmeksizin laparotomiye alınması gerekir.

Pyosalpinks ve hidrosalpinks tek ya da çift taraflı rastlanılabilir. Pyosalpinks yukarıda tubo ovarian enflamatuvar kitlelerde anlattığımız tabloyu ortaya çıkarır. Ancak biriken pürulan materyal nedeniyle tablo daha şiddetli olabilir. Hidrosalpinksse pyosalpinksin rezolusyonuna ya da ükaly bir tüpte mokoid sekresyonların birikimine bağlıdır. Genellikle semptom vermezler. Nadiren kronik pelvik ağrı, dysparenie, pelviste dolgunluk hissine yol açabilirler.

Müller sisteminin konjenital anomalileri, Wolf sisteminin kalımdan da semptomsuz adneksiyal kitlelerin ayına tamları yapılırken daima hatırdan tutulmalıdır, örneğin bikornuat bir uterus adneksiyal kitle olarak değerlendirilebilir. Kör tilerin hornlarda hematometra gelişimi söz konusu olduğundan hasta şiddetli ağrıdan yakınabilir. Bu durumda ayına tanı için histeroskopi, laparoskopi, laparotomi ya da histerosalpingografi gerekebilir.

### NLOPLASTİK OVER KİTLELERİ

Övere ait tümörlerin benign ya da malign oluşunu

muayene sırasında anlamak güçtür, ancak elimizdeki yardımcı kriterlerle (Tablo 2) bir tahmin yapılabilir.

Üreme çağındaki kadınlarda gelişen tek taraflı, kistik, çapı 6 cm.in altındaki över tümörleri benign karakterli olabileceğinden, gerileme olup olmadığını anlamak için hastalar 6 - 8 hafta gözlenir. Bu süre içerisinde kitle büyüyorsa ya da sürenin sonunda gerileme olmamışsa daha ileri tetkikler gerekmektedir. Çapı 6 em.in üzerindeki solid över tümörlerininse vakit kaybedilmeden araştırılması gerekir.

Menarş öncesi ve menapoz sonrası fizyolojik olarak siklik fonksiyon olmadığından över büyüme-lerine rastlanmaz. Normalde menopoz sonrası överler atrofikdir. Bu överlerde büyüme olduğunda buna postmeno pozal palpabl över sendromu (PMPO) denilir ve daima malign olarak kabul edilmelidir. Her iki yaş grubunda da över büyümeleri acil tetkiki gerektirir.

Över tümörleri genellikle geç semptom verirler. Semptomları tümörün büyüme hızı, büyüklüğü ve pelvis içindeki pozisyonuyla ilişkilidir. En sık hekime müracaat kannda şişlik nedeniyle olmaktadır. Ağrı genellikle rastlanmayan bir bulgudur. Şayet varsa dejenerasyon, torsiyon, infarktüs, metastaz, ya da organlara bası söz konusudur. Tümörün basısına bağlı olarak üriner ya da gastrointestinal yakınmalar ortaya çıkabilir. Torsiyon ve infarktüs kendisini ağrı, bulantı, karında distansiyon ve ateşle gösterir, acil iaparatomî gerekir.

Endokrin fonksiyonu olan över tümörleri birlikte puberte prekoks, postmenopozal kanama, viriizasyon - maskulinizasyon gibi tabloları da ortaya çıkarırlar.

Tablo - 2

### Adneksiyal kitlelerin malign mi, benign mi olduğunu anlamaya yarayan klinik bulgular

Benign	Malign
Tek taraflı	Çift taraflı
Kistik	Solid
Hareketli	Fikse
Düzgün yüzlü	İrregüler
Asit yok	Asitvar
Büyümesi yavaş	Büyümesi hızlı
Hasta genç	Yaşlı hasta

Dermoid kistler en çok komplikasyon yaratan över tümörleridir. Genellikle genç kızlarda görülür, sıklıkla bilateral ve asemptomatiktir. Uterusun önünde yer alırlar. Torsiyonu, süpürasyonu ya da rüptürü söz konusudur. Tanı konunca cerrahi olarak çıkarılır.

