

Parovarian Kistler

*Klinik, Embriyolojik ve Histopatolojik Düşünceler**

Dr. Sakıp Pekin**

Parovariyan kistler tüp ile over hilusu arasında, mesosalpiks içinde bulunan embriyolojik kalıntılardan meydana gelirler. Konjenital orijinli olduklarından hemen her yaşta görülebilirler. Genellikle 20-30 yaşları arasında daha sık görüldükleri söylenmektedir.¹

Parovariyan kistler seyrek görülürler. Bu kistlerin ilginç olanları örneğin, ileri derecede büyüklüğü, torsiyon gösterenleri veya atipik semptom verenleri yayınlanmış olduğundan gerçekte görülme nisbetleri literatürde bulunduğundan daha fazla tahmin edilmektedir.^{1, 3}

Parovariyan kistlerin muayene bulguları ve belirtileri over kistlerindeki bulgu ve belirtilere benzediklerinden preoperatif teşhisleri genellikle mümkün değildir ve ancak laparotomi sırasında tesbit edilirler.

Parovariyan kistler değişik büyüklükte olabilirler. Nadir olarak çok büyük hacimlere erişenleri olmakla beraber genellikle overin kist adenomalarından küçüktürler.⁴

Novak'a göre parovariyan kistlerde malignansiye meyil bulunmamaktadır.⁴ Literatür araştırmamıza göre ise şimdiye kadar malign dejenerasyon gösteren bir vaka neşredilmiştir.⁵ Kliniğimizde tesbit ettiğimiz 22 parovariyan kist vakalarımızdan bir tanesi malign dejenerasyon göstermekteydi.

Yazımızda, kliniğimizde tesbit ettiğimiz parovariyan kistlerin klinik, embriyolojik ve histopatolojik özellikleri ile, overin benign tümörlerine göre görülme nisbetleri ve tedavileri münakaşa edilmiştir.

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Çalışmalarından.

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Doçenti.

Materyal ve Metod

1 Haziran 1965-1 Haziran 1973 tarihleri arasında bölümümüzde ovarian kist tanısı ile laparotomi yapılmış bulunan 201 vakanın 22 tanesi parovarian kist olarak tesbit edilmiştir. Parovarian kistlerin ise 2 si papiller yapı göstermiş ve bunlardan birisi malign bulunmuştur. Overin malign tümörleri bu çalışmaya alınmamıştır.

Kliniğimizde parovarian kistlerin benign over kistlerine nazaran görülme nisbeti % 10,9 olmuştur. Parovarian kistlerin % 4,5 u ise seröz kist adeno kanser vasfında malign bulunmuştur. Bu bulgumuz otörlerin, parovarian kistlerde malignansiye meyil olmadığı hususundaki kanılarını doğrulamamaktadır.

Vakalarımızın yaşlarına göre parovarian kistlerin görülme nisbeti tabloda gösterildiği şekilde olmuştur.

TABLO I

Parovarian Kist Tesbit Edilen Vakalarda Yaş Dağılımı

Yaş Grupları	No	Sağ	Sol
15-25	7	5	2
26-35	4	-	4
36-45	7	4	3
46-55	2	1	1
56-65	2	-	2
Toplam	22	10	12

En genç vakamız 18 yaşında bekâr, en yaşlı hastamız 63 yaşında 17 senedenberi menozda bulunuyordu. Vakaların 12 tanesinde parovarian kist solda, 10 tanesinde ise sağda tesbit edildi. Kistlerin ekserisi orta büyüklükte olup boyutları 6x5 cm ile 20x15 cm arasında değişiyordu. Boyutları 25x30 cm den büyük olan 3 kistte pedükülü etrafında tam olmayan torsiyon tesbit edildi. Gerçekte bu vakalarımızda torsiyona uyan klinik belirtiler bulunuyordu. İçlerinden 12, 14 ve 18 litre sıvı boşaltıldı. Papiller yapı gösteren parovarian kistin boyutları 20x10 cm ve seröz tip-te kist adenokanser tesbit edilenin ise 8x10 cm bulundu.

