

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. N. Cenk SAYIN

**BENİGN PELVİK KİTLE NEDENİYLE OPERE
EDİLEN HASTALARIN PREOPERATİF VE
POSTOPERATİF SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Burcu YEŞİLDAĞ

EDİRNE -2018

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana sonsuz katkıda bulunan ve birlikte çalışmaktan gurur duyduğum tez yöneticim Prof. Dr. N. Cenk SAYIN'a, mesleki gelişimime büyük katkıları olan Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Koray ELTER'e, uzmanlık eğitimim boyunca kişisel ve mesleki gelişimime katkı sağlayan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, anabilim dalımızın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Füsun VAROL'a ve Doç. Dr. Z. Nihal DOLGUN ALTINTAŐ' a, tüm eğitim ve çalışma hayatım boyunca yanımda olan annem, babam ve kardeşime asistanlığım süresince kadın hastalıkları ve doğum doktoru olmanın zorluğunu, keyfini, heyecanını ve ayrıcalığını birlikte paylaştığım tüm doktor arkadaşlarıma, tüm kadın hastalıkları ve doğum çalışanlarına teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
JİNEKOLOJİK KAYNAKLI PELVİK KİTLELER	3
JİNEKOLOJİK KAYNAKLI OLMAYAN PELVİK KİTLELER	7
PELVİK KİTLELERE YAKLAŞIM	8
BENİGN PELVİK KİTLELERDE RİSK FAKTÖRLERİ	9
PELVİK KİTLELERİN PREVALANSI	9
PELVİK KİTLELERDE TANI VE DEĞERLENDİRME	10
JİNEKOLOJİK ONKOLOĞA SEVK KRİTERLERİ	12
PELVİK KİTLELERİN YÖNETİMİ	13
GEBELERDE PELVİK KİTLE YÖNETİMİ	16
PELVİK KİTLELERİN KOMPLİKASYONLARI	17
PELVİK KİTLELERİN CERRAHİ YÖNETİMİ	19
JİNEKOLOJİK CERRAHİ KOMPLİKASYONLARI	22
GEREÇ VE YÖNTEM	24
BULGULAR	26
TARTIŞMA	36
SONUÇLAR	42
ÖZET	45
SUMMARY	47
KAYNAKLAR	49
EKLER	

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMH	: Anti-Müllerian Hormon
CA125	: Cancer Antigen 125
ES	: Eritrosit Süspansiyonu
Exp	: Ekspansiyel
HE4	: Human Epididimis Protein 4
IOTA	: International Ovarian Tumor Analysis (Uluslararası Ovaryan Tümör Analiz)
İV	: İntravenöz
LN	: Doğal (Naturel) Logaritma
LS	: Laparoskopi
LT	: Laparotomi
MR	: Manyetik Rezonans
PİH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
SO	: Salpingooferektomi
TAH+USO	: Total Abdominal Histerektomi+ Unilateral Salpingooferektomi
TAH+BSO	: Total Abdominal Histerektomi+ Bilateral Salpingooferektomi
TDP	: Taze Donmuş Plazma
TOA	: Tubaovaryan Abse
USG	: Ultrasonografi

GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlarda pelvik kitle sık rastlanan bir patoloji olup çoğunluğu jinekolojik organ kaynaklıdır, ancak jinekolojik olmayan yapılardan da kaynaklanabilir. Çoğunlukla asemptomatiktir. Tipik semptomları ağrı, basınç hissi, dismenore veya anormal uterin kanamalarıdır. Asemptomatik kadınlarda rutin pelvik muayene sırasında saptanabilir.

Jinekolojik nedenli pelvik kitle uterin, ovaryan, paraovaryan ve tubal kaynaklı olabilmektedir. Pelvik kitlenin kaynaklandığı doku yaş ile farklılık göstermektedir. Üreme organlarından kaynaklanan pelvik kitle denilince akla benign veya malign ovaryan kitleler, myoma uteri, tubaovaryan abse, ektopik gebelik, endometrioma gibi patolojiler gelmektedir (1).

Ovaryan tümör oranı jinekolojik nedenli hastanede yatanlar arasında %1-3' tür (2). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'ndeki kadınların % 5 ile %10 arasında ovaryan neoplazi nedeniyle hayatının bir evresinde opere olacağı tahmin edilmektedir (3). Adneksiyal tümörlerin ortalama 20-40 yaş arasında görülmesi beklenmektedir. Cerrahi tedavi gerektiren tümörlerin ise %75 benignidir. Ovaryan kitlenin patolojisi yaş ile büyük oranda değişmektedir. Yaş ile neoplazi oranı artmaktadır. Multiparlarda nulliparlara göre ovaryan kitle oranı artarken; nulliparlarda multiparlara göre ovaryan malignite oranı 2 katına çıkmaktadır (4). En yaygın benign ovaryan neoplazi "seröz kistadenom"dur. Prepubertal ve puberte döneminde pelvik kitlelerin çoğu fonksiyonel kistlerdir ve neoplastik lezyonlarda da en sık "benign germ hücreli tümörler" ve "matür kistik teratomlar" görülür. Reprodüktif dönemde ise en sık "fonksiyonel over kisti" ve "myomlar" görülmektedir. Bununla birlikte gebeliğe bağlı uterusun büyümesi de sık nedenler arasındadır. Myomun toplumdaki oranı yaklaşık %20-25

olarak belirtilmekle birlikte yapılan histopatolojik ve sonografik çalışmalarda kadınlarda sıklığının %70-80 gibi bir oran olduğu bildirilmiştir (5). Myom jinekolojik nedenli hastaneye yatışlar arasında %27 ile en yüksek oranı oluşturmaktadır.

