

Spontan Dermoid Kist Rüptürü: Olgu Sunumu

Dr. Güler BAĞBOZAN (1), Dr. Remzi ABALI (2), Dr. Hülya ÖMER (3), Dr. Ramazan ÖZYURT (3),
Dr. Deniz YILDIRAN (3), Doç. Dr. Birtan BORAN (4)

ÖZET

Dermoid kist en sık görülen over tümörüdür. Genellikle benign ve asemptomatiktir. Nadiren klinik belirti verir. En sık karşılaşılan komplikasyon torsiyondur. Kist kalın duvarlı olduğu için rüptür ve perforasyon oldukça nadirdir.

Sağ adneksial kitle nedeni ile laparotomi yapılan hastada, spontan dermoid kist rüptürü olduğu görüldü. Sağ ovarian 5x6x7 cm ebatlarındaki kist kapsülü üzerinde, sol over üzerinde, uterus serozasında mesane üzerinde, parietal periton ve barsak serozaları üzerinde kıllar ve sebaceöz görünümülü doku implantları izlendi. Oldukça nadir, ancak ciddi bir klinik tablo olduğu için vaka yayınlandı.

Dermoid kistin içeriğinin periton ile uzun süre teması, kimyasal peritonite neden olabilir. Tedavide çok sayıda operasyon gerekebilir. Bu yüzden erken teşhis ve operasyon sırasında batının abondan olarak yıkanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Dermoid kist, Spontan rüptür, Kimyasal peritonit.

SUMMARY

Spontan Dermoid Cyst Rupture: A Case Report

Dermoid Cyst is the most frequent ovarian tumor. It is mostly benign and asymptomatic. It rarely gives symptoms. Torsion is the most frequent complication. Since the wall of the cyst is thick, both the rupture and perforation are rare.

A spontan dermoid cyst rupture was seen in the patient who had laparotomy for the right adnexial mass. Hair and sebaceous tissue were seen on the capsule of the ovarian cyst, uterine serosa, on the bladder, parietal periton and the intestine serosa. The cyst has the measurements of 5x6x7 cm. We want to present this case because it is not only rare but also serious.

Chemical peritonitis might occur if the contents of the dermoid cyst contact the periton for a long time. Many operations may become necessary for the treatment. That's why both early diagnosis and washing the abdomen abundantly during the surgery are important.

Key Words: Dermoid cyst, Spontan rupture, Chemical peritonitis.

GİRİŞ

Kadınlarda ikinci ve üçüncü on yılda en sık görülen ovarian neoplazm olan teratomların %95'den fazlası dermoid kisttir (matür kistik teratom). 40 yaş altındaki kadınlarda over kaynaklı neoplazilerin %62'sini dermoid kistler oluşturmaktadır (1). Çoğu kistik benign lezyonlar ektoderm, endoderm, mezoderm kökenli matür dokular içerirler. En sık görülen elemanlar deri, kıl follikülleri ve sebace veya ter bezleri gibi ektoderm kökenlilerdir (2).

Dermoid kistler yavaş büyürler. Klinik bulgular kistin büyüklüğüne, etraf dokulara yaptığı basıya, torsiyona veya rüptüre bağlıdır. Malign transformasyon yaşlılarda görülürken, torsiyon genellikle çocuklar ve genç hastalarda sıktır. Bazı serilerde torsiyon oranı %10-16 olarak verilmektedir (3). Şiddetli akut karın ağrısı oluşturur ve acil abdominal yaklaşım gerektirir. Dermoid kistlerin rüptürü sık bir komplikasyon değildir, olguların %1'de görülür. Rüptür iatrojenik veya nadiren spontan olabilir (3). Tümörün peritoneal kaviteye rüptürü sonucu tümör içeriğinin karın içine dökülmesi ile kimyasal peritonit gelişebilir. Bu durum granülatöz reaksiyon ve karın içi yaygın yapışıklıklara neden olur (4).

SB İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzm. Şef Yrd. (1).

SB İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanı (2).

SB İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asistanı (3).

