



Kliniğimizde Laparoskopik Yöntemle Tedavi Edilen Dermoid Kist Olgularının Analizi

Analysis of Laparoscopic Treatment of Dermoid Cysts in Our Clinic

Süleyman Salman¹, Ayşe Ender Yumru¹, Onur Duman¹, Abdulhamit Bozyiğit², Fatma Ketenci Gencer¹, Elif Sümer Durkadın¹, Baki Erdem³, Murat Bozkurt⁴

¹G.O.P Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İğdır Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İğdır, Türkiye

³Arnavutköy Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bizim bu çalışmadaki amacımız, laparoskopik olarak tedavi edilen matür kistik teratom olgularının retrospektif olarak değerlendirip sunmak ve kist içeriği batına dökülen hastalarda ne gibi komplikasyonlar gelişebileceğini irdelemektir.

Yöntemler: Kliniğimizde 2008 ile 2014 yılları arasında laparoskopik olarak tedavi edilen matür kistik teratom olguları retrospektif olarak analiz edildi. Laparoskopi sırasında kistektomi yada ooforektomi yapıldığı ve hangi hastalarda kist rüptürü oluştuğuna bakıldı. Kist rüptürü oluşan hastalarda posoperatif komplikasyon oluşup oluşmadığına bakıldı. Postoperatif komplikasyonların nasıl yönetildiğine bakıldı.

Bulgular: Toplam 22 hastanın 15'ine laparoskopik kistektomi yapılırken 7 hastaya laparoskopik ooforektomi uygulandı. Laparoskopik kist eksizyonu yapılan toplam 8 hastanın kist içeriği batına döküldü, bu hastalardan sadece 1 tanesinde postoperatif komplikasyon gelişti, bu hasta hospitalize edilip medikal olarak tedavi edildi.

Sonuç: Laparoskopik yöntem dermoid kist vakalarında tercih edilecek tedavi yöntemidir. Bizim çalışmamızda 15 hastaya laparoskopik kist eksizyonu uygulanırken 7 hastaya laparoskopik ooforektomi uygulandı. Kistektomi uygulanan 8 hastada kist rüptürü oluştu. Kist rüptürü oluşan 1 hastada postoperatif komplikasyon gelişti ve medikal olarak tedavi edildi. Kist içeriği batına dökülecek olursa iyice temizlenmelidir ve batın serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Eksize edilen kistin endobag kullanılarak dışarıya çıkarılması kist içeriğinin batın içine dökülmesine engel olabilir. Laparoskopik yöntem matür kistik teratomların tedavisinde seçilecek ilk yöntem olmalıdır. Genç hastalarda overler mümkün olduğunca korunmaya çalışılmalıdır. İnfertilitesini tamamlamış perimenapozal hastalarda ooforektomi yapılabilir. (*JAREM 2014; 2: 55-7*)

Anahtar Sözcükler: Laparoskopi, dermoid kist, kist rüptürü

ABSTRACT

Objective: Our aims are to present patient data in the laparoscopic management of mature cystic teratomas; 22 cases of mature cystic teratoma were managed laparoscopically, 15 cases of mature cystic teratomas were managed by laparoscopic cystectomy, and 7 patients with mature cystic teratomas were managed by laparoscopic oophorectomy.

Methods: Review of cases of women with mature cystic teratoma who underwent laparoscopic surgery in our clinic from 2008 to 2014. The medical records were searched for age, presenting symptoms, investigations, operative reports, postoperative hospital stay, and complications. Surgery was performed using a laparoscopic approach with a 10-mm port placed in the umbilicus through which a 10 mm 0-degree telescope was used. Two 10-mm and 5-mm working ports were used in the right and left iliac fossae. Initially, the whole peritoneal cavity was inspected as a whole to confirm the diagnosis, exclude malignancy, and inspect the contra-lateral ovary. If the ovary was twisted, it was untwisted, and after stabilizing the ovary, a superficial incision was made with diathermy on the anti-mesenteric border. The incision was gently enlarged to separate the cyst from the surrounding ovarian tissue. Hemostasis was achieved, and the cyst was retrieved through an endo-bag through the 10 mm port site.

