

OVER MALİNİTESİ İLE KARIŞABİLEN NADİR BİR DURUM: MASİF OVER ÖDEMİ

Ahmet Cem İYİBOZKURT, Yasemin DOĞAN, Samet TOPUZ, Yavuz SALİHOĞLU, Ergin BENGİSU, Sinan BERKMAN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bugüne kadar literatürde sadece 80 kadar vaka takdimi yayınlanmış olan masif over ödemi nadir görülen ve genelde over malinitesi ile karışabilen bir durumdur. En sık altında yatan sebep ise over torsiyonudur. Hastaya gereğinden fazla cerrahi tedavi uygulanması durumunda hormonal disfonksiyon ve infertilite riski getirmektedir.

Gereç ve yöntem: Üç haftadır süren karın ağrısı ve sağ adneksiyel alanda 17x8cm'lik bir kitlesi olan yirmi yaşında nullipar bir kadın over kanseri ön tanısı ile kliniğimize refere edildi. Tüm tümör belirteçleri normal seviyelerdeydi. Yapılan Doppler akım tetkikleri normal olarak saptandı. Abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme ise pelvisten batın içine uzanım gösteren sağ over kaynaklı olduğu düşünülen düzgün demarke konturlu ince cidarlı T1 ağırlıklı incelemelerde hiperintens karakterde kontrast enjeksiyonu sonrası amorf kontrast tutan 17 x 12 x 8 cm ölçülerinde lezyon saptandı.

Bulgular: Laparatomide yarım kez torsiyone olmuş ve ileri derecede büyümüş bir sağ over izlendi. Detorsiyon sonrası alınan wedge biopsi donmuş kesit incelemesine (frozen) gönderildi. Sonuç masif over ödemi ile uyumluydu. Ooferektomi yapılmadan ameliyata son verildi. **SONUÇ:** Genç kadınlarda solid over kitlelerde masif over ödemi tanısı akılda bulunmalıdır. Fertilitenin korunması için mutlaka konservatif kalınmalı ve over korunmalıdır.

Anahtar kelimeler: konservatif cerrahi, masif over ödemi, over, torsiyon

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2008; Cilt: 5 (Özel Sayı): Sayfa: 26- 8

SUMMARY

UNILATERAL MASSIVE OVARIAN EDEMA MIMICKING OVARIAN MALIGNANCY

Aim: Massive ovarian edema, only around 80 cases reported in literature, is a rare entity often misdiagnosed for a malignancy posing the patient at risk for over-treatment with resultant hormonal dysfunction and infertility.

Material and methods: A 20-year-old nulliparous woman presented with a right adnexial mass of 17x8cm after 3 weeks of abdominal pain with presumptive diagnosis of ovarian malignancy. All tumor markers were in normal range.

Results: During laparotomy, a semi-twisted enlarged ovary was found. Frozen section of the wedge biopsy revealed massive ovarian edema. Ooferectomy was not performed.

Conclusions: Massive ovarian edema should be kept in mind in differential diagnosis of solid ovarian masses in young women. Conservative surgery should be the rule in order to preserve future fertility.

Key words: adnexial torsion, conservative surgery, massive ovarian edema, ovary

Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, (J Turk Obstet Gynecol Soc), 2008; Vol: 5 (Special Issue): Pages: 26- 8

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Ahmet Cem İyibozkurt, Kalamış Fener caddesi, Güneş ap. 9/8 Kalamış Kadıköy, 34756 İstanbul
Tel.: (0212) 414 20 00-31487
e-posta: cemiya@gmail.com

Alındığı tarih: 29.01.2008, revizyon sonrası alınma: 29.01.2008, kabul tarihi: 02.07.2008