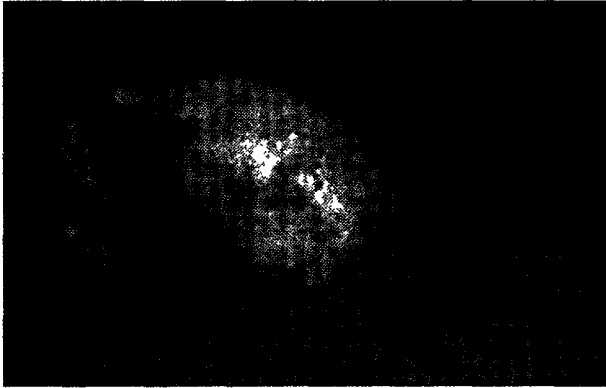
SB İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şefi (4)

OLGU SUNUMU

34 yaşında, gravida-2, para-1 bayan NÇ şiddetli sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile jinekoloji polikliniğine başvurdu. Hikayesinde 10 gün önce müphem bir karın ağrı-

sı şikayetinin olduğu ve özel bir hastanede idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla, nitrofurantoin 50 mg 3x1/gün verildiği öğrenildi. Özgeçmişinde 8 yıl önce geçirdiği sezaryen operasyonu dışında özellik saptanmadı. Muayenede batında hafif hassasiyet vardı. Ancak defans, rebound yoktu. Vaginal tuşede sağ adneksial bölgede 5-6 cm'lik hassas kitle palpe edildi. Pelvik ve vaginal ultrasonografide sağ ovarial kaynaklı 55 x 65 mm ebatlarında heterojen ekojeniteli kitle saptandı. Douglasta az miktarda serbest sıvı izlenmekteydi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 5860/ul, hemoglobin: 9.3 g/dl, hematokrit:29.8, CA 12-5:59 U/ml, alfafetoprotein:1.38 IU/ml, karsinoembriyonik antijen: 1.28ng/ml, sedimentasyon:1/2 saat-23, 1 saat-54, glukoz: 93 mg/dl, üre:17 mg/dl, AST: 60 U/I, ALT:39 U/I olarak bulundu.

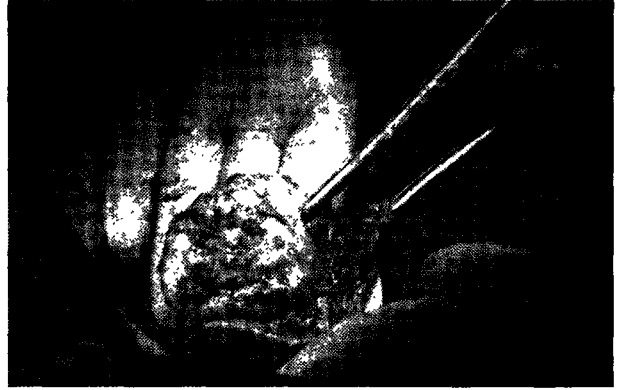
Hastaya adneksial kitle nedeni ile laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda sağ ovarial 7x6x5 cm boyutlarında düzgün düzeyli dermoid kist izlendi. Kist yüzeyinde, sol over yüzeyinde, mesane ve uterus üzerinde, douglas boşluğunda, barsak serozalarında ve parietal periton üzerinde kıllar ve sebaceöz doku implantları mevcuttu. Sol over ve her iki tuba doğal, uterus normal boyutlardaydı. Dermoid kist kistektomi yapılarak çıkarıldı ve sol overe wedge rezeksiyon yapıldı. Batın ılık serum fizyolojik ile üç kez yıkandıktan sonra operasyon tamamlandı (Resim 1,2,3).



Resim 1: Sağ ovarial kaynaklı dermoid kist ve kapsül üzerinde kıllar izleniyor.

Hastada postoperatif altıncı günde insizyon hattın da oluşan açıklıktan dolayı, sekonder sütür atıldı. Bunun dışında postoperatif ciddi bir komplikasyon olmadı. Postoperatif onuncu günde hasta şifa ile taburcu edildi. Hasta birer aylık aralarla kontrole çağrıldı.