Results: Twenty-two cases of mature cystic teratoma were managed between 2008 and 2014 in our clinic. The age ranged from 19 to 40 years (average 28.2 years), and there were 22 pathology cases of mature cystic teratoma. All patients had a normal tumor marker. Fifteen women underwent laparoscopic cystectomy, and 7 women underwent laparoscopic oophorectomy. Spillage of cyst contents into the peritoneal cavity was occurred in 8 patients (36%). Postoperative complications occurred in 1 patient. No malignancy was reported in the postoperative period.

Conclusion: Laparoscopic surgery should be chosen for women with mature cystic teratoma. The laparoscopic approach offers fewer postoperative adhesions, reduced pain, shorter hospital stay, and better cosmetic results. In order to avoid peritonitis, cyst contents can usually be adequately removed by using a careful technique and peritoneal lavage. To minimize spillage of the cyst's contents and subsequent complications, the surgeon should choose the technique that is more effective and less traumatic to the patient. Conservative therapy by laparoscopy is recommended to preserve ovarian function in young patients. When it occurs, chemical peritonitis following dermoid spillage can be a very serious complication. If spillage occurs, complete removal of cyst contents and copious lavage should be performed to avoid peritonitis. Although peritonitis following rupture of a dermoid cyst is very rare, being aware of this complication is the key to diagnosis and appropriate management. (*JAREM 2014; 2: 55-7*)

Key Words: Laparoscopy, dermoid cyst, spillage of cyst contents

GİRİŞ

Matür kistik teratom, dermoid kist olarakta bilinen overin sık görülen benign neoploazmidir. Matür kistik teratomlar primordiyal germ hücrelerinden köken alırlar ve ektoderm, mezoderm ve endodermden oluşan üç germ yaprağının herhangi bir bileşiminden kaynaklanabilirler. Genellikle bu tümörler iyi diferensiyedirler. Tüm ovaryan tümörlerin yaklaşık olarak %15'ini oluşturan dermoid kistlerin pik insidansı 20 ile 40 yaşları arasındadır (1). Buna karşın menapozal dönem ile infantlarda da görülebilmektedir.

Kıscası matür kistik teratomlara her yaşta rastlanabilmesine rağmen %40-70'i üreme çağında tespit edilir. Maligniteye dönüşüm oranı oldukça nadirdir ve en sık malign dönüşüm skuamöz hücreli karsinomdur (2, 3).

Dermoid kist tanısı pelvik muayene sırasında tesadüfen konulabileceği gibi torsiyona uğrayıp akut karın ağrısı şeklinde de karşımıza çıkabilir. Matür kistik teratom yüzen ve hareketli bir tümör olduğu için torsiyon sık bir komplikasyondur. Nadirde olsa rüptür olup kimyasal peritonite neden olabilirler (4).

Matür kistik teratom tanısında ilk seçenek transvaginal ultrasonografidir, tanı şüpheli olduğunda veya gebelik sırasında ayırıcı tanıda manyetik rezonans görüntüleme faydalıdır. CA125, AFP, LDH gibi tümör belirteçleri matür kistik teratomların malign over tümörlerinden ayırmada yardımcı olabilirler (5). Dermoid kistlerin tedavisi normal over dokusunun korunarak kistektomi şeklindedir. 20-25 yıl içerisinde laparoskopik alanındaki gelişmeler kistektominin laparoskopik olarak başarılı bir şekilde yapılmasına olanak sağlamıştır (6). Laparoskopik yaklaşımda postoperatif yara yeri komplikasyonları daha az olmakta, bununla birlikte hasta postoperatif dönemde daha çabuk iyileşmektedir.

Bu çalışmanın amacı kliniğimizde laparoskopik olarak tedavi edilen 22 matür kistik teratom olgusunu retrospektif olarak inceleyerek sonuçların güncel literatür ışığında tartışılmasıdır.

YÖNTEMLER

Bu çalışmaya Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2010-2014 yılları arasında adnexial kitle ön tanısı ile yatırılıp, operasyon sırasında ya da sonrası histopatolojik olarak dermoid kist tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Laparotomi yapılan hastalar ile laparoskopiden laparotomiye dönülen hastalar ve de histopatolojik olarak dermoid kist tanısı dışındaki olgular çalışma dışı tutulmuştur. Dataları eksik ya da yetersiz olan olgular çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Bu kriterler ışığında kliniğimizde laparoskopik yapılan ve matür kistik teratom tanısı konulan 22 hastanın verilerine ulaşılmıştır. Hastaların yaşları, ultrasonografik bulguları, tümör belirteçleri, operatif olarak yapılan işlemler, kistin intraoperatif rüptüre olup olmadığı, diğer intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve kesin patolojik sonuçları kaydedilmiştir. Hastaların 15'ine laparoskopik kist eksizyonu, 7'sine de laparoskopik ooferektomi yapılmıştır.