Pelvik kitlenin tedavisi hastanın semptomlarına, yaşına ve risk faktörlerine göre değişir. Medikal tedavi bu kitlelerin birçoğunda olanaklı olsa da, cerrahi tedavi çok yüksek oranda başarı sağlar. Pelvik kitlenin yönetimi doğru tanıya dayanmaktadır. Tanı konulması ile birlikte hastalığın gidişatı hastaya aktarılmalıdır. Hastalığın yönetimi ile ilgili tüm seçenekler hastaya sunulmalı ve tartışılmalıdır. Yönetim öncelikli olarak semptomlara dayanmalı, cerrahi tedavi, medikal tedavi ve takibi içermelidir.

Çalışmamızda 2006-2016 yılları arasında kliniğimizde benign pelvik kitle nedeniyle opere olan 18 yaş ve üzerinde 1500 hastanın verilerini taramayı hedefledik. Hastaların postoperatif patoloji sonuçları ile birlikte ameliyat tekniği yanı sıra preoperatif ve postoperatif klinik ve laboratuvar bulgularının sonuçlarını değerlendirdik. Ameliyat yöntemlerini ameliyat endikasyonu ile birlikte inceledik. Çalışmada kitlenin histopatolojisi ile birlikte hastaların yaşları, kronik hastalıkları, transfüzyon ihtiyaçları ,ameliyat tekniği, komplikasyonları ve ameliyat sonrası durumları da değerlendirilmiştir.

GENEL BİLGİLER

Jinekolojik organ kaynaklı pelvik kitleler uterus, fallop tüpleri, broad ligamanı, overler ve broad ligamanıt içindeki embriyolojik artıklardan oluşur. Fakat bu yapılara komşu, genital sistemin dışında bulunan organlar ve bunların patolojileri de jinekolojik kaynaklı kitle olarak yorumlanabilir.

JİNEKOLOJİK KAYNAKLI PELVİK KİTLELER

Ovaryan Kitleler

Adneksler overler, fallop tüpleri, broad ligament ve broad ligament içindeki embriyolojik artıklardan oluşur. Adneksiyal yapılara komşu organlardan gelişen yapılar da adneksiyal kitle olarak değerlendirilebilir (Tablo 1). Adneksiyal bir kitle sıklıkla over dokusundan gelişir.

Over kaynaklı neoplastik olmayan kitleler:

Fonksiyonel over kistleri: Overin normal fizyolojik sürecinde patolojik olmayan, foliküllerden gelişen, folikül içi sıvı birikimi ile oluşan kitlelerdir. Genellikle tedavi gerektirmeden, 4-8 hafta arasında izlem sonrasında kendiliğinden kaybolmaktadır. Bu grupta folikül kistleri, korpus luteum kisti ve teka-lutein kistleri yer almaktadır. Normal ovulasyon sürecinde, bir folikül olgunlaşır ve daha sonra bir yumurtayı serbest bırakmak için yırtılır; bunu corpus luteumun oluşumu takip eder. Yırılma meydana gelişmediğinde ve folikül büyümeye devam ettiği zaman foliküler kistler ortaya çıkar; korpus luteal kistler, korpus

luteumun ovulasyondan sonra ortaya çıkmadığı ve genişlemeye devam ettiği zaman ortaya çıkar. Teka lutein kistleri ise çoğunlukla gestasyonel trofoblastik hastalık, çoğul gebelik, diyabet gibi durumlarda teka interna tabakasının hipertrofisi ve luteinizasyonu ile karakterizedir.

Tablo 1. Adneksiyal kitlelerin kaynaklandıkları dokulara göre sınıflandırılması (6)

Adneksiyal kitle	Jinekolojik organ kaynaklı	Jinekolojik organlardan kaynaklanmayan
Neoplastik olmayan kitleler	Ovaryan Fizyolojik kist Folikül kisti Korpus luteum kisti Teka-lutein kisti Gebelik luteoması Polikistik over Enflamatuvar kist Over kaynaklı olmayan Ektopik gebelik Konjenital anomali Embriyolojik kalıntı Tuba kaynaklı Piyosalpenks Hidrosalpenks	Apendiks absesi Divertikülit Barsak-omentum adhezyonları Peritoneal kist Dolu mesane Pelvik böbrek Urakal kist Anterior sakral meningosel
Neoplastik kitleler	Ovaryan Epitelyal Germ hücreli Seks kord stromal hücreli Metastaz Ovaryan kaynaklı olmayan Myom Paraovaryan kist Endometriyal karsinom Tubal karsinom	Karsinom Sigmoid kolon Çekum Apendiks Mesane Retroperitoneal neoplazm Presakral teratom

Endometrioma: Endometriozis endometriyal gland ve stroma dokusunun uterus dışındaki varlığı olarak tanımlanmaktadır. Endometrioma, endometrial dokunun ovaryan doku içinde ektopik büyümesinden kaynaklanan adneksiyal kitlenin benign bir nedenidir. Bir endometrioma veya "çikolata kisti", tipik olarak homojen ekojeniteler içeren, USG (ultrasonografi) üzerinde kompleks bir kitle olarak görünür. Kistin içerdiği eski kan, çikolata renkli sıvı görünümüne sahiptir.