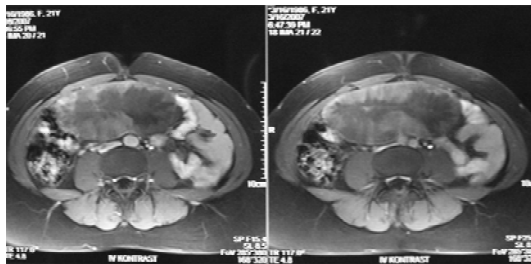
GİRİŞ

Masif over ödemi (MOÖ) nadir olarak görülen ve overin stromasında ödem sıvısının toplanmasıyla karakterize bir durumdur⁽¹⁾. Klinik olarak over tümörleri ile karışabilse de overde histolojik olarak gösterilebilen bir patoloji yoktur. Literatür tarandığında değişik sayılar verilmiş olsa da yaklaşık yayınlanmış 80 civarında vaka vardır^(2,3). Bu vakalarda en sık saptanan ve suçlanan sebep overin parsiyel torsiyonudur⁽⁴⁾. Bu durumda venöz ve lenfatik obstrüksiyonun ödeme sebep olduğu ileri sürülmüştür⁽⁵⁾. İlginç olarak MOÖ daha sık olarak sağ tarafta saptanmaktadır⁽⁶⁾. Biz de kliniğimize solid over kitlesi varlığı ile tarafımıza refere edilen ve sağ overde semitorsiyona bağlı MOÖ problemi konservatif cerrahi ile başarıyla tedavi edilen vakayı sunuyoruz.

Vaka sunumu

Üç haftadır süren ve sağ kasıkta daha fazla hissedilen karın ağrısı olan 20 yaşındaki nullipar hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın menarşi 13 yaşında olmuş ve son 4 yıldır düzenli adet görmekteydi. Yapılan jinekolojik muayenede göbek üstüne kadar uzanan orta yumuşaklıkta lastik kıvamlı, mobil, büyük bir kitle palpe edildi. Yapılan ultrasonda sağ adneksiyel alandan başlayan hafif hipokoik olmakla beraber solid görünümlü ortalama çapı yaklaşık 12cm olarak ölçülen bir kitle saptandı. Sol over ve uterus normal boyut ve görünümde idi. Douglas boşluğunda az miktarda sıvı gözlemlendi. Hastada akut batın ve virilizasyon bulgularına rastlanmadı.

İleri tetkik olarak istenen abdominopelvik MR'da ise pelvisden batın içine uzanım gösteren sağ over kaynaklı olduğu düşünülen düzgün demarke konturlu ince cidarlı T1 ağırlıklı incelemelerde hiperintens karakterde kontrast enjeksiyonu sonrası amorf kontrast tutan 17 x 12 x 8 cm ölçülerinde lezyon saptandı (Resim 1). Doppler tetkiklerinde normal akım görüldü. Yapılan kan tetkiklerinde serum CA-125, -hCG ve AFP seviyeleri normal sınırlarda ölçüldü.



Resim 1:

Laparotomide yarım kez torsiyone olmuş ve büyüyerek yaklaşık 17 x 8 cm boyuta ulaşmış bir sağ over izlendi (Resim 2). Overde nekroz saptanmadı ancak ödem nedeniyle interstitiyel sıvının arttığı ve over yüzeyinden sızdığı gözlemlendi. Uterus ve sol over normal olarak izlendi. Pelvik sıvı örneklemesini takiben sağ over detorsiyone edildi ve wedge rezeksiyon yapılarak parça donmuş kesit (frozen) incelemesine gönderildi. Sonucun masif over ödemi ile uyumlu gelmesi üzerine oofektomi ve over fiksasyonu yapılmadan operasyona son verildi.



Resim 2:

Postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmayan hastanın yapılan 1 ve 3. ay kontrollerinde sağ overinin normal boyutlara indiği saptandı. Hastanın adet düzeninde bir değişiklik saptanmadı.

