

# MASİF OVER ÖDEMİ: BİR OLGU SUNUMU

Dr. Şennur İLVAN\*, Dr. Melih PAKSOY\*\*, Dr. Elif Ülker AKYILDIZ\*, Dr. Asuman AZİMLİ\*

**ÖZET:** Masif over ödemi nadir görülen ve genellikle genç erişkin kadınlarda ortaya çıkan klinikopatolojik bir antitedir. Overin kısmi torsiyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir. Olgumuz 18 yaşında kadın hasta idi. Sağ alt kadranda ağrı ve bulantı şikayetleri ile başvuran hastanın pelvik ultrasonografisinde sağ overde kitle saptanarak opere edildi. Overin makroskopik ve mikroskopik bulguları masif over ödemi ile uyumlu bulundu.

**ANAHTAR KELİMELE:** Over, ödem, masif.

**SUMMARY:** MASSIVE OVARIAN EDEMA: A CASE REPORT: Massive ovarian edema is an uncommon condition found in young women that is speculated to occur as a result of incomplete ovarian torsion. A 18-year-old woman had right lower abdominal pain and nausea. Pelvic ultrasound showed a mass in the localization of right ovary and right salpingo-oophorectomy was performed. The cut surface of the specimen was white and glistening. Microscopic features were evaluated as massive ovarian edema.

**KEY WORDS:** Ovary, edema, massive.

## GİRİŞ

Masif over ödemi (MOÖ) ilk defa 1969 yılında Kalstone ve arkadaşları (1) tarafından tanımlanmış nadir görülen klinikopatolojik bir antitedir. Over stromasında ödem sıvısı birikimi sonucu genellikle bir, daha az oranda da her iki overde belirgin büyüme ili karakterizedir. Etiyolojisi kesin aydınlatılamamış olmakla birlikte, overin kısmi veya intermittant torsiyonu ve bunun sonucunda gelişen venöz ve lenfatik drenaj bozukluğu üzerinde durulmaktadır (2,3,4).

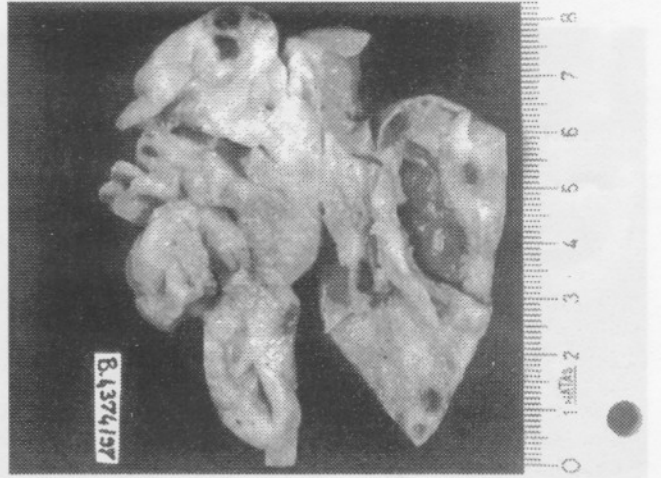
Bu yazımızda akut batın nedeni ile opere edilerek sağ salpingo-ooferektomi uygulanmış bir MOÖ olgusu sunulmuş ve bu konudaki literatür bilgileri aktarılmaya çalışılmıştır.

## OLGU

18 yaşında, gravida 0, kadın hasta sağ alt kadranda ağrı ve bulantı şikayetleri ile İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp fakültesi Acil Cerrahi Kliniğine başvurdu. Menstrüasyon siklusları düzenliydi. Hastanın soy ve özgeçmişinde özellikle saptanmadı. Hasta, ağrısının yaklaşık 5 gün önce sağ alt kadrana lokalize olarak başladığını, aralıklı ve şiddetli karakterde olduğunu tanımlıyordu. Ağrı dönemleri arasında bulantı tarif ediyordu, fakat kusması olmamıştı. Fizik muayenede sağ alt kadranda ağrı, hassasiyet ve yaklaşık 6x6 cm boyutlarında, mobil, orta sertlikte kitle mevcuttu. Rebound (+), defans (-) idi. Barsak sesleri normoaktif karakterdeydi. Rektal tuşe yapıldığında rektum sağ duvarında hassasiyet saptandı. Hastanın subfebril ateşi mevcuttu. Rutin kan biyokimyasında lökositoz (11000/mm<sup>3</sup>) dışında özellik yoktu. İdrar analizi normaldi. Direkt batın grafisinde spesifik bulgu saptanmadı. Batın ultrasonografisinde sağ overde 7x5x3 cm'lik kitle dışında patoloji saptanmadı.