Tubaovaryen abse: Akut pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) ' in son basamağıdır. Pelvik inflamatuvar hastalığın tubadan overe ilerleyip dokular arası sınırların kaybolması ile tubaovaryan abse meydana gelir. Tubaovaryan abseler çoğunlukla üreme çağındaki

kadınlarda bulunur ve tipik olarak üst genital sistem enfeksiyonundan kaynaklanır. Adneksiyal kitle ile birlikte abdominopelvik ağrı, ateş, pürülan servikal akıntı ve servikal hareket hassasiyeti bulguları, tubaovaryen abse (TOA) tanısını düşündürmelidir.

4.Paraovaryen kistler: Embriyolojik kalıntılardan veya gerçek neoplazilerden kaynaklanırlar. Neoplastik paraovaryan kistler nadirdir.

Over kaynaklı neoplastik kitleler: Over tümörleri histolojik özelliklerine göre sınıflandırılır. Kaynaklandığı hücre tipine göre epitelyal tümörler, germ hücreli tümörler, seks kord-stromal tümörler ve diğerleri olarak gruplandırılır. Herbiri benign, borderline ve malign olarak gruplandırılmaktadır. Benign neoplastik over kitleleri, en sık 10- 30 yaşları arasında olan kadınlarda görülür (7). Benign over neoplazileri epitelyal hücreli, germ hücreli ve seks kord-stromal hücreli olarak ayrılmaktadır.

Epitelyal hücreli over tümörleri: Embriyolojik olarak over kapsül epitelinden köken almaktadırlar. En sık postmenopozal dönemde görülmelerine karşın doğurganlık çağında da izlenebilirler (8). Seröz, müsinöz, endometroid, berrak hücreli, transisyonel hücreli tümörler (Brenner tümörü) olarak sınıflandırılmaktadır. Herbir histolojik tip benign, malign ve borderline olmak üzere 3 alt gruba ayrılmaktadır. Over kanserlerinin %90-95' i epitel hücre kaynaklıdır.

Seröz tümör: Genellikle benignidir. Tipik olarak ince duvarlı, fallop tüpünü döşeyen benzer hücrelerle döşeli, içerisi seröz sıvı ile dolu genellikle uniloküler kistlerdir. %20 oranında bilateraldir. Tüm over tümörlerinin üçte birini ve tüm over kanserlerinin %50' sinden fazlası seröz tip oluşturmaktadır (9).

Müsinöz tümör: Kalın duvarlı, küçük olmakla birlikte büyük çaplara ulaşabilen ve mukoid içeren kitlelerdir.%10 oranında bilateraldir. Multilokuler ya da unilokulerdir. Tek katlı kolumnar epitel ile döşelidir. Müsinöz tümörler %5-10 oranında maligndir.(10)

Germ hücreli over tümörleri:

Matür kistik teratom (Dermoid): Tek bir germ hücresinin üç germ tabakası olan ektoderm, mezoderm ve endoderm tabakalarından oluşur. Kıl, yağ, kemik ve diş gibi rastgele doku birikimleri içerir. Deriye ait yapıların sıklığı nedeniyle 'dermoid' ismini almıştır. Yaşamın ikinci ve üçüncü dekadlarında en sık görülen over neoplazisidir (7). Çoğunlukla

üreme çağında görülür. Tüm overyan neoplazilerin %10-25'ini, tüm benign over neoplazilerinin %60'ını oluşturur. Malign değişim %1-3 oranındadır.

Seks kord-stromal over tümörleri: Fibroma: Overin benign solid tümörleri genellikle bağ dokusu kökenlidir (fibroma, tekoma veya Brenner tümörleri). Bu tümörler, yumurtalık yüzeyinde bulunan küçük nodüllerden birkaç bin gram ağırlığındaki büyük neoplazilere kadar değişir. Fizik muayenede, bu neoplaziler genellikle mobil ve düzensizdir. Fibromalar bazen ilk önce over korteksinde küçük nodüller olarak görülürler bazen ise; tüm pelvis ve alt karın bölgesini doldurarak son derece büyük olabilirler. Tümörler sertlikleri ve myomlara benzerlikleri ile karakterizedir. Fibromanın kesilmiş yüzeyi homojen grimsi beyaz ve sert bir görünüme sahiptir, ancak daha büyük tümörlerde kistik dejenerasyon alanları yaygındır.

Tekoma: Tüm over tümörlerinin %1-2'sini oluşturur . Sıklıkla postmenopozal dönemde, tek taraflı ve solid bir kitle olarak saptanmaktadır. Malignite potansiyeli çok düşüktür ve over boyutları genellikle değişmeden kalır.

Brenner tümörü: Nadir görülen bir over neoplazisi olan Brenner tümörü, fibroma ile benzer özelliklere sahiptir. Sıklıkla, overde rastlantısal olarak bulunur. Brenner tümörü genel olarak benignedir; ancak nadiren malign olgu görülebilir.

Tuba Kaynaklı Kitleler

Paratubal kistler: Ürogenital embriyolojik gelişim sırasında mevcut olan paramesonefrik (müllerian) veya mezonefrik (wolffian) kanalların kalıntılarından kaynaklanan basit kistlerdir. Fallop tübü ya da broad ligamanı kaynaklıdır. En sık rastlanan morgagni hidatid kistidir.