Hastalara genel anestezi altında, Veres iğnesi yardımı ile umbilicus alt sınırına yakın intraumbilikal 1 cm transvers kesi ile girilerek pnömoperitoniyum oluşturuldu. Laparoskopik olarak dermoid kist over dokusundan ayrılarak endobag içine alınarak dışarı çıkarıldı. Laparoskopik olarak ooferektomi yapılan hastalarda ise infundibulo pelvik ligaman ve utero overyan ligaman ligasure ile kesilerek

ooferektomi yapıldı, endobag içine alındı ve dışarı çıkarıldı. Dermoid içerik batına döküldü ise batın içi bol serum fizyolojik ile yıkanıp aspire edildi, kıl dokusu ise grasper yardımıyla temizlendi. Kist içeriği batına dökülen hastalara dren konuldu.

BULGULAR

Hastaların 15'ine laparoskopik kist eksizyonu yapılırken 7'sine ise laparoskopik ooferektomi işlemi yapılmıştır. Hasta yaşları 19-40 yaşları arasında idi. Yaş ortalaması 28,2±3,7 idi. Kist boyutları 5-12 cm arasında idi. Tümör belirteçleri tüm hastalarda normaldi. Laparoskopik kist eksizyonu yapılan 15 hastanın 8'inde kist içeriği batına dökülür iken ooferektomi yapılan 7 hastanın hiçbir tanesinde kist içeriği batına dökülmedi. Toplan 22 hastanın 8'inde (%36) kist içeriği batına döküldü. Kist içeriği batına dökülen hastaların hepsinde batın bol serum fizyolojik ile yıkandı aspire edildi, batın içinde yabancı cisim bırakılmamasına özen gösterildi. Batın bol serum fizyolojik ile yıkandı. Dermoid kist içeriğinden kıl materyalleri bulduranlardan batın içerisine dökülen kıl materyalleri grasper yardımıyla temizlendi. Kist içeriği batına dökülen hastalarımızdan bir tanesinde post operatif ileus gelişti, hastaya nazogastrik sonda uygulandı. Hasta medikal tedavi ile iyileşti ve post operatif 10. Gününde taburcu edildi. Hasta postoperatif 20. Gününde tekrar ileus tablosu ile kliniğe yatırıldı nazogastrik sonda takıldı ve 1 haftalık medikal tedaviden sonra şifa ile taburcu edildi, hastanın kontrollerinde başka bir komplikasyon gelişmedi. Diğer hastalarımızda intraoperatif yada postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların hepsinin patoloji sonuçları matür kistik teratom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Endoskopik cerrahi alanındaki gelişmeler sayesinde jinekoloji alanında birçok ameliyat laparoskopik olarak yapılabilmektedir. Günümüzde benign over kistlerinin tanı ve tedavisinde laparoskopik yöntem başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Dermoid kist tedavisinde de laparoskopik yöntem güvenli olarak uygulanmaktadır. Torsiyon, rüptür, malign olma olasılığı nedeniyle matür kistik teratomların cerrahi olarak çıkarılmaları gerekmektedir. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri ile dermoid kist tanısı preoperatif dönemde yüksek doğruluk oranıyla konulabilmektedir (7-9).