Tedavi olarak pedükülsüz küçük parovarian kistler ligamentum latumun ön yaprağı açılarak enükle edilip çıkartıldılar. Saplı olanlar saplarından klempe edilerek tedavi edildiler. Malignansi gösteren vakamızda ise parovarian tümörle birlikte histerektomi ve iki taraflı adneks ekstirpasyonu yapıldı.

Tartışma

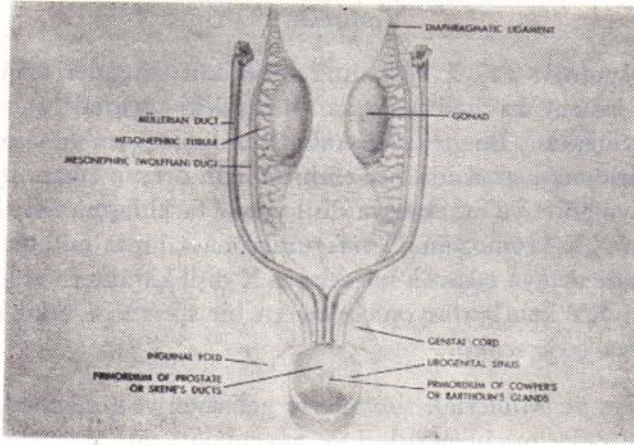
Embriyoloji: Erkek ve kadın reprodüktif sistemleri orijinal olarak embriyonik vücut kavitesinin arka yüzündeki genital kalınlaşmanın ortasından doğarlar. Bu germinal kabartılardan, sperm ve yumurta hücrelerinin birleşmesi sırasında her embriyo için ortaya çıkan özel kromozomal yapıya göre, ya erkek veya dişi yönde farklılaşma meydana gelir. Eğer sperm XX kromozomal konfigürasyona sahipse mitotik bölünmelerin hepsinde ortaya çıkacak hücreler XX dişi karakterli olacaktır. Buna mukabil XY konfigürasyonu gösteren bir sperm ise erkek karakteristikleri ortaya çıkaracaktır.

Wolffian ve Müllerian sistemlerin gelişmesi ve gerilemesi, hücrelerde bulunan doku organizatörleri ve hormonları gibi morfolojik ve histolojik farklılaşmayı yöneten genetik yapılara göre meydana gelir. 4 ila 6 haftalık embriyoda ifraz edici önemli bir organ olan mesonefros görülmeye başlar (Şekil 1). Bir çift olan mesonefroz, kısa bir müddet sonra mesonefrik kanal ile birleşecek olan bir seri primordial tubulusları ihtiva eder. Mesonefrik kanal aşağıya doğru uzanarak ilkel arkabarsağın kloakal kısmında bulunan orifise ulaşır. Bu orifisler her iki cinste de urogenital sinusta yer alırlar.

Eğer embriyo dişi yönde gelişirse mesonefrik tubulular Epoöphoron ve paroöphoron adlarını alan artık yapılara dejenere olurlar (Şekil 2).

