

DERMOİD KİST OLGULARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Turgut YARDIM¹

Ali YÜCE²

Güner ÇİNKO²

ÖZET

Dermoid kistler sıklıkla semptomsuz seyrederler ve ovarial neoplaziler içinde ilginç bir grup oluştururlar. Bu sebepten 1984-1988 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görülen 7 Dermoid kist vakasını yayınlamaya karar verdik.

SUMMARY

A RETROSPECTIVE STUDY OF DERMOID CYSTS

Dermoid cysts, an interesting group among ovarian neoplasia, are usually symptomless. Here a report of 7 cases that were treated between 1984-88 in Trakya University Hospital, Obstetrics and Gynecology Department is made.

GİRİŞ

Ovarium'un dermoid kisti üç germ tabakasının; yani ektoderm, mezoderm ve endoderm'in iyi farklılaşmış türevlerinden yapılıdır. Bunlardan ortama daha çok ektodermal olanlar hakimdir. Olgunlaşmış kistik teratoma saf halde olduğunda her zaman için iyi huyludur.

Dermoid kist, hem ovarium teratomları hem de ovariumdaki germ hücreli neoplazmalar arasında en sık karşımıza çıkan neoplazmalardır. Nisbeten sık görülür ve tüm ovarium neoplazmalarının % 5-25'ini oluşturur (3, 9). Daha çok kadının üreme açısından faal olduğu dönemlerde ortaya çıkar. Ancak diğer germ hücreli tümörlerin aksine yaş dağılım alanı çok daha geniştir.

Bu tümör çoğu zaman fizik ve radyolojik muayeneler sırasında ya da başka nedenlerle yapılan karın ameliyatlarında rastlantı sonucu bulunur. Semptomlar çoğu zaman karın ağrısı, karında kitle veya şişlik ile anormal uterus kanamalarıdır(4).

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (Doç. Dr.)—EDİRNE.

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi—EDİRNE.

Dermoid kistin fertilitiyi azalttığı da gözlenmiştir (3). Ancak çoğu vakada bu doyurucu bir biçimde açıklanamamaktadır. Bununla birlikte vakaların % 10 kadarında tümör gebelik sırasında teşhis edilmektedir (5). Tümör içerisinde kemik, diş, kırıldak gibi oluşumların bulunması nedeniyle radyolojik olarak da teşhis edilebilir. Nitekim birçok vakada tümör ameliyat öncesi bu şekilde teşhis edilmiştir (8, 9).

Dermoid kist, vakaların %7, 9-15'inde her iki overi tutar(9). Tümörün eni 0,5-40 cm arasında değişir. Tümör yuvarlak, oval veya globuler yapıdadır. Genelde serbestçe hareket eder. Tümör içeriğinin dışarı sızdığı vakalarda çevredeki oluşumlarla yapışıklıklar meydana getirir. Tümörün kesit yüzeyinde içi yağlı bir madde ve kıllarla dolu, çevresi değişebilen kalınlıklarla bir kapsülle çevrili boşluk görülür. Dermoid kistlerin % 31 kadarında makroskopik olarak tanınabilen ve iyice gelişmiş dişlere rastlanmaktadır (3). Parmak kemikleri, uzun kemikler, kırıldak kaburga kafesine ait bölümler, barsak urveleri ve hatta fetusa benzeyen oluşumlara da sık olarak rastlamak mümkündür.

Komplikasyonlar; torsiyon, rüptür, enfeksiyon, hemolitik anemi ve malign degenerans'tır. Hemolitik anemiye, tümör içerisinde antijenik açıdan konak'tan farklı olan ve bu nedenle de hastanın kendi akyuvarlarıyla reaksiyona giren antikorların yapımına yol açan maddelerin bulunmasının yol açtığı düşünülmektedir. Bu vakalarda tümörün çıkarılması aneminin de ortadan kalkmasını sağlamakta ve hasta tam anlamıyla iyileşmektedir(1, 2). Dermoid kistin habis değişim gösterme oranı % 2 kadardır. Habis değişim daha çok menopoz sonrası hastalarda görülmektedir (6, 7, 9).