Dermoid kistler genelde üreme çağındaki kadınlarda tespit edildiği için genellikle kistektomi yapılmaktadır. Üreme çağındaki kadınlarda daha sık tespit edilen Dermoid kistlere uygulanacak tedavi kistektomi olmalıdır. Önceki yıllarda ooferektomi yada kistektomi laparotomi ile yapılırken günümüzde bu işlemler laparoskopik olarak yapılır hale gelmiştir. Sunulan çalışmada üreme çağında olan ve de fertilitate isteği olan 15 hastaya laparoskopik dermoid kist eksizyonu uygulanmıştır. Uygulanacak operasyonda önemli olabilecek bir handicap kist içeriğinin karın boşluğu içine dökülmesi sonucu gelişen kimyasal peritonitdir. Laparoskopik cerrahide dermoid kist içeriğinin rüptüre olma oranı birçok çalışmada %15 ile %100 arasında değişmekte iken bu oranın laparotomi uygulanan hastalarda %4 ile %13 arasında olduğu tespit edilmiştir (6). Sunduğumuz çalışmamızda dermoid kist içeriğinin batına rüptüre olma oranı %36 olarak bulundu. Bizim cerrahi uygulamamız laparoskopik olarak dermoid kist eksizyonundan sonra kisti rüptüre etmeden batın içinde açılan endobag (Covidien marka Endo Catch Gold 10 mm) içine almak ve sonrasında aspire et-

mektir. Gerekliğinde cilt insizyonu biraz büyütülerek endobag yardımı ile kisti batın dışına almaktır. Bu yaklaşım kist içeriğinin batına dökülmesini önemli ölçüde azaltmaya yardımcı olur. Bununla birlikte endobag kullanılmasına rağmen özellikle endobag ile birlikte kistin dışarıya çıkarılması esnasında kist içeriğinin batına dökülebileceği unutulmamalıdır. Kist rüptürü riskinin laparotomik yaklaşıma göre laparoskopik yaklaşımda daha fazla olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (6, 10, 11). Kist rüptürü gözlemlenirken yağlı partiküllerin ve kıl partiküllerinin iyice temizlenmesi ve de batın içerisinin bol serum fizyolojik ile yıkanması önerilmektedir (12, 13). Bizim çalışmamızda kist içeriği batına dökülen hastalardan sadece bir tanesinde post operatif ileus tablosu gelişti, hasta ikinci bir operasyona gerek duymadan medikal olarak tedavi edildi. Kist içeriğinin batın içerisine dökülmesinde korkulan diğer bir durum malign olabilecek bir dermoid kist te bu hücrelerin batına yayılması ve evreyi yükseltmesidir. Bundan dolayı da kist içeriğinin rüptüre edilmemesi için özen gösterilmelidir (14). Fertilitasını tamamlamış perimenapozal dönemdeki hastalarda yada postmenapozal hastalarda ooferektomi uygulanabilir. Ayrıca hızlı büyüyen kistlerde malign olma olasılığı dikkatle değerlendirilmeli ve gerekirse ooferektomi uygulanmalıdır (14). Malign teratomlar daha çok postmenapozal dönemde görülebilmelerine rağmen nadirde olsa genç hastalarda da görülebileceği unutulmamalıdır. Bizim çalışmamızda hastalarımızın hepsinde patolojik sonuçlar benign olarak rapor edilmiştir. İntraoperatif malign olma ihtimali olduğu düşünülen kistlere frozen inceleme yapılması önerilmektedir. Dermoid kist nedeniyle laparoskopi yapılan hastalara tekrar laparoskopi yapıldığında kist rüptürü olmayan hastalarda daha az adezyon oluşumu gözlenmiştir (7). Laparotomi yapılan hastalarda laparoskopi yapılan hastalara göre daha fazla adezyon görülmüştür (7).

Matür kistik teratom vakalarında laparoskopik cerrahi yöntemi öncelikli olarak tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Laparoskopik uyguladığımız hastaların post operatif iyileşme süreçleri daha hızlı olmakta, kesi yeri ile ilgili komplikasyonlar daha az görülmekte, hastalar daha erken taburcu edilmekte ve hastaların estetik memnuniyeti da çok olmaktadır. Kist eksizyonu yaparken kisti rüptüre etmemeye ve kist içeriğinin batına dökülmemesine önem verilmelidir. Kistin batın içerisine dökülmesini engellemek için endobag kullanımı önerilir. Bu önlemlere rağmen kist içeriği batına dökülen hastalarda ise batın içinin iyice temizlenip bol serum fizyolojik ile yıkanması adezyon oluşumunu önleme açısından oldukça önemlidir.