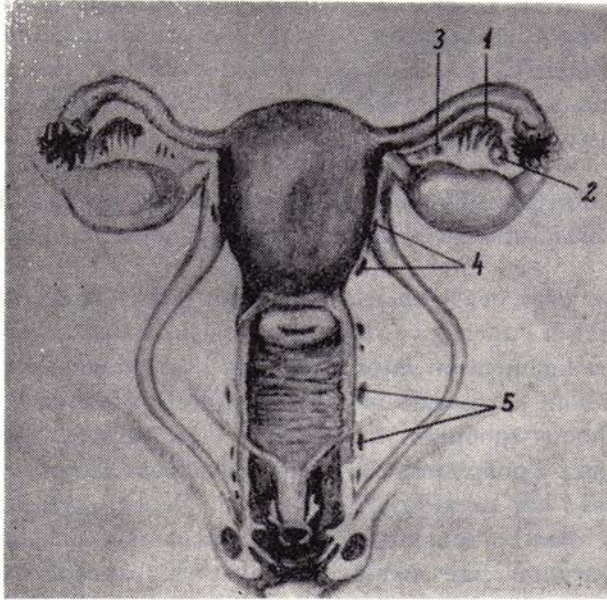
Şu hale göre ovaryumlarla ilgili olan embriyonal artıklar, mesonefronun inkişaf etmemiş ve rudimenter olarak kalan kısımlarıdır. Bunlardan birisi ligamentum latum uteri'nin ovaryuma yakın ve mesosalpinks adını alan parçasında iki periton yaprağı arasında bulunan Epoöphoron (ductus epoöphori transversalis veya parovarium) adı verilen bir oluşumdur. Epoöphoron 12-16 tane, ovaryum kenarına doğru dikey olarak uzanan kör kanalcıklardan ibarettir (Kobelt tubulusları). Mesonefrona ait idrar borucuklarının artıkları olan bu kanalcıkların bazıları hilustan ovaryum içine sokulurlar. Fakat bu kanalcıkların, hazırlanmakta olan yumurtaları ihtiva eden folliküllerle hiçbir ilişkileri yoktur. Erkeklerde bu kanalcıkların spermiyumların inkişaf ettiği ve olgunlaştığı tubuli contorti ile birleştiğini ve üreme hücrelerini nakleden yolun başlangıcı olan ductuli efferentes'leri meydana getirdiğini biliyoruz.

Bundan başka hilus ovarieye yakın, arteria ovarica'nın dalları arasında bulunan paraöphoron denilen bir oluşum vardır. Kör kanallardan ibaret ve mesonefronun alt kısmına ait olan bu embriyonal artık, erkeklerde Haller kanalına tekabül eder.⁶



Şekil 1

İç genital organların embriyolojik gelişmesi



1. Parovarium
2. Morgagni hidatidi
3. Paroöfaron
4. Gartner Kanalı
(Uterin Kısım)
5. Gartner Kanalı
(Vajinal Kısım)

Şekil 2

Mesonephric kanaldan menşecini alan embriyolojik kalıntılar.

Diğer bir embriyonal artık ductus epoöphori longitudinalis veya Gartner kanalı denilen uzun bir kanaldır. Bu kanal Wolffian (mesonephric) kanalın artığıdır. Bu da plica lata uterinin iki yaprağı arasında tubaların altında bulunur. Bunun kör dış ucu daha yanlarda olup bir veya birkaç ince kistik yapı içine dilate olur. Buna Morgagni hidatidleri denir. Bir kısım otörler bu perisalpingeal kistlerin üriner kanal epitelyumunun yanlış yerleşmesinden doğduklarına inanırlar.⁷ Sık olarak bunlardan birisi daha genişlemiş ve nadiren cevizden büyük olur. Bunların klinik yönden özel bir önemleri yoktur, ancak nadir vak'alarda görülen uzun, ince ve kardonvari pediküle sahip olanlar intestinal angulasyon ve obstrüksiyona sebep olabilirler.

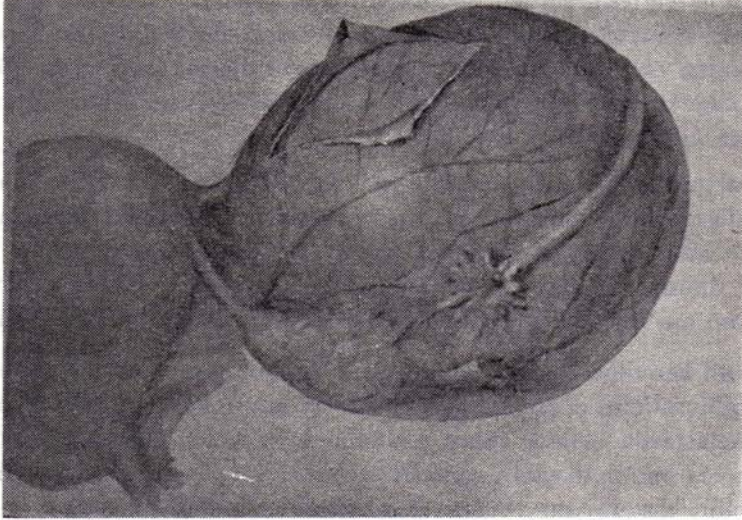
Gartner kanalı tubaların altında, mesosalpenks içinde uterusu dogru yaklaştıktan sonra aşağıya, uterus kenarına paralel olarak iner ve vagenin ön-yan duvarı boyunca uzanır. Bundan dolayı Gartner kanal kistleri daima vagenin ön-yan yüzünde bulunurlar. Kanal ekseriyetle parçalanmış bir şekilde bulunduğundan bütün uzunluğunda görülmez.