Akut batın ve batında kitle nedeniyle ameliyata alınan hastaya yapılan eksplorasyonda sağ overde 7x5x3 cm boyutlarında, yüzeyi düz, ödemli kitle tespit edildi. Sol over normal boyut ve görünümde idi. Batın içinde diğer organlara ait patoloji saptanmadı. Over tümörü ön tanısıyla hastaya sağ salpingo-ooferektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hastanın ameliyattan bu tarihe takibinde herhangi bir şikayeti olmadı.

Makroskopik incelemede overin 7x4.5x3 cm boyutlara



**Resim 1.** Normalden büyük boyutlardaki overin kesit yüzeyi parlak ve jelatinöz görünümde.

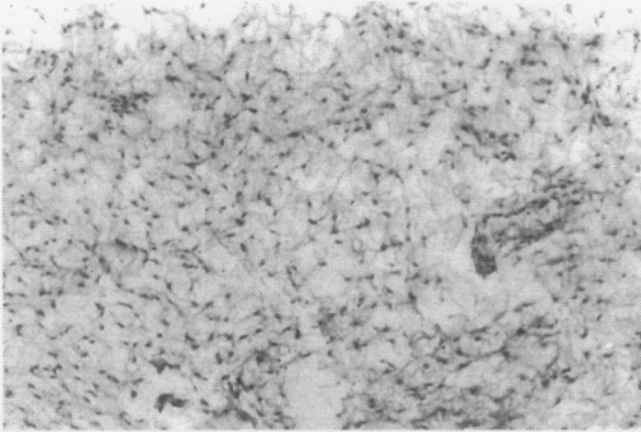


**Resim 2.** Kapsülde kalınlaşma, korteks dış kısmında fibrotik, diğer alanlarda over stromasında ödemli görünüm (HE x100).

ulaştığı, kesit yüzeyinin düzgün, pembe-beyaz renkte parlak ve şeffaf görünümde olduğu, kesit yüzeyinden sıvı taşıdığı görüldü. Arada 0.3-0.4 cm çaplarında birkaç adet kistik yapı mevcuttu (Resim 1). Mikroskopik incelemede kapsülün kalın, korteks dış kısmının fibrotik olduğu ve bu iki yapının over yüzeyinde kompakt bir zon oluşturduğu görüldü. Diğer over do-

\* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

\*\* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı



Resim 3. Over stromasının gevşek, ödemli görünümü (HE x100).

kusu alanları ise yaygın olarak gevşek ve ödemli görünümde idi (Resim 2). Stromal hücreler arasında, ödem sıvısı birikimine bağlı olarak, belirgin ayrışma mevcuttu (Resim 3). Ödemli alanlarda genişlemiş lenfatikler ve kan damarları dikkati çekmekte idi. Bazı kesitlerde ödemli stroma içinde korpus luteumlar ve follikül kistleri izlendi.

## TARTIŞMA

MOÖ genellikle 2-3. dekattaki kadınlarda görülmesine karşın çocukluk çağında, pre ve postmenapozal dönemde de ortaya çıkabilmektedir (5,6,7,8). Etiyolojisi ile ilgili çeşitli teoriler mevcut olmakla birlikte, bunların hiçbirisi kesin olarak gösterilmiş değildir. Mezoovaryumdaki doğumsal bir bozukluğun bu tabloya neden olabileceği düşünülmüş, ancak hiçbir olguda mezoovaryumda anatomik bozukluk saptanmamıştır. Hormonal nedenler ise olguların çoğunun unilateral olması nedeni ile reddedilmektedir. Overin kısmi veya intermittant torsiyonu sonucu gelişen venöz ve lenfatik drenaj bozukluğu en çok kabul gören teoridir. Olguların çoğunda ödemli stroma içinde görülen genişlemiş damarların ve hemosiderin pigmentinin varlığı, overin fiksasyonu sonucu ödemli gerilemesi ve overin normal boyutlara ulaşması bu teoriyi desteklemektedir (1,5,6).