Postoperatif 5. ayında yüksek ateş, karın ağrısı ve pelviste lokalize olmuş serbest mayi tespit edildi. Hastalığa edildi, antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavi ile klinik durum düzeldi, ateş kayboldu. Serbest sıvı geriledi, fakat yok olmadı. Hastanın izlenmesine karar verilerek taburcu edildi.



Resim 2: Sol over yüzeyinde sebaceöz doku implantları izlenmektedir.



Resim 3: Barsak yüzeylerinde ve peritoneal yüzeylerde multipl granülomlar izlenmektedir.

TARTIŞMA

Dermoid kistler nadiren klinik belirti verirler. Karında şişme, dispareni, dizüri olabilir. Abdominal ağrı künt olup hafif ve orta derecede olabilir. %15-23 oranında adet bozukluklarına neden oldukları bildirilmektedir. Adet bozuklukları yapmadıklarını bildirenler de vardır. Ancak torsiyon ve çok az sıklıkla da rüptür gibi acil operasyon gerektirecek komplikasyonlar gelişebilir.

Ayhan ve arkadaşlarının yaptığı 501 vakalıklı retrospektif bir çalışmada, toplam komplikasyon %10.7 olarak bulunmuş ve en sık komplikasyonun da torsiyon (%4.9) olduğu bildirilmiştir (6). Wu ve arkadaşları ise 283 vakalıklı başka bir seride %48.1 ile en sık şikayetin ağrı, en sık komplikasyonun %9.2 ile torsiyon olduğunu bildirmişlerdir (7). Her iki seride de rüptür, enfeksiyon ve malign transformasyonun çok daha az rastlanılan komplikasyonlar olduğu gösterilmektedir.

Rüptür, kist kalın duvarlı olduğundan ancak duvarı zayıflatan torsiyon, enfeksiyon veya travma sonucu oluşur. Gebelik döneminde rüptür ve torsiyon ihtimali artar. Malign transformasyon rüptüre meyil yaratmaz. Malign

transformasyon postmenopozal dönemde başlar ve en sık sküamöz hücreli kanser görülür (8). Bu olguda rüptüre zemin hazırlayan böyle bir faktör bulunmamaktaydı.

Rüptür akut olursa hemoraji ve şoka neden olabilir.

Ancak rüptür alanının minimal olduğu durumlarda tümör periton boşluğuna yavaş sızar. Bu durumda ateş, abdominal ağrı, huzursuzluk, diyare, bulantı, kusma, kilo kaybı ve yorgunluk olur. Bizim vakada kist yüzeyinde makroskopik bir rüptür alanı izlenmedi. Batın içerisinde ve kist üzerinde kıllar ve sebaceöz doku görüntüsünde granülomlar olduğu için rüptür fark edilebildi. Hastada 15 gün önce dizürü ve karın ağrısı şikayetine olduğu ve bu şikayetlerle gittiği klinikte idrar yolu infeksiyonu tedavisinin düzenlendiği öğrenildi. Muhtemelen rüptür bu dönemde oluşmuştu. Kist muhteviyatının batın içerisinde barsak serozaları, omentum ve peritoneal yüzeylerle uzun süreli teması kimyasal peritonite neden olabilir. Bu gibi durumlarda peritonda yapışıklıklar, multipl granülomlar oluşur. Bunlar küçük sarı-beyaz nodüller halinde periton veya omentum üzerine yayılmışlardır. Nodüller kesilirse içlerinde yağlı sebaceöz materyal ve saç rastlanır. Olgumuzda 2-3 mm çapta yağ dokusu görünümünde bu yapılar onlardan batın boşluğuna doğru uzanan kıllar görülmekteydi. Rüptür en sık periton boşluğuna olur, ancak mesane ve rektum gibi iç organlara da olabilir (9). Rüptürden 17 yıl sonra batın içinde tekrarlayan lezyonların olduğu da bildirilmektedir (10).

Dermoid kistin tanısında X-ray, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi kullanılmaktadır. Yüksek rezolüsyonlu vaginal ultrasonografi adneksial kitlelerin operasyon öncesi değerlendirilmesinde ilk tercih edilecek yöntemdir. Klinik pratikte diğer görüntüleme yöntemleri nadiren gerekir. Dermoid kist rüptürü fark edilmeden oluşup, kronikleşebilir. Bu gibi durumlarda tanıda bilgisayarlı tomografinin ultrasonografiye daha üstün olduğu gösterilmiştir (11).

Tümör markerları dermoid kistlerde hafifbir yükselme gösterebilir. Bu olguda CA 12-5: 59 U/ml olarak bulunmuştur.

Tedavide konservatif yaklaşım, laparoskopi ve laparotomi arasındaki seçim hastanın yaşına, ultrasonografik özelliklerine, klinik bulgu ve semptomlarına bağlıdır. Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler ile dermoid kistlerin tedavisinde laparoskopiye doğru eğilim artmaktadır. Dermoid kist saptanan kişiler genellikle üreme çağındaki olan ve infertilite problemi olabilecek kişiler olduğu için cerrahi girişim sırasında overlerin mümkün olduğu kadar korunması önem kazanmaktadır. Cerrahi girişimler esnasında makroskopik olarak normal görünen diğer overden biopsi alınması çok gerekmedikçe önerilmektedir. Çünkü ileride diğer overde dermoid kist gelişme şansı %3 gibi düşük oranlardadır (2).

Kistin spontan rüptüründe ya da cerrahi sırasında iatrojenik olarak rüptüre olduğu durumlarda kist cerrahi olarak çıkarılır ve batın bol miktarda serum gfsiyolojik ile yıkanarak, kist içeriği temizlenir. Kist içeriğini mekanik olarak temizlemenin dışında medikal bir tedavi yoktur.

KAYNAKLAR

- 1- **Koonings PP, Campbell K, Mishell DR.** Relative frequency of primary ovarian neoplazma: 10-year review. *Obstet Gynecol* 1989; 74:921-6.
- 2- **DiSaia Pj, Creasman WT.** The adneksial mass and early ovarian cancer. In: DiSaia PJ, Creasman WT, editörs. *Clinical Gynecologic Oncology*. 6th ed. Mosby, Inc, 2002; 10:256.
- 3- **Pantoja E, Ibanez R, Axtmayer RW, Noy MA, Pelegrina I.** Complications of dermoid tumors of the ovary. *Obstet Gynecol* 1975; 45:89-94.
- 4- **Fielder EP, Guzick DS, Guido R, Shakir AK, 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 rabbit model. *Fertil Steril* 1996; 65:852-9.
- 5- **Berkman S.** Overin benign hastalıkları. In: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editörs. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş kitabevi, 2004; 621-3.
- 6- **Ayhan A, Bükülmez O, Genç C, Kararnursel BS, Ayhan A.** Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. *Eur J Gynecol Reprod Biol* 2000; 88: 153-7.
- 7- **Wu RT, Torng PI, Chang DY, Chen CK, Chen RJ, Huang SC.** Mature cystic teratoma of the ovary: a clinicopathologic study of 283 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 1996; 58:269-74.
- 8- **Turfanda A.** Selim over tümörleri. In: Atasü T, Aydın K, editörs. *Jinekolojik Onkoloji*. İstanbul: Logos 1999;386-8.
- 9- **Medeiros AS, Coutinho EM, Filha EB.** Dermoid ovarian cyst associated with *Schistosoma mansoni* granuloma perforating the bladder. *The Journal of Urology* 1982; 128:596-8.
- 10- **Kommoss F, Emond J, Hast J, Talerman A.** Ruptured mature cystic teratoma of the ovary with recurrence in the liver and colon 17 years later. A case report. *J Reprod Med* 1990;35: 827-31.
- 11- **Dore R, Alerci M, La Fianza A, Franchi M, Di Giulio G, De Agostini A, Minola P.** Ovarian der-

moid cysts. Rdiographic fat floating sign and CT diagnosis of chronic rupture. *Radiol Med* 1988; 75:5104.

12- Atasü T, Şahmay S. Overin selim hastalıkları. In: Atasü T, Şahmay S, editörs. *Jinekoloji.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001;344-7.*