Hidrosalpenks: Bir enfeksiyonun neden olduğu ödemli fallop tüpüdür. Tedavi edilmeyen veya yeterince tedavi edilmeyen PİH vakaları, tubal fimbriaların skarlanması veya "clubbing" ile sonuçlanır. Tüp salgıları ya da enflamatuar sıvı toplanması hidrosalpenks veya piyosalpenks ile sonuçlanır. Akut enfeksiyon çözüldükten sonra hidrosalpenks kalabilir. Tüp fonksiyonu genellikle tehlikeye girer ve bu da infertiliteye katkıda bulunabilir, kronik pelvik ağrının kaynağı olabilir.

Ektopik gebelik: Endometrial kavite dışındaki gebeliktir. Ektopik gebelikler en sık fallop tüpünde (%96) meydana gelir (11). Diğer olası ektopik gebelik çeşitleri servikal,

interstisyel (aynı zamanda kornual olarak adlandırılır; fallop tüpünün proksimal segmentinde yer alan ve kas duvarı içine gömülmüş gebelik), histerotomi (sezeryan) skarı, intramural, ovaryan ve abdominal ektopik gebeliktir. Ek olarak, nadir durumlarda, biroklu gebelik (heterotopik) olabilir (hem intrauterin hem de ekstrauterin gebeliği içerir).

Uterus Kaynaklı Kitleler

Gebelik uterusu büyüten sebeplerden biridir. Üreme ağında pelvik kitle ile gelen bir kadında gebelik tanısı mutlaka dışlanmalıdır. Uterusun en sık görülen tümörü myomlardır. Uterin myom (fibroid veya leiomyom) uterusun benign neoplazisidir. Kadınlarda en sık görülen pelvik tümördür (12,13). Myomlar myometriumun düz kas hücrelerinden kaynaklanan benign monoklonal tümörlerdir. Üreme ağındaki kadınlarda ortaya çıkar ve hastalar genellikle anormal uterin kanama, pelvik ağrı, basınc semptomları ve infertilite Şikayetleri ile başvururlar.

JİNEKOLOJİK KAYNAKLI OLMAYAN PELVİK KİTLELER

Metastatik Hastalık

Endometriyum, meme ve bazı gastrointestinal malign neoplaziler overin ve tubaların yaygın metastaz bölgeleridir. Nadiren lenfoma veya sarkomlar overe metastaz yapabilirler.

Abdominopelvik Abse

Gastrointestinal sistemin lezyonları ( zellikle divertikülit ve apandisit) pelvik abse sebebi olabilir. Bir divertikülit atağı sırasında, hassas bir kitle palpe edilebilir ve abdominal distansiyon yaygın görülen bulgudur Divertikülit atağı sırasında görülebilen semptomlar ateş, karın ağrısı (genellikle sol alt kadran), bulantı, kusma, kabızlık ve ishaldir. Ateş, sol alt kadran ağrısı ile başvuran, pelvik muayenesinde ya da USG görüntülemesinde pelvik kitle tespit edilen yaşlı kadınlarda divertiküler hastalık düşünülmelidir. Bir adneksiyal kitle halinde bulunabilen diğer bağırsak kitlelerinin örnekleri arasında apandeks tümörü veya inflamatuvar kitle, Meckel divertik l nden kaynaklanan bir tümör, ince ve kalın bağırsağın gastrointestinal stromal tümörleri yer alır.

Üriner Sistem Kitleleri

Pelvik muayene veya görüntüleme sırasında adneksiyal kitle ile karışabilen üriner sistem kitleleri mesane divertikülü, üreter divertikülü ve pelvik böbreği içerir.

Peritoneal İnküzyon Kisti (Psödokist)

Geçirilmiş cerrahi müdahaleler sonrasında peritoneal katlar ya da yapışıklıklar arasında seröz sıvı birikmesidir.

PELVİK KİTLELERE YAKLAŞIM

Bir pelvik kitleye yaklaşım hastanın yaşına ve üreme durumuna göre olmalıdır. Hastanın yaşına ve üreme durumuna göre pelvik kitlelerin dağılımına bakıldığında farklılık göstermektedir. Çocuk ve ergenlik döneminde adneksiyal kitleler üreme çağındaki kadınlara göre daha az görülür. Ancak çocuk ve ergenlik döneminde bir adneksiyal kitle varlığında, adneksiyal torsiyon veya over malignitesi olma olasılığı erişkine göre daha yüksektir (%10-20) (14,15).

Adneksiyal kitlelerin büyük çoğunluğu premenopozal dönemde meydana gelir ve bu kitlelerin çoğu benignittir (16). Bunun nedeni, birçok benign adneksiyal kitlenin patogenezinin üreme fonksiyonu ile ilişkili olmasıdır. Ovaryan veya fallop tüpü kanseri menopoz öncesi dönemde postmenopozal kadınlara göre daha az olasıdır. Over kanseri insidansı yaşla artmaktadır. National Cancer Institute'nin ABD (Amerika Birleşik Devletleri) de 2015 yılında yaptığı çalışmada over kanseri insidansı 20 ile 29 yaş arası 1,8- 2,2/100,000 iken; 40 ile 49 yaş arası 9- 12,2/100,000' dir (17).

Gebelik döneminde korpus luteum kistleri, teka lutein kistleri ve luteomolar görülebilmektedir. Korpus luteum kistleri, hamilelik sırasında daha uzun sürer ve bu nedenle daha büyük bir boyuta ulaşabilir, hemorajik hale gelebilir, yırtılabilir veya torsiyon gelişebilir. Gebelik sırasında bir corpus luteum cerrahi olarak çıkarılırsa, gestasyonel yaşa bağlı olarak ek progesteron gerekebilir. Teka lutein kistleri, gestasyonel trofoblastik hastalıkta ya da infertilite tedavisi için yapılan ovülasyon indüksiyonuna bağlı ovaryan hiperstimülasyona bağlı ortaya çıkar. Luteomalar genellikle tek taraflı, solid yapıda, 20 cm çapa kadar ulaşabilen ancak gebeliğin sona ermesi ile gerileyebilen kitlelerdir. Luteomalar yalnızca hamilelik sırasında ortaya çıkar. İntrauterin gebeliği olan bir hastada eş zamanlı olarak ektopik gebeliği de olabileceği unutulmamalıdır.

Postmenapozal dönemde, malignite öncelikli sırada gelmektedir. ABD' de over kanseri tanısı ortalama yaşı 63' tür (18). Bu kadınların çoğu bir cerrahi değerlendirme gerektirir. Adneksiyal torsiyon, tubaovaryan abse gibi acil durumlar daha az yaygındır, ancak bu gibi durumlar geliştiğinde malignite ile ilişkili olma olasılığı daha yüksektir.

BENİGN PELVİK KİTLELERDE RİSK FAKTÖRLERİ

Yapılan çalışmalarda myom gelişme sıklığı siyahi kadınlarda, beyaz kadınlardan 2-3 kat daha fazla bulunmuştur (19-21). Siyah ve beyaz kadınlar arasındaki genetik faktörler, diyet, yaşam tarzı, psikososyal stres ve çevresel maruziyet farklılıklarının bu eşitsizliğe katkıda bulunduğu düşünülmektedir (22,23). Parite myom oluşma olasılığını azaltır (24,25). Bazı kohort çalışmalarında, myom gelişimi açısından ilk doğumda daha ileri yaşta olmak, ilk doğumda daha genç yaşla karşılaştırıldığında daha düşük riskli bulunmuştur ve son doğumdan itibaren geçen süre arttıkça myom gelişme riskinin arttığı görülmüştür (26).

Erken menarş (<10 yaş) myomların gelişmesi riskinin artması ile ilişkilidir. Standart veya daha düşük doz oral kontraseptiflerin (≤ 35 mcg etinil estradiol/gün) kullanımı myomların büyümesine neden olmaz; bu nedenle myomlu kadınlarda kontrendike değildir (24,26,27).

Dietilstilbestrole prenatal maruziyet, patojenezde erken hormonal maruziyetin rolünü destekleyen ve daha yüksek myom gelişme riski ile ilişkilidir (28). Alkol, özellikle biranın tüketimi, myom gelişme riskinin artmasıyla ilişkili görünmektedir (29).

Hipertansiyon artmış myom riski ile ilişkilidir. Risk, artmış süre veya hipertansiyonun şiddeti ile ilişkilidir (30).

Fonksiyonel over kisti oluşumu için risk faktörleri daha önce over kisti öyküsü olması, düzensiz menstrüel sikluslar, infertilite tedavisi görmüş olmak, tamoksifen kullanımı, gebelik, sigara kullanımıdır (31).

Ektopik gebelik için risk faktörleri intrauterin cihaz kullanımı, tubal ligasyon ve in vitro fertilizasyon (IVF), geçirilmiş tubal cerrahi, geçirilmiş ektopik gebeliktir.

Endometriozis riskinin artması ile ilişkili faktörler arasında nulliparite, endojen östrojene uzun süreli maruziyet (örneğin; erken menarş veya geç menopoza), daha kısa menstrüel sikluslar (≤ 27 gün), menoraji, menstrüel açıklığın tıkanması (örneğin; Müllerian anomaliler), intrauterin dietilstilbestrol maruziyeti, düşük vücut kitle indeksi, çocukluk veya ergenlik döneminde şiddetli fiziksel veya cinsel tacize maruz kalma ve yüksek oranda trans doymamış yağ tüketimi yer almaktadır (32-34).

PELVİK KİTLELERİN PREVALANSI

Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların %5-10'unun yaşamının bir döneminde şüpheli over neoplazisi nedeniyle ameliyat olacağı tahmin edilmektedir (3). Over neoplazisi

nedeniyle opere olan premenopozal dönemdeki kadınların %6-11'inin, postmenapozal dönemdeki kadınların %30'unun overin malign neoplazisi olduğu görülmüştür (35).

Siyahi kadınların yaklaşık %25'inde myom bulunurken, bu oran beyaz kadınlarda %7'dir (36). Myomlar, üreme çağındaki kadınların yaklaşık olarak %12-25' inde klinik olarak görülmektedir ve cerrahi olarak eksize edilen uterusların patolojik incelemesinde yaklaşık %80 oranında dikkat çekmiştir (37,38).

Ektopik gebelik tüm gebeliklerin %1-2'sinde görülür. Ektopik gebeliğin %96'dan fazlası fallop tüpüne, geri kalanı over, serviks, omentum ve sezeryan skarına implante olur (11). Servikal gebeliğin 1/2500- 1/18.000 gebelik döneminde gerçekleştiği ve ektopik gebeliklerin %1'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir (39). İnterstisyel gebelik ektopik gebeliklerin %1 -3'ünü oluşturur (40,41). Ovaryan gebelik 1/2100 - 1/60000 gebelikte görülür ve ektopik gebeliklerin %1-3'ünü oluşturur (42). Abdominal gebelik ektopik gebeliklerin %1,4'ü kadarını oluşturur (43). Bu gebelikler ileri gebelik haftalarına kadar fark edilmeden gidebilir ve sıklıkla şiddetli batın içi kanamaya yol açabilir (44).

PELVİK KİTLELERDE TANI VE DEĞERLENDİRME

Pelvik kitleli kadınlarda tipik olarak jinekolojik semptomlar görülür ancak birçok hastada pelvik muayene veya görüntüleme tesadüfen bir pelvik kitle keşfedilir. Bilinen veya şüphe duyulan bir pelvik kitlesi olan hastalarda, kitlenin varlığını doğrulamak ve özelliklerini belirlemek için genel bir değerlendirme yapılmalıdır.

Bir pelvik kitlenin değerlendirilmesi ve tanı konulması öykü, fizik muayene ve laboratuvar testlerine ek olarak pelvik USG gerektirir. Hastalar, acil müdahaleyi gerektiren veya malignite gösteren özellikler açısından değerlendirilmeli ve durum odaklı bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

Tıbbi Öykü

Pelvik ağrı veya baskı adneksiyal kitle ile ilişkili en sık görülen semptomdur (45). Hastalar genellikle vajinal kanama, vajinal akıntı, dismenore, disparoni gibi semptomlarla başvurur. Overin fizyolojik kistleri veya neoplazileri asemptomatik olabilmekle birlikte, tipik olarak kitlenin olduğu tarafta ağrı ile ilişkilidir. Endometrioma dismenore veya disparoni ile ilişkili olabilir. Adneksiyal kitle ve vajinal kanama ile başvuran ve gebe olabilecek bir hastanın gebelik testi yaptırması gerekir. Ektopik gebelik özellikle acil değerlendirme gerektirir. Endometrioma ya da hidrosalpenks infertilite ile ilişkilidir. İnfertil hastalar pelvik

kitle açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Over kanseri olan hastalar, pelvik veya abdominal semptomlarla veya özellikle tümörün hormon üretimiyle ilgili semptomlarla birlikte (seks kord-stromal tümörler) gelebilirler. Ateş ve vajinal akıntıdan şikayet eden ve adneksiyal kitle olduğu saptanan hastalar tubaovaryan abse açısından değerlendirilmelidir. Bir tubal kitle ve PİH öyküsü kombinasyonu da bir hidrosalpenksi düşündürülebilir. Ateşsiz, persistan, seröz vajinal akıntı, fallop tüpü kanseri ile ilişkili bulunmuştur.

Myomu olan bir hasta uzun süreli adet kanaması, pelvik basınç, pelvik ağrı gibi semptomlar ayrıca infertilite veya obstetrik komplikasyonlar ile başvurabilir. Myomları olan kadınlarda anormal uterin kanama ve menstrüel kramplar tüm kadınların yaklaşık %26-29'unda ortaya çıkan en yaygın semptomlardır (46).

Fizik Muayene

Semptomatik bir hastada pelvik kitleyi değerlendirmek ve özelliklerini belirlemek için ayrıntılı bir pelvik muayene yapılır. Pelvik muayenede kitle bulgusu pelvik görüntüleme ile birlikte değerlendirilmelidir. Görüntüleme, adneksiyal kitle, uterin kitle ya da başka bir anatomik lokasyondan gelişen bir kitleyi gösterebilir. Muayenede kitlenin yokluğu pelvik kitlenin varlığını tamamen ortadan kaldırmaz. Küçük adneksiyal kitlelerin overin derin anatomik lokasyonu nedeniyle palpe edilmesi zordur. Submuköz myom aynı şekilde palpe edilemeyebilir. Kitlenin boyutu, kıvamı ve hareketliliği belirtilmelidir. Myomu olan bir hastada bimanuel pelvik muayenede düzensiz konturlu genişlemiş, mobil uterus ele gelir. Douglasta düzensiz veya sabit nodülerite varlığı malignite düşündürülebilir. Diğer yandan endometriomalar ve tubaovaryan abse, sabit ve düzensiz olabilen benign lezyonlardır. Postmenopozal kadınlarda douglasta nodülerite, malignite açısından oldukça şüphelidir; ancak premenopozal kadınlarda endometriozise işaret edebilir. Enflamatuvar bir süreçte olan hastalar, adneksiyal kitle palpasyonu (örneğin; TOA) ile hassasiyet gösterir. Ovaryan neoplazisi olan bir hastanın pelvik muayene sırasında hassasiyeti olabilir. Hastada douglasta palpasyonun tam olarak sağlanması için rektovajinal muayene yapılmalıdır.

Görüntüleme

Adneksiyal kitlenin değerlendirilmesinde ilk seçenek görüntüleme pelvik USG dir (47). Pelvik USG'nin over kanseri tanısı için duyarlılığı %86-91 arasında olup, özgüllük %68-83 arasında değişmektedir (48). Çoğu hastada hem transvajinal hem de transabdominal USG yapılmalıdır. Transabdominal USG daha iyi tolere edilir ve abdominal süreçleri

görselleştirmede daha yararlıdır. Transvajinal USG, pelvik yapıların daha az artefaktla daha iyi çözülmesini sağlar ve mesanenin dolu olmasını gerektirmez. Adneksiyal kitle tipinin kesin tanısı sadece görüntüleme ile değil histolojik değerlendirme ile yapılır. Bununla birlikte, basit over kistleri, hemorajik kistler, endometriomalar ve teratomlar sıklıkla histolojik tanıyı çok iyi öngören karakteristik USG özelliklerine sahiptir. Hekim USG ile cerrahi değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirleyemiyorsa ikinci bir görüntüleme kullanılması uygundur. Cerrahi değerlendirme ile devam edip etmemeye karar vermek için daha fazla görüntüleme gerektiğinde MR (manyetik rezonans) görüntüleme ikinci bir görüntüleme çalışması olarak kullanılmalıdır. USG' de belirsiz bir görünüme sahip olan over kitleleri tipik olarak, kitlenin duvar pıhtılarının USG' de solid görünebildiği hemorajik kitleler, atipik bir görünümde olan matür teratomlar veya solid over neoplazileri için MR görüntüleme ikinci bir görüntüleme yöntemi olarak kullanılabilir. Metastatik over kanseri şüphesi olan hastalarda karın veya diğer bölgeleri değerlendirmek için ek görüntüleme gerekebilir.

Tipik olarak myom düşünülen tüm hastalarda öncelikle USG yapılır. Eğer intrakaviter bir leiomyom var ise (submukozal veya intramural) ve endometriyal boşlukta bulunan myomun yüzdesi net olarak tespit edilemiyorsa, salin infüzyon sonografi veya histereskopi kullanılabilir. USG bulguları cerrahi planlama için yeterli değilse veya tanı kesin değilse, yani uterus sarkomu veya adenomyozis şüphesi varsa, MR kullanılabilir. Myomlar USG' da sıklıkla gölgelenme ile birlikte hipoekoik, iyi sınırlı, yuvarlak kitleler şeklinde görülür. Görüntüleme sırasında, bir fibroidde kalsifikasyon genellikle dejenere olduğunu gösterir. Bu kalsifikasyonlar düz filmde pelviste “patlamış mısır” kalsifikasyonu olarak görülebilir. MR, tüm uterus myomlarının boyutunu ve yerini görselleştirmek için en etkili yöntemdir ve myom, adenomyozis ve adenomyomayı ayırt edebilir. Bu görüntüleme maliyeti nedeniyle, laparoskopik myomektomi yapılacak hastalarda myometriumda beklenen derinliğin bilinmesi, leiomyosarkomlardan myomları ayırt etmede ve uterin arter embolizasyonundan önce uterin arter embolizasyon sonucunu öngörmek amacıyla kullanılması uygundur.

JİNEKOLOJİK ONKOLOĞA SEVK KRİTERLERİ

Kompleks bir adneksiyal kitlesi olan hastalar, metastatik epitelyal over kanseri, fallop tüpü kanseri veya periton kanseri düşündürülen bulguları ya da over kanseri düşündürülen laboratuvar değerleri (örneğin; yükselmiş serum CA125) olan hastalar daha ileri değerlendirme için jinekolojik onkoloğa yönlendirilmelidir. Evreleme ve sitoredüksiyon bir jinekolojik

onkolog tarafından yapıldığında prognozun arttığına dair kanıtlar vardır. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) ve SGO (Society of Gynecologic Oncologists) tarafından 6 referans merkezinde 1035 hastanın kayıtlarını retrospektif inceleyerek, adneksiyal kitlelerin jinekolog onkolog ile konsülte edilmesi için kriterler belirlenmiştir. Pelvik kitlesi olan bir hastanın jinekolojik onkoloğa sevk için kriterler tabloda gösterilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Pelvik Kitlelerin Jinekolojik Onkoloğa Sevk Kriterleri (49)

Premenapozal kadınlar
CA125>200U/ml Asit bulguları Abdominal veya uzak metastaz bulguları (görüntüleme yöntemleri ile) Birinci derece akrabalarda over veya meme kanseri öyküsü
Postmenapozal kadınlar
CA125>35U/ml Asit Nodüler veya fikse pelvik kitle Abdominal veya uzak metastaz bulguları (görüntüleme yöntemleri ile) Birinci derece akrabalarda over veya meme kanseri öyküsü

CA125: Cancer Antigen 125.

PELVİK KİTLELERİN YÖNETİMİ

Pelvik kitlenin yönetimi doğru bir tanıya dayanır. Hastalığın tanısı hastalığın muhtemel seyri ile birlikte hastaya iletilmelidir. Hastaya hastalığın yönetimi ile ilgili tüm seçenekler sunulmalı ve hastayla tartışılmalıdır. Yönetim öncelikle semptomlara dayandırılmalı ve cerrahi tedavi seçeneklerini ve tıbbi yönetimi içermelidir.

Tubaovaryan abse ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Agresif medikal ve / veya cerrahi tedavi gereklidir ve bir abse rüptürü sepsise yol açabilir. Geniş spektrumlu antibiyotiklerin ve modern cerrahi uygulamaların ortaya çıkmasından önce, toa ile ilişkili mortalite oranı yaklaşık % 50 veya daha yüksekti (50,51). Mortalite oranı, rüptüre olmayan abselerde yoktur. TOA için tedavi yöntemleri yoğun antibiyotik tedavisi, minimal invaziv drenaj prosedürleri, invaziv cerrahi veya bu girişimlerin bir kombinasyonunu içerir. Küçük abselerin büyük çoğunluğu (<9 cm çapında) tek başına antibiyotik tedavisi ile düzelir. Tek başına veya drenaj veya cerrahi ile kombinasyon halinde antibiyotik tedavisinin seçimi, hastanın durumuna ve absenin özelliklerine bağlıdır.

Premenapozal dönemdeki hastalarda adneksiyal kitlelerin neredeyse tümü benignidir. Cerrahi müdahale gerektiren adneksiyal kitlelerin % 75' i benignidir. Tüm over kanserlerinin

%15'inden azı 50 yaş altı kadınlarda izlenmektedir (52). Adneksiyal kitlesi olan postmenopozal kadınlarda malignite, öncelikli sıradadır. ABD'de over kanseri tanısı ortalama yaşı 63'dür (17). Reprodüktif çağıdaki kadınlarda tek taraflı, 8cm'den küçük, kistik, mobil ve düzgün yüzeyli kitlelerin fonksiyonel kist ihtimalini göz önünde bulundurarak, spontan rezolüyonu veya östrojen/progestin ile ovulasyon baskılanması sonucunda, 4-8 hafta sonra kaybolması muhtemeldir (53). Düşük doz oral kontraseptif kullanımının ovaryan kisti olan premenapozal kadınlarda etkili olmadığı bazı çalışmalarda bildirilmiştir (54,55). Fakat çift taraflı, solid, fikse, düzensiz yüzeyli, asit ve douglasta nodülerite ile birlikte hızlı büyüme eğiliminde olan kitleler malignite düşündürmektedir ve ön planda cerrahi tedavi tercih edilmelidir. Premenapozal hastalarda CA125 birçok benign durumda yükselebildiğinden seri ölçümleri, TV-USG, Doppler USG ile beraber uygulanması önerilmektedir. Moore ve ark. (56), 2009 yılında pelvik kitleli kadınlarda over kanseri riskini belirleyebilmek için Risk of ovarian malignancy (ROMA) algoritmasını bulmuşlardır. Bu algoritmada HE4, CA 125 ve menopozal duruma göre risk hesaplanmaktadır (Tablo 3). Bu teste göre premenopozal dönemde <%13,1 ve postmenopozal dönemde < %27,7 olan değerler malignite için düşük riskli olma özelliği taşımaktadır. Çalışma sonucunda ROMA indeksinin, over kanseri ve benign grupları % 93,8 doğrulukla ayırdığı, ayrıca düşük ve yüksek riskli olarak gruplandığı, duyarlılığın %92,3 ve özgüllüğün %75 olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. ROMA İndeksinin Hesaplanması (56)

Premenopozal kadınlar için: Prediktif İndeks (PI) = -12,0 + 2.38*LN[HE4] + 0,0626*LN[CA125]
Postmenopozal kadınlar için: Prediktif İndeks (PI) = -8.09 + 1.04*LN[HE4] + 0.732*LN[CA125]
ROMA(%) = exp(PI) / [1 + exp(PI)] *100

CA 125: Cancer Antigen 125, **Exp:** Ekspansiyonel, **HE4:** Human epididimis protein 4, **LN:** Doğal (naturel) logaritma, **ROMA:** Risk of Ovarian Malignancy.

International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) grubunun 4848 hasta üzerinde yaptığı çalışmada aşağıdaki tablo 4' teki kurallar dikkate alınarak hastalar sınıflandırılmıştır (57). Bir adneksiyal kitlenin özelliklerine bakıldığında B kurallarından hiçbiri yok iken, bir veya daha fazla M kuralı varsa; kitle malign olarak sınıflandırılmıştır. M kurallarından hiçbiri yok iken, bir veya daha fazla B kuralı varsa; kitle benign olarak sınıflandırılmıştır. Hem M kuralları hem de B kuralları geçerliyse ya da kurallardan herhangi biri yoksa kitle herhangi bir grupta sınıflandırılmamıştır. IOTA çalışmasında duyarlılık % 89,0, özgüllük % 84,7 bulunmuştur.

Tablo 4." International Ovarian Tumor Analysis" (IOTA) Grubu'nun ultrasonografide benign veya malign bir tümörü tanımlamak için on kuralı (57)

Malign tümörün tahmin edilmesi için kurallar		Benign tümörün tahmin edilmesi için kurallar	
M1	İrregüler solid tümör	B1	Uniloküler
M2	Asit varlığı	B2	En geniş çapı <7mm olan solid bileşenin varlığı
M3	En az 4 papiller yapı	B3	Akustik gölgelerin varlığı
M4	İrregüler, multiloküler, solid, en geniş çapı ≥100 mm tümör	B4	Düzensiz sınırlı, en geniş çapı <100 mm tümör
M5	Çok güçlü kan akımı (renk skoru 4)	B5	Kan akımı olmaması (renk skoru 1)

Doppler ultrasonografide renk skoru, vaskülarizasyon: 1, akım yok; 2, minimal akım; 3, orta akım; 4