

İntestinal Obstruksiyona Sebep Olan Dev Over Tümörü: İki Olgu Sunumu

Tuba Atak¹, Haydar Yalman¹, Fulya Gökdağlı², Rafet Yiğitbaşı¹

¹Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

İntestinal obstruksiyona sebep olan dev over tümörü: İki olgu sunumu

Borderline over tümörleri tüm over malignitelerinin %10-20'sini oluşturmakta ve düşük malign potansiyel taşımaktadır. Sıklıkla daha genç yaşta görülmektedir. Müsinöz over tümörleri büyük boyutlara ulaşabilmekte ve tüm over tümörleri içerisinde %12-15 oranında görülmektedir. Bu yazıda nadir rastlanılacak boyutta ve intestinal obstruksiyona sebep olmuş iki over tümörü olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: İleus, dev over tümörü

ABSTRACT

Intestinal obstruction due to huge ovarian tumor: Report of two cases

Borderline ovarian tumours account for approximately 10 to 20% of all ovarian tumors and have low malignant potential and seen early age at onset. Mucinous ovarian tumors may reach to big sizes and represent 12-15% of all ovarian tumor. In this article we present two cases of a huge ovarian tumour causing intestinal obstruction.

Key words: Ileus, huge ovarian tumor

Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:41-43

GİRİŞ

Over tümörleri kadın genital kanserleri arasında en başta gelen ölüm sebebidir. Erken dönemde nadiren spesifik semptom oluşturmamasından dolayı çoğu zaman ileri evrede tanı konulmaktadır (1).

Ölüme neden olma açısından genel kanserler içerisinde meme, bağırsak ve akciğer kanserinden sonra dördüncü sırayı alır (2). Malign over tümörlerinin yaklaşık %90'ı epitelyal orijinli olup bunu takiben seks kord stromal tümörler ve germ hücreli tümörler gelir (1). Müsinöz tümörler tüm over tümörlerinin %12-15'ini oluşturmaktadır. Bu tümörlerin çoğunluğu benign (%75), %10'u borderline ve %15'i karsinomlardır (3).

Borderline müsinöz tümörleri (BMT), müsinöz karsinomlardan ayırt etme amacı ile farklı tanı kriterleri kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO) 1970'li yılların

başında bu tümörleri, dölşeyici epitelyumun atipik ve benign lezyonlara göre daha fazla stratifikasyon gösteren, ancak stromal invazyon göstermeyen lezyonları olarak tanımlamıştır (4,5).

Bu yazıda intestinal obstruksiyona sebep olmuş iki dev over tümörü olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU 1

46 yaşında kadın hasta sırt üstü yatamama, bulantı, kusma, dispne ve karında giderek artan şişliğe rağmen gövde ve ekstremitelerde zayıflama, aşırı halsizlik, günlük aktivitelerini yapamama nedeniyle yatağa bağımlılık ve 5 gündür dışkılayamama şikayetleri ile Genel Cerrahi Kliniği'ne yatırıldı. Fizik muayenede batın ileri derecede distandü ve palpasyonda hassasiyeti mevcuttu (Resim 1). Oskültasyonda bağırsak sesleri hipoaktif olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde ek hastalığı, operasyon öyküsü ve ailesinde kanser öyküsü yoktu. Hematolojik testleri normaldi. Tümör markerlarından CA 125 değeri: 78.53 U/ml (normal değer: <35u/ml) ve CEA değeri: 0.56 ng/ml (normal değer: 0.0-3.4 ng/ml) olarak tespit edildi. Batın ultrasonografisinde tüm batını kaplayan net ölçülemeyen büyüklükte dev kistik kitle ve batın bilgisayarlı tomogra-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Tuba Atak
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-505-600-5413

Elektronik posta adresi / E-mail address: drtuba81@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 13 Haziran 2010 / June 13, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Aralık 2010 / December 29, 2010