TARTIŞMA

MOÖ değişik bulgu ve semptomu barındırabilmektedir. Bu vakaların %10-15'inin kliniğinde virilizasyon olduğu belirtilmiş olsa da bizim hastamızda bu yönde bulgular yoktu⁽⁷⁾. Torsiyonu başlatan faktörün kronik anovülasyona bağlı over büyümesi olduğu iddia edilmişse de bizim hastamızın adetleri de düzenli ve normal miktarlardaydı⁽⁴⁾. Vakamızda torsiyonun neden olduğu ise literatürdeki bilgilerle uyum göstermemektedir. Ancak hastamızda lezyon literatürle uyumlu (vakaların 2/3'ü) olarak sağ overden kaynaklanmaktaydı. Buna sebep olarak torsiyonla gelişen vakalarda solda sigmoid kolon varlığı nedeniyle pelvisin bu

tarafında torsiyon gelişiminin daha zor olduğunu öne sürebiliriz.

Over torsiyonu olan vakalarda teşhis için sıklıkla Doppler ultrasondan yararlanılsa da, Pena ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada parsiyel torsiyon saptanan masif over ödemli vakaların Doppler akım tetkikleri normal olabilmektedir⁽⁸⁾. Bu da teşhisi zorlaştıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim hastamızda da yapılan Doppler akımları sağ over için normal saptanmıştır.

MOÖ vakaları overin solid görünümü nedeniyle sıklıkla over tümörü ön tanısı almakta ve bu nedenle hastalar oofektomi ile tedavi edilmektedir⁽⁹⁾. Aslında bu benign patolojide tedavide yaklaşım mutlaka konservatif olmalı ve tedavi overin kaybı ile sonuçlanmamalıdır. Bize de solid over kitlesi ön tanısıyla refere edilen hastamızda laparotomi tercih ederek ameliyata başlasak da over biopsisi ile MOÖ tanısını koyarak ameliyatı sonlandırdık. Bu nedenle operasyon sırasında oofektomi yerine yapılacak bir over biopsisi over ödemi tanısı koydurmada yeterli olacak ve over bu şartlarda bırakılabilecektir. Bu durum özellikle gebelik düşünen hastalarda ayrı bir önem arz etmektedir.

Özet olarak genç hastalarda nadir olarak görülen masif over ödemi bulguları over tümörü ile karışabilmektedir. Ancak özellikle solid over kitlesi ile başvuran genç kadınlarda bu tanı akıldan bulundurulursa cerrahi tedavi sırasında overin korunması sağlanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mohan H, Mohan P, Bal A, Tahlan A. Massive ovarian oedema: report of two cases. Arch Gynecol Obstet 2004; 270: 199- 200.
2. Krasevic M, Haller H, Rupic S, Behrem S. Massive edema of ovary. A report of two cases due to lymphatic permeation by metastatic carcinoma from the uterine cervix. Gynecol Oncol 2004; 93: 564- 7.
3. Umesaki N et al. Successful preoperative diagnosis of massive ovarian edema aided by comparative imaging study using magnetic resonance and ultrasound. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2000; 89: 97- 9.
4. Friedrich M, Ertan AK, Axt-Fliedner R, Hollander M, Schmidt W. Unilateral massive ovarian edema (MOE): a case report. Clin Exp Obstet Gynecol 2002; 29(1): 65- 6.
5. Roberts CL, Weston MJ. Bilateral massive ovarian edema – a case report. Ultrasound Obstet Gynecol 1998; 11: 65- 7.
6. Guvenal T, Cetin A, Tasyurt A. Unilateral massive ovarian edema in a woman with polycystic ovaries. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2001; 99: 129- 130.
7. Vasquez RH, Scully RE. Fibromatosis and massive oedema of ovary and virilisation. Obstet Gynecol 1984; 59: 95- 9.
8. Pena JE, Ufberg D, Cooney N, Denis AL. Usefulness of Doppler sonography in the diagnosis of ovarian torsion. Fertil Steril 2000; 73: 1047- 50.
9. Bazot M, Detchev R, Cortez A, Uzan S, Darai E. Massive ovarian edema revealing gastric carcinoma. Gynecol Oncol 2003; 91: 648- 50.