Dermoid kistin seçkin tedavisi o ovarium'un cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Genç hastalarda tümör küçükse ve ovarium'un bir bölümünü muhafaza etmek mümkünse yalnızca tümörün çıkarılması yeterlidir.

MATERYAL VE METOD

1984-1988 yılları içinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anadilim Dalı kliniğinde çeşitli endikasyonlarla opere edilen piyeslerin patolojik incelenmesinde dermoid kist tanısı konan 7 vaka anamnez, klinik ve patolojik bulgular yönünden değerlendirildi.

BULGULAR

Dermoid kist tesbit edilen hastalar 19-49 yaşları arasında idi. Bunlardan bir tanesi 19 yaşında (% 14,3) diğerleri 35 yaşın üzerinde bulundu (% 85,3).

Hastaların ilk müracaatlarındaki şikayetlerini dysmenore (2 olgu, % 28,6), hipermenore (1 olgu, % 14,3), hipomenore (1 olgu, % 14,3) ve bel-kasık ağrısı (3 olgu, % 42,8) teşkil ediyordu.

Yapılan muayene sonucunda 5 hastaya soliter ovarial kitle (% 71,4), 1 hastaya bilateral ovarial kitle (% 14,3) ve 1 hastaya uterus myomatozus teşhisi kondu.

Henüz 3 aylık evli olan bir vakamızın dışındaki hastalar 2 ile 5 arası doğum yapmışlardı. Bunlardan 1-3 arası doğum yapanlar % 28,5'ini (2 olgu), 3'den fazla doğum yapanlar % 57,2'sini (4 olgu) teşkil ediyordu.

Operasyonla çıkarılan kistlerin çapı 5 ile 10 cm arasında değişiyordu. Bunlardan 5 cm olan % 28,6'sını (2 olgu), 6 cm olan % 42,8'ini (3 olgu) ve 10 cm olan % 28,6'sını (2 olgu) teşkil ediyordu. Bunlardan yalnız birinde dermoid kist bilateral (% 14,3), diğerlerinde tek taraflı idi (% 85,7).

Kistlerin ihtiva ettiği yapılar makroskopik görünümüleriyle incelendi. Sebum tüm vakalarda (% 100) bulunuyordu. Kıl 5 olguda (% 71,5) tesbit edildi. 1 olguda lif (% 14,2) ve yine 1 olguda kemik (% 14,2) görüldü.

Mikroskopik incelemede ise kistin yüzeyini tüm vakalarda çok katlı yassı epitelin teşkil ettiği görüldü. İç yüzeyde ayrıca 1 vakada sindirim ve solunum epiteli (% 14,3), 2 vakada beyin dokusu (% 28,6) ve 2 vakada lenfoid doku (% 28,6) tespit edildi.

Tablo 1. Olguların Yaş Dilimine Göre Dağılımı.

Yaş Dilimi	Olgu	%
20'den küçük	1	14,3
20 - 35	yok	0
35 - 49	6	85,7

Tablo 2. Olguların Gebelik Sayısına Göre Dağılımı.

Gebelik	Olgu	%
0	1	14,3
1 - 3	2	28,6
3'den çok	4	57,1

Tablo 3. Olguların Müracaat Şikayetine Göre Dağılımı.

Şikayet	Olgu	%
Dysmenore	2	28,6
Hipermenore	1	14,3
Oligomenore	1	14,3
Bel-kasık ağrısı	3	42,8

Tablo 4. Olguların Kist Çapına Göre Dağılımı.

Kist Çapı	Olgu	%
5 cm	2	28,6
6 cm	3	42,8
10 cm	2	28,6

TARTIŞMA

Hastalarımızın tümü fertil periyotta bulunuyordu. Literatürde de bu dönemde dermoid kiste sık rastlandığı bildirilmiştir. Dermoid kistin fertilitiyi azalttığı literatürde bildirilmesine rağmen bizim vakalarımızda yeni evli olan 1 vaka (% 14.3) dışındaki tüm hastaların 2-5 arası doğum yaptığı bunlardan da 3'ün üzerinde doğum yapmış olanların daha fazla olduğunu (4 olgu, %57.2) tesbit ettik. Biz bunun vaka serimizin küçük olmasına bağlı olabileceğini düşündük(3).