Wolf kanalları persiste oldukları ve kapalı tubulus biçiminde bulduklarından, içini döşeyen epitelin sekresyonu, lokal tazyik ile ilgili olarak damarlarda ortaya çıkan sekonder değişimler neticesinde transüstasyon ve osmotik tazyikin etkisi ile meydana gelen sekresyon lümen içine birikebilir, distansiyon ve kist formasyonuna sebebiyet verir.^{1, 8}

Klinik Özellikler: Parovarian veya Epoöphoron kistleri genellikle küçük kistler olup overin retansiyon kistlerine benzerler. Kistin bulunduğu tarafta dolgunluk hissi, ağrı, bazen poliüri ve dizüri, büyük olanlarda karında şişlik, alt karın nahiyesinde ağrı, idrar ve defekasyon güçlükleri bulunur. Bazıları devamlı olarak büyüme gösterir ve çok büyük bir hacme ulaşabilirler. Literatürde 27 ve 36 litre sıvı ihtiva eden dev parovarian kist vakaları bildirilmiş bulunmaktadır.^{2, 9} Vakalarımızdan 3 tanesi 12,14 ve 18 litre sıvı ihtiva eden büyük kistlerdi. Vara ve Kargas vakalarının % 1,76 sını dev büyüklükte tesbit etmişlerdir.¹⁰ Bu oran bizim vakalarımızda % 13,6 olmuştur.

Ovariyan kistler hem intraligamenter hem de ekstraligamenter gelişme gösterebilir. Parovarian kistler ise epoöphoron'un intraligamenter oluşundan dolayı daima intraligamenter gelişme gösterirler¹¹ ve ligamentum latumun gergin peritonu ile örtülmüş olarak bulunurlar. Geniş bağı vasküler ağı, kist duvarının özel kan damarlarından tam olarak ayrıdır (Şekil 3). Parovarian kistin bulunduğu tarafta tüp ve over yer değiştirmiş ve kist tarafından gerilmişlerdir. Kaide olarak tüp kistin ön yüzünden arka yüzüne doğru dolaşarak daire yapar ve arka yüzde fimbriya ucu ile yassılaştırmış ve biraz da uzamış overe ulaşır.

Vaginal muayenede adneks sahasını dolduran, over kistine nazaran daha derinde bulunan ve daha az hareketli olan, üzeri düz flüktüasyon veren bir kitle palpe edilir. Overin ayrıca alınabildiği vakalarda parovariyan kist tanısı daha kuvvetle konabilir. Ancak bu durum küçük pelvisi dolduran sıkışık vakalarda veya batın boşluğuna erişmiş büyük kistlerde mümkün değildir.