SONUÇ

Laparoskopik yöntem dermoid kist vakalarında tercih edilecek tedavi yöntemi olmalıdır. Kist rüptürü gelişme riski endobag kullanımı ile azaltılabilir. Kist rüptürü gelişen hastalar postoperatif adezyon ve ileus gibi komplikasyonlar açısından dikkatli izlenmelidir.

Etik Komite Onayı: Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı etik komite onayı alınmamıştır.

Hasta Onamı: Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - S.S., A.E.Y.; Tasarım - S.S., A.E.Y.; Denetleme - A.E.Y.; Kaynaklar - O.D., B.E.; Malzemeler - F.K.G., D.E.S.; Veri Toplanması

ve/veya İşlemesi - A.B.; Analiz ve/veya Yorum - S.S., A.E.Y.; Literatür Taranması - M.B., S.S.; Yazıyı Yazan - S.S.; Eleştirel İnceleme - A.E.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was not received due to the retrospective nature of the study.

Informed Consent: Informed consent was not obtained due to the retrospective nature of the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - S.S., A.E.Y.; Design - S.S., A.E.Y.; Supervision - A.E.Y.; Funding - O.D., B.E.; Materials - F.K.G., D.E.S.; Data Collection and/or Processing - A.B.; Analysis and/or Interpretation - S.S., A.E.Y.; Literature Review - M.B., S.S.; Writing - S.S.; Critical Review - A.E.Y.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 921-6.
2. Shalev E, Bustan M, Romano S, Goldberg Y, Ben-Shlomo I. Laparoscopic resection of ovarian cystic teratomas: experience with 84 cases. *Hum Reprod* 1998; 13: 1810-2. [\[CrossRef\]](#)
3. Canis M, Mage G, Pouly JL, Wattiez A, Manhes H, Bruhat MA. Laparoscopic diagnosis of adnexal cystic masses: a 12-year experience with long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 707-12.
4. Anteby EY, Ron M, Revel A, Shimonovitz S, Ariel I, Hurwitz A. Germ cell tumors of the ovary arising after dermoid cyst resection: A long term follow-up study. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 605-8. [\[CrossRef\]](#)
5. Pfeifer SM, Gosman GG. Evaluation of adnexal masses in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 573-92. [\[CrossRef\]](#)
6. Nezhat CR, Kalyoncu S, Nezhat CH, Johnson E, Berlanda N, Nezhat F. Laparoscopic management of ovarian dermoid cyst: ten year's experience. *JSLs* 1999; 3: 179-84.
7. Mais V, Guerriero s, Ajossa S, Angiolucci M, Paoletti AM, Melis GB. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of cystic teratoma. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 48-52. [\[CrossRef\]](#)
8. Caspi b, Appelman z, Rabinerson D, Elchalal U, Zalel Y, Katz Z. Pathognomic echo patterns of benign cyctic teratomas of the ovary: classification, incidence and accuracy rate of sonographic diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 7: 275-9. [\[CrossRef\]](#)
9. Buy JN, Ghossain MA, Moss AA, Bazot M, Doucet M, Hugol D, et al. Cystic teratoma of the ovary: CT detection. *Radiology* 1989; 171: 697-701. [\[CrossRef\]](#)
10. Cristoforoni PM, Palmieri A, Walker D, Gerbaldo D, Lay RY, Montz FJ. Ovarian cystic teratoma: to scope or not scope? *J Gynecol Tech* 1995; 1: 153-6.
11. Malhotra A, Grimes C, Nikolic M. Severe granulomatous peritonitis and small bowel fistula formation following the excision of an ovarian dermoid cyst: a case report. *Gynecol Surg* 2008; 5: 157-9. [\[CrossRef\]](#)
12. Love Br, Murray G. Ovarioscopy and laparoscopic removal of a large right adnexal cyst. *JSLs* 2010; 14: 123-5. [\[CrossRef\]](#)
13. Clemons D, Barranger E, Bechimol Y, Uzan S. Chemical peritonitis: a rare complication of an iatrogenic ovarian dermoid cyst rupture. *Surg Endosc* 2003; 17: 658. [\[CrossRef\]](#)
14. Ulker V, Numanoglu C, Akbayır O, Akyol A, Tuncel A, Akca A, et al. Malignant transformation arising from mature cystic teratoma of the ovary: a report six cases. *J Obstet Gynecol Res* 2012; 38: 849-53. [\[CrossRef\]](#)