Kadınlarda asit saptandığında aksi ispatlanmadıkça daima neden över kanseri olarak düşünülmalıdır. Bu vakalarda parasentez asi ti taklit eden büyük bir kisti rüptür etme ve malign hücreleri yayma ihtimali nedeniyle tavsiye edilmemektedir. Bu vakalar bekletilmeden jinekolojik onkoloji merkezlerinden birine yollanılmalı ve gerekli hazırlık ve tetkiklerden sonra cerrahi evrelendirmesi yapılmalıdır.

### ÖVERE AİT OLMAYAN TÜMÖRAL KİTLELER

Myomlar uterus damar düz kaslanndan köken alan ve en sık rastlanan pelvik tümörlerdir. Benign tabiattadırlar ve uterusun sert, nodüler bir yapı kazanmasına neden olurlar. Pediküllü myomlar ya da broad ligament içine doğru büyüyen myomlar muayenede adneksiya bir kitle gibi algılanır. Genellikle kanamalara ve bası semptomlarına yol açarlar. Tedavileri cerrahidir. Şayet dejenerasyon ya da torsiyon söz

konuysa hastanan genel durumu bozulabilir, şiddetli karın ağrısı, ateş, bulantı ve kusmalar ortaya çıkabilir.

Paraovarian kistler Wolf kanalının artıklarından gelişir ve broad ligament içinde yer alırlar. Malign ya da benign olabilirler. Bu nedenle saptandıklarında laparotomi endikasyonu vardır.

Serviks veya endometrium kanserlerinin parametriumlara olan metastatik uzantılan da sert, nodüler, uterustan ayırt edilemeyen, irregüler kitleler olarak ele gelirler.

Tüp kanserleri de çok nadiren rastlanmakla birlikte adneksiya kitle olarak palpe edilebilirler. Ayıncı tanıda bu nokta da hatırd tutulmalıdır.

Özellikle pratisyen hekimlerce üzerinde durulması gereken noktalar adneksiya kitlelerin her yaş grubunda malignansiye bağlı olabileceği ve ileri tetkiki gerektirdiğidir. Bu nedenle solid ya da 6 cm'in üzerinde kistik kitle palpe edilen, ektopik gebelikten şüphenden, PMPO'su olan, asiti olan, periton irritasyonu olan tüm vakaları en kısa süre içerisinde ileri tetkiklerinin yapılabileceği, jinekologu ve genel cerrahi olan hastanelerden birine yollamaları gerekir.

### KAYNAKLAR

1. Kajanoja P, Procope BJ : Congenital pelvic tumors found at gynecologic surgery- Surg Gynecol Obstet 140:605, 1975.
2. Fleischer AC, James AE Jr., Miilis JB et al; Differential diagnosis of pelvic masses by gray scale sonography. Am J Roentgenol 131:469, 1978.
3. Servo SF, Scully RE, Sobin LH : Histologic Typing of Ovarian Tumors. International Histologic Classification of tumors, NO: 9. World Health Organization, Geneva 1974.
4. Mc Namano MT, Mead PB : Diagonosis and management of the pelvic abscess. J Reprod Med. 17: 299, 1976.
5. Lomano JM, Trelford JD, L'llery JC: Torsion of the uterine adnexas causing an acute abdomen. Obstet Gynecol 35: 221, 1970.
6. Hall DJ, Hurt GW: The adnexal mass. J Fam. Proc. 14:135 - 140, 1982.
7. Huffman JW, Dewhurst JC, Capraro VJ-The Gynecology of Childhood and Adolescence WB Saunders Company, second ed., Philadelphia 1981.
8. Norak RE, Jones SG, Jones HW : Norak's Textbook of Gynecology Ninth edition The Williams and Williams Company, Baltimore, 1977.
9. Coppelson Malcolm: Cynecologic Oncology. First edition. Churchill Livingstone Company, New York, 1981.