Resim 1: Hastanın ameliyat öncesi görünümü



Resim 2: Tüm batını dolduran kitle



Resim 3: 50x45x55cm boyutunda dev kitle

fide de (BT) muhtemel sol over kaynaklı simfizis pubisten ksifoide kadar uzanan kitle tespit edildi. Laparotomide, simfizis pubisten ksifoide kadar uzanan solid ve kistik alanlar içeren sol over kaynaklı olduğu anlaşılan dev kit-

le tespit edildi. (Resim 2-3) Dikkatli cerrahi ile perfore olmadan total olarak eksize edildi. Kitle makroskopik olarak 50x45x55 cm ve 22 kg ağırlığındaydı. Frozen inceleme sonucu borderline over tümörü gelmesi üzerine operasyona Jinekoloji ekibi dahil edilerek, histerektomi, sağ salpingoofektomi, omentektomi ve apendektomi uygulandı. Postoperatif dönemde genel durumu, beslenme ve dışkılama fonksiyonu dramatik olarak düzelen hasta 5. günde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede fokal iyi diferansiye müsinöz adenokarsinom odakları içeren yaygın atipik proliferatif müsinöz tümör olarak değerlendirildi. Hasta Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği tarafından takibe alındı.

OLGU SUNUMU 2

İki yıl önce başka merkezde kriptojenik siroz tanısı konan 85 yaşında kadın hasta Dahiliye Kliniği'ne asit eti-yolojisi araştırılmak üzere yatırıldı. Son dört gündür dışkılayamama, nefes darlığı, yürüyememe ve karında şişlik olması üzerine Genel Cerrahi Kliniği'ne devralındı. Fizik muayenede batın ileri derecede distandü ve palpasyonda hassasiyeti mevcuttu. Oskültasyonda barsak sesleri duyulamadı. Perküsyonda suprapubik bölgeden her iki üst kadrana yayılan yaygın matite olduğu tespit edildi. Özgeçmişinde hipertansiyon vardı, soygeçmişinde kanser öyküsü yoktu. Biyokimyasal parametrelerinde albumin: 2.9g/dl idi. Tümör markerlarından CA 125 değeri: 58.68 U/ml (normal değer<35u/ml) ve CEA değeri:1.78 ng/ml (normal değer: 0-3.4 ng/ml) olarak tespit edildi. Batın ultrasonografisinde batın alt kadranda yaklaşık 30x30 mm boyutlu, ekojen septasyonlar ve hipoekoik solid alanlar, yoğun hipoekoik materyal içeren ve etrafı anekoik serbest sıvı ile çevrili kitle izlenmiştir. Tüm batın manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) batını tümüyle dolduran karaciğer parankimine bası oluşturan ve karaciğeri yukarı deplase eden pelvik bölgede her iki over loju lokalizasyonuna kadar uzanım gösteren kistik yoğun içerikli septasyonlar ve solid komponentler bulunan kitle izlendi. Batın içi yaygın asit mayi nedeniyle portal doppler ultrasonografi yapılamadı. IV ve oral kontrastlı tüm batın BT'de batında yaygın intraperitoneal serbest sıvı ve sol böbrekte grade 1 pelvikaliektazi tespit edildi. Laparotomide, simfizis pubisten ksifoide kadar uzanan solid ve kistik alanlar içeren sol over kaynaklı olduğu anlaşılan dev kitle tespit edildi. Dikkatli cerrahi ile perfore olmadan total olarak eksize edildi. Histerektomi, sağ salpingoofe-