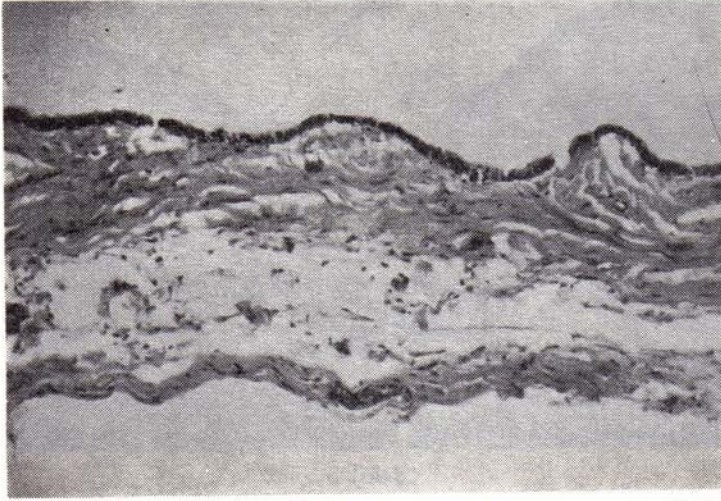
Şekil 3

Parovariyan kist, tüp kistin ön yüzünü dolanarak arkada fimbria ucu ile overe ulaşmaktadır. Lig. Latum açıldığında kist duvarının özel ve ayrı kan damarları görülüyor.

Parovariyan kistler hakiki bir pediküle sahip değildirler. Fakat peritoneal kavite içine çıktıkları zaman tüp, ligamentum ovarii Proprii, ligamentum suspensorium ovarii ve hatta ligamentum latumdan meydana gelen bir pedikül ortaya çıkar. Bu pedikülün torsiyonu nadir değildir. Akut batın tablosuna sebep olacağından, acil müdahale gerekli olur. Gebelikte, over kistlerinde olduğu gibi parovariyan kistlerde de komplikasyonlar artar ve torsiyon sıklaşır.^{12, 13}

Makroskopik Görünüm: Esas kanaldan veya küçük tubuluslardan değişik büyüklüklerde kistler oluşurlar. Küçük tubuluslardan genellikle küçük ve çok ince duvarlı kistler meydana gelir. Küçük parovariyan kistlerde papillamatoz yapıya meyil daha fazla olmaktadır.^{1, 4} Overler normal görünümündedir. Büyük kistlerde ise over kiste doğru yassılaştırmıştır. Kist ovoid biçimde, mesosalpiks yaprakları arasına yayılmış bir durumda bulunur. Kist kavitesi genellikle unilokulerdir. İçi özgül ağırlığı ve protein seviyesi, plasma seviyesinden düşük hafif alkalin berrak bir sıvı ile doludur.^{1, 4, 8}

Mikroskopik Yapı: (Şekil 4) Parovariyan kist cidarı genellikle ince ve yumuşaktır. Dışta sağlam lamelli ve içte konnektif dokudan ibaret gevşek iç tabaka bulunur. İç tabaka tek sıralı epitel ile döşelidir. Epitel altında ince konnektif doku, elastik lifler ve düz adele lifleri ihtiva eder, ve bu bulgu over kistlerinden ayırt edilmede yardımcı olur.¹⁴



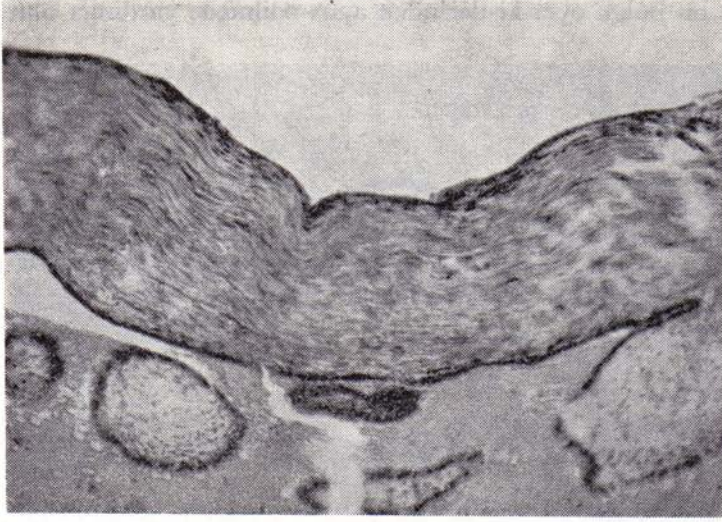
Şekil 4

E. P., 2739-73 (Parovariyal kist) Basıklaşmış epitel ile döşeli fibrokollajen doku ve damarlar ihtiva eden kist cidarı.

Epitelyum bazı sahalarda alçak, bazı yerlerde silindirik ve sillidir. İç tazyikin fazla olduğu vakalarda epitel düz, yassılaştırmış görülür, fakat kist açılıp boşaltıldığında sık olarak kırışık hale gelir. Kist cidarının kırışık görünümü elastik yapılarının retraksiyon kabiliyetinden dolayıdır.

Papiller yapı gösteren parovariyan kistlerin makroskopik ve mikroskopik bulguları overin seröz tipteki papiller kist adenomasındaki bulgulara benzerler. Bunlarda papiller yapı kistin iç yüzünü tamamen örtbileceği gibi yer yer isole gruplar halinde de bulunabilir. Papillalar düz olabileceği gibi nodüler veya villöz olabilir. İnce, pedüncüllü, branşlaşma gösteren papillalar bir araya gelerek birleşebilir veya geniş karnabahar manzarasında kitle halinde olabilir. Artan konjesyon nedeni ile kırmızı renkte görülür, fakat nekroz ve yağlı degenerasyon meydana gelince gri-sarı saman rengine değişebilir. Mikroskopik muayenede kist duvarı değişik kalınlık ve kesafette fibröz dokudan yapılmıştır. İç tabaka tek sıralı epitelle örtülüdür. Papillalar ağaç vari bir manzara ihtiva eden değişik bir yapı gösterebilir. Bunlar, tek katlı seröz epitel ile

örtülü konnektif dokudan yapılmış bir merkezi kısma bağlı olarak bulunurlar. Merkezi kısım geniş veya dar, kalın veya fibriler, kesif veya ödematöz olabilir (Şekil 5).

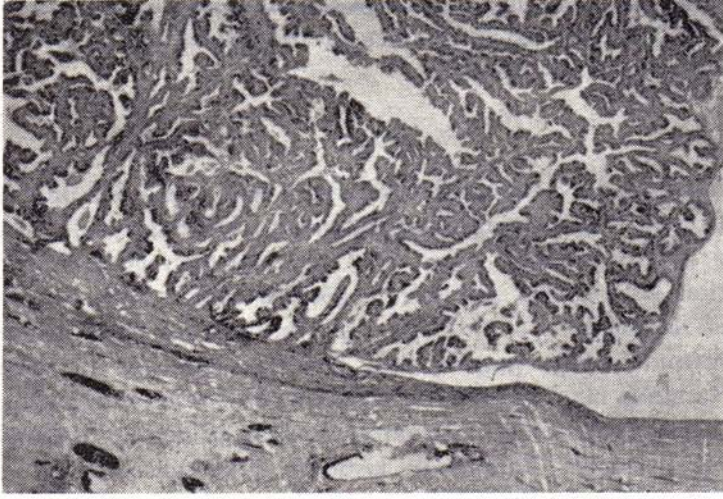


Şekil 5

S. S., 2679-73 (Parovariyal kist) Fibröz cidarlı kistin iç yüzünü tek sıra basık epitel döşemektedir. Lumene doğru papiller çıkıntılar görülmektedir.

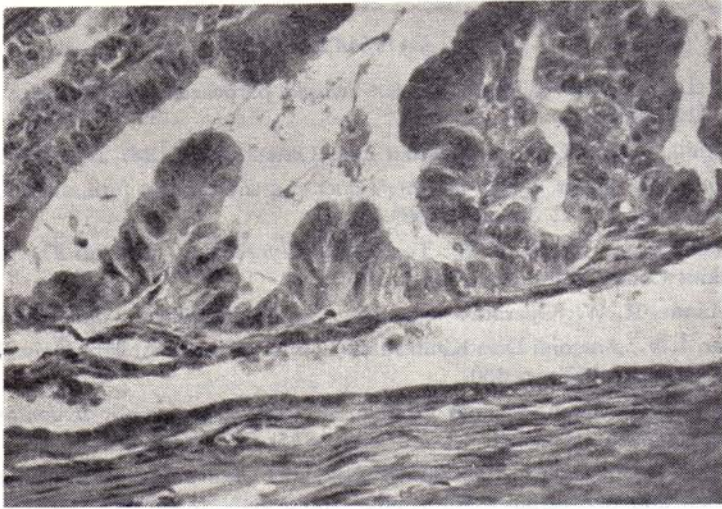
Düşük derecede malignansi gösteren vakalarda papiller proliferasyon, stromanın adenomatöz invazyonu, glandları döşeyen veya vilileri örten epitelin hafif kümeleşmesi, değişik derecelerde selüler intizamsızlık ve nükleer hiperkromatizm bulunabilir. Yüksek derecedeki malignanside aşırı epiteliyal proliferasyon, hiperplastik papiller yapı, stromal invazyon, yaygın infiltratif hücre kümeleri, hücrelerin biçim, büyüklük ve boyanmalarında değişiklikler, nükleer intizamsızlık, hiperkromatizm ve mitoz bulunur. Ödem, hemoraji ve nekroz görülebilir (Şekil 6, 7).

Tedavi: Paravariyal kistlerin tedavisi laparotomi ile olur. Küçük kistlerde ligamentum latumun gergin peritonu ön yüzünden açılarak kist enükle edilir. Çünkü ligamentum latumun vasküler ağı, kist duvarının özel kan damarlarından tam olarak ayrıdır. Bu durum operatöre kistin, geniş ligamentin gevşek konnektif dokusundan, dikkate değer kanama olmaksızın kolaylıkla sıyrılıp çıkartılmasını mümkün kılar. İstisna olarak, geçirilmiş emflamasyona bağlı adezyonlarla çevrilmiş, batın içine yukarıya çıkamamış ve pelvis tabanına, veya mesosigmoid içine gelişmiş kistlerin eksizyonu zor olabilir.



Şekil 6

S. S., 2679-73 Aynı kistin diğer kısımlarında lümeneye doğru gelişen büyük atipik epitel hücrelerinin örttüğü papiller yapılar görülmektedir (Tanı: Seröz tipte papiller kist adenokarsinom).



Şekil 7

S. S., 2679-73 Aynı preparatın büyük büyültme ile görünümü. Atipi barizdir.

Büyük olan ve pedikülü bulunan vakalarda kist pedikülünden kesilerek çıkartılır. Bu hastalar genellikle genç hastalar olduklarından overlerin korunmasına büyük dikkat sarfedilmelidir. Parovariyan kist çıkartılınca, over kistlerinde olduğu gibi hemen açılarak içi kontrol edilmelidir. Papiller yapı görüldüğü zaman tedavi, hastanın yaşı ve

malignansi olup olmadığına göre plânlanmalıdır. FIGO'nun¹⁵ overin malign tümörleri için yapılmış olan sınıflandırması (staging) praovariyan kistler için de geçerli olmalıdır.

Özet

1. Haziran 1965 tarihinden itibaren 8 sene içinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünde 22 tane parovarian kist tesbit edildi. Bunların 3 tanesi dev büyüklükte olup birer defa torsiyon göstermekteydiler. Parovarian kistler, aynı süre içinde görülen overin neoplazik ve non-neoplazik kistlerinin % 10,9 unu teşkil ettiler. Ayrıca 22 parovarian kistin birisinde benign papiller yapı, diğerinde ise seröz kist adenokarsinoma tarzında malignansi tesbit edildi. Bu bize tesbit ettiğimiz parovarian kistlerin % 4,5 unda malignansiye rastlanabildiğini göstermektedir. Neticemiz Novak'ın "Parovarian kistlerde malignansiye meyil yoktur" sözü ile ters düşmektedir.

Ayrıca yazımızda, parovarian kistlerin embriyolojisi, klinik özellikleri, histopatolojisi ve tedavisinden bahsedildi.

KAYNAKLAR

1. Mac Donald, Ch. J., Pratt, J. H.: Twisted parovarian cysts. *Obstet. Gynec.*, **29**: 113, 1967.
2. Burnhill, M. S.: Giant parovarian cyst, *Obstet. Gynec.* **26**: 275, 1965.
3. Gribetz, D., Becker, J. M.: Gartner's duct cyst with abscess formation. *J. Mount Sinai Hospt. N. Y.* **30**: 279, 1963.
4. Novak, E., and Novak, E. N.: *Textbook of Gynecology*, Fifth ed. The Williams-Wilkins Comp. Baltimore, 1965 p. 539.
5. Te Linde, R. W.: *Operative Gynecology* (ed. 2) Lippincott, Philadelphia 1953.
6. Odar, İ. V.: *Anatomi Ders Kitabı*, İkinci cilt 3. cü baskı. Ankara Üniv. Tıp Fak. yayınlarından 1961, s. 430.
7. Gardner, G., Green, R., and Pecham, B.: Normal and cystic structures of the broad ligament, *Amer. J. Obstet. Gynec.* **55**: 917, 1948.
8. Kiekhofler, W., Holmen, G. and Peckham, B.: Some chemical characteristics of ovarian and parovarian cystic fluids, *Obstet. Gynec.*, **20**: 471, 1962.
9. Hutchinson, M. E.: Intraligamentous parovarian cyst. *Amer. J. Obstet. Gynec.* **37**: 505, 1939.
10. Vara, P. and Kargas, T.: Uber parovarial Tumoren, *Ann. Chir. et Gynaec. Fenniae*, **40**: 97, 1951.
11. Martius, H.: *Lehrbuch der Gynaekologie*, 7. Auflage, George Thieme Verlag, Stuttgart 1962, S. 232.
12. Downing, W., and O'Toole, L.: Parovarian cyst complicating pregnancy. Report of case causing dystocia, *JAMA.*, **112**: 1798, 1939.

- 13. Mac Farlan, S. M., and Loescher, R. M.: Ovarian and parovarian cyst in pregnancy. Med. Bull. Us. Army Europe, 20: 110, 1963.
- 14. Jeffcoate, T. N. A.: Principles of Gynecology, Ed. 3, Butterworth and Co. LTD. London 1967, p. 570.
- 15. Gusberg, S. B., and Frick, H. C.: Corscaden's Gynecologic Cancer, Ed. 4, Williams Wilkins Comp. Baltimore 1970, p. 556.

Parovarial Ovarien

Die Parovarial Ovarien sind eine seltene Form der Eizellenkiste.

Die Parovarial Ovarien sind eine seltene Form der Eizellenkiste. Sie entstehen aus dem Mesonephros und sind von einer Kapsel umgeben. Die Kapsel ist aus Bindegewebe und Epithel aufgebaut. Die Kapsel ist mit Eizellen gefüllt, die von den Follikeln umgeben sind. Die Kapsel ist mit Eizellen gefüllt, die von den Follikeln umgeben sind. Die Kapsel ist mit Eizellen gefüllt, die von den Follikeln umgeben sind.

Die Parovarial Ovarien sind eine seltene Form der Eizellenkiste. Sie entstehen aus dem Mesonephros und sind von einer Kapsel umgeben. Die Kapsel ist aus Bindegewebe und Epithel aufgebaut. Die Kapsel ist mit Eizellen gefüllt, die von den Follikeln umgeben sind.

- 1. Parovarial Ovarien
- 2. Follikel
- 3. Eizellen

Die Parovarial Ovarien sind eine seltene Form der Eizellenkiste. Sie entstehen aus dem Mesonephros und sind von einer Kapsel umgeben. Die Kapsel ist aus Bindegewebe und Epithel aufgebaut. Die Kapsel ist mit Eizellen gefüllt, die von den Follikeln umgeben sind.

* Literatur: Dr. H. Loescher, Berlin, 1963.
** Literatur: Dr. H. Loescher, Berlin, 1963.
*** Literatur: Dr. H. Loescher, Berlin, 1963.