Hastalarımızın ilk müracaatındaki şikayetleri bu tümörlerin teşhisinin rastlantı sonucu olduğunu belirten literatüre uymaktadır. 2 vakada dysmenore (% 28,6), 2 vakada hipermenore ve oligomenore tarzında menstrüel kanama bozukluğu (% 28.6) ile 3 vakada bel-kasık ağrısı (% 42,8) teşkil ediyordu. Bu şikayetlerle polikliniğe müracaat eden hastalardan biri dışında (% 14.3) diğerlerinde soliter (% 71.4) veya bilateral (% 14.3) olmak üzere ovarial tümör jinekolojik muayenede tesbit edildi. Ovarial kitle tesbit edilemeyen hastada ise uterus myomatozus mevcut idi. Literatürde de dermoid kistin, % 7.9-15 oranında her iki overi tuttuğu bildirilmiştir(9).

Opere ettiğimiz tüm kistlerin çapı 5 ile 10 cm arasında değişiyordu. Literatürde de 0,5 cm ile 40 cm arasında dermoid kist tesbit edildiği ancak bunların % 60'ının 5-10 cm arasında değiştiği, % 90'ının ise 15 cm'den küçük olduğu bildirilmiştir (9).

Dermoid kistin esas içeriğinin sebum ve kıl olduğu hem literatürde belirtilmekte hem de bizim vakalarımızda tesbit edilmektedir. Kistlerin yalnız birinde (% 14.3) kıl bulunmadı. Literatürde dermoid kistlerin % 31 kadarında iyice gelişmiş diş bulunduğu bildirilmesine rağmen biz hiç bir vakada buna rastlamadık.

SONUÇ

Dermoid kist fertil periyottaki kadınlarda daha çok görülmekte olup menstrüel düzensizlikler, dysmenore ve bel-kasık ağrısı gibi spesifik olmayan

semptomlarla karşımıza çıkmaktadır. Literatürde fertilitiyi azalttığına dair yayınlar bulunmasına rağmen bizim vaka serimizde görüldüğü gibi yüksek doğurganlık oranıyla da görülebilmektedir. Vakaların büyük bir kısmında kistin 5–10 cm çapında olduğu göz önüne alınırsa bu büyüklüklerde tesbit edilecek tüm ovarial kitlelerin dikkatli izlenmesi ve operasyon için zamanında karar verilmesi hastanın prognozu için oldukça faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Barry, K.G., Corsby, W.H.** (1957). *Autoimmune hemolytic anemia arrested by removal of ovarian teratoma: Review of the literature and report of a case.* Ann int Med. 47: 1002.
2. **Bernstein, D., Noor, S., Rikover, M., Manehem, H.:** (1974). *Hemolytic anemia related to ovarian tumor* Obstet Gynecol 43: 276.
3. **Black, Well, W.S., Dockerty, M.B., Masson, J.C., Mussey, R.D.** (1946). *Dermoid cysts of ovary; clinical and pathological significance.* Am. J. Obstet Gynecol 51: 151.
4. **Blaustein, A.** (1985). *Jinekolojik Patoloji.* 24: 716.
5. **Coruso, P.A. Marsh, M.R., Minkowitz, S, Karten, G.** (1971). *An intense clinicopathologic study of 30 (5 terctomas of the overy).* Cancer 27: 343.
6. **Climie, A.R., Heath, L.P.:** (1968). *Malignant degeneration of benign cystic teratoma of the overy, Review of the literature and report of a chondrosarcome and a carcinoid tumor.* Cancer 22: 824.
7. **Kelley, R.R., Scully, R.E.** (1961). *Cancer devolving in dermoid cysts of the ovary. A report of a cases including a carcinoid and a leiomyosarcoma* Cancer 14: 939.
8. **Malkasian, G.D. Jr., Dockerty, M.B., Symmonds, R.E.** (1967). *Benign cystic teratomas.* Obstet Gynecol 29: 719.
9. **Peterson, W.F., Prevost, E.C., Edmunds, F.T., Huntley, J.M., Jr, Morris, F.K.** (1955). *Benign cystic teratomas of the ovary. A clinico-statistical study of 1007 cases with review of the literature.* Am. J. Obstet Gynecol 70: 368.