rektomi ve omentektomi uygulandı. Kitle makroskopik olarak 50x40x50 cm ve 20 kg ağırlığındaydı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 5. günde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede müsinöz kistadenofibrom olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Over tümörlerinin yaklaşık 2\3'ü reproduktif dönemde görülmekte ve yaklaşık %80-85'i benign karakterdedir (6). Unilateral, mobil, kistik ve düzgün yüzeyli kitleler büyük olasılıkla benign iken bilateral, solid, fikse, irregüler, asitle birlikte olan ve hızlı büyüyen kitleler sıklıkla maligndir. Çoğunlukla tümörler non spesifik semptomlar gösterirler. En yaygın görülen semptomlar karın ağrısı, karında şişlik, karın alt kadranslarda basınç hissidir. Akut ağrı, adneksiyal torsiyon, kist rüptürü veya kist içine kanama olursa görülmektedir (5). Bizim olgularımızın ikisinde de tüm abdominal kaviteyi dolduran intestinal obstrüksiyon bulgularına neden olan dev over tümörü tespit edildi.

Adneksial kitle tanısı ile opere edilecek olan hastalar-

da frozen incelemesi oldukça önemlidir. Tanıyı sadece makroskopik olarak değerlendirmek yanıltır. Over tümörlerinde frozen incelemesinin tanısallığı %90-%96 arasında değişmektedir (7). Biz de adneksial kitle nedeni ile opere ettiğimiz olgularda frozen incelemesine gönderdik. Borderline over tümörlerinde esas tedavi yaklaşımı cerrahidir (7). İleri evre over kanserlerinde tedavi sitedüktif cerrahiye takiben karboplatin ve paklitaksel içeren kemoterapi rejimi uygulanmalıdır (8). Yapılan çalışmalarda borderline tümürlü vakalarda mortalite oranını yükselten nedenler arasında barsak obstrüksiyonu ve kemoterapi-radyoterapi komplikasyonları sıklıkla gözlenirken, invaziv karsinom gelişme riskinin çok düşük olduğu (%0.8) belirtilmiştir (9,10).

Dev over kistleri sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve eğitim düzeyinin artması nedeni ile karşımıza çok nadiren çıkmaktadır. Literatürde çok fazla sayıda dev over kistlerinin görülmesi ve kliniğimizde de şu ana kadar bu büyüklükte bir over kistine bağlı ileus olgusuna rastlamamış olması nedeniyle bu iki olgunun sunulması uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Rock J, Nagell V. Ovarian tumors. In: Rock JA, Jones HW (Eds). Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins 2005; p.1353-1378.
2. Ayhan A, Yapar EG. Malign over tümörleri, "Jinekolojik Onkoloji" içinde. Atasü T, Aydınli K(Eds) Logos yayıncılık, İstanbul, 1999.
3. Rodriguez IM, Prat J. Mucinous tumors of the ovary: a clinicopathologic analysis of 75 borderline tumors (of intestinal type) and carcinoma. Am J Surg Pathol 2002; 26: 139-152.
4. Riopel MA, Ronnett BM, Kurman RJ. Evaluation of diagnostic criteria and behavior of ovarian intestinal type mucinous tumors: atypical proliferative (borderline) tumors and intraepithelial, microinvasive, invasive and metastatic carcinomas. Am J Surg Pathol 1999; 23: 617-635.
5. Bell DA. Nomenclature of borderline epithelial tumors of the ovary. Curr Controver 1997; 2: 144-153.
6. Berek SJ. Novak's Gynecology. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA (Eds) Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins 1996; 3p. 361-62.
7. Menzin AW, Rubin SC, Noumoff JS, LiVolsi VA. The accuracy of frozen section diagnosis of borderline ovarian malignancy. Gynecol Oncol 1995; 59: 183-185.
8. Shimada M, Kigawa J, Ohishi Y, et al. Clinicopathological characteristics of mucinous adenocarcinoma of the ovary. Gynecol Oncol 2009; 113: 331-334.
9. Barakat RR. Borderline tumors of the ovary. Obstet Gynecol Clin North Am 1994; 21: 93-105.
10. Kaern J, Tropé CO, Abeler VM. A retrospective study of 370 borderline tumors of the ovary treated at the Norwegian Radium Hospital from 1970 to 1982: a review of clinicopathologic features and treatment modalities. Cancer 1993; 71: 1810-1820.