Hastaların çoğu karın ağrısı ve pelvik kitle şikayetleri ile başvurumaktadırlar. Daha az oranda da menstürasyon bozuklukları, infertilite, abdominal distansiyon ve nadiren de virilizasyon başvuru şikayetleri arasındadır (3,5,9). Olguların %90'ı tek overde, bunların da önemli bölümü sağ tarafta görülmektedir (1,3,5). Kanbour ve arkadaşları (10) bunun nedenini, vena cava inferior'a doğrudan drenaj nedeniyle sağ vena ovarica'daki yüksek basınç ile açıklamaktadırlar.

MOÖ'de over hafif bir büyüme gösterebileceği gibi, çapı 40 cm'e kadar da ulaşabilmektedir. Ortalama çap 11.5 cm olarak bildirilmektedir. Makroskopik olarak over dış yüzü parlak ve düzgün, kesit yüzeyi ise jelatinöz görünümündedir. Arada kistik folliküller ve korpus luteumlar seçilebilmektedir (2,3,5). Mikroskopik incelemede korteks dış kısmının olaya katılmaması ve fibrotik görünümde olması tipiktir. Diğer over dokusu alanları ise ödemli görünümde olup, genişlemiş kan damarları ve lenfatikler, ekstravaze eritrositler, hemosiderin yüklü makrofajlar içermektedir (2,3). Olguların %40'ında ödemli stroma içinde lüteinize hücreler mevcuttur. Lüteinizasyonun, ödem sıvısının stromal hücrelere yaptığı mekanik stimulus sonucu oluştuğu ve hastalarda virilizasyona neden olduğu ileri sürülmektedir (1,5).

MOÖ'de makroskopik ve mikroskopik incelemede follikül kistlerinin ve korpus luteum gibi overin normal yapı elemanlarının görülmesi sklerozan stromal tümör ve fibrom gibi stromal tümörlerden ayırıcı tanısında önemlidir. Bu elemanlar fibromatozide de mevcuttur, ancak çevreleri MOÖ'dekinin aksine fibromatöz stroma ile çevrilidir (2).

Olguların çoğunda tedavide ooferektomi uygulanmaktadır. Ancak bazı araştırmacılar derin wedge biopsi yapıp lezyonun frozen ile tanımlanması ve ardından overin uterusu fiksasyonunu önermektedirler (1,5,11).

Sonuç olarak MOÖ, overin nadir görülen hastalıklarından biri olup, özellikle genç erişkin kadınlarda adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanısında akla getirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Kalstone CE, Jaffe RB, Abell MR. Massive edema of the ovary simulating fibroma. *Obstet Gynecol* 1969;34:564-71.
2. Clement PB. Non-neoplastic lesions of the ovary. In: Kurman RJ, editor. *Pathology of the Female Genital Tract*. 4th ed. New York: Springer-Verlag 1994:597-645.
3. Young RH, Scully RE. Non-neoplastic disorders of the ovary. In: Fox H, editor. *Obstetrical and Gynaecological Pathology*. 4th ed. New York: Churchill-Livingstone, 1995: 699-726.
4. Zaloudek C. The ovary. In: Gompel C, Silverberg SG, editors. *Pathology in Gynaecology and Obstetrics*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1994:313-413.
5. Chervenak FA, Castadot MJ, Wiederman J, Sedlis A. Massive ovarian edema: Review of world literature and report of two cases. *Obstet Gynecol Surv* 1980;36:677-84.
6. Heiss KF, Zwirn GT, Winn K. massive ovarian edema in the pediatric patient: A rare solid tumor. *J Pediatr Surg* 1994; 29:1392-94.
7. Lee AR, Kim KH, Lee BH, Chin SY. Massive edema of the ovary: Imaging findings. *Am J Roentgenol* 1993; 16:343-44.
8. Shirk JO, Copas PR, Kattine AA. Massive ovarian edema in a menopausal woman. A case report. *J Reprod Med* 1996;41:359-62 (abstr).
9. Vasquez SB, Sotos JF, Kim MH. Massive edema of the ovary and virilization. *Obstet Gynecol* 1982;59:95S-98S.
10. Kanbour AI, Salazar H, Tobon H. massive ovarian edema: A non-neoplastic pelvic mass of young women. *Arch Pathol Lab Med* 1979; 103:42-45.
11. Thorp JM, Wells SR, Droegemueller W. Ovarian suspension in massive ovarian edema. *Obstet Gynecol* 1990; 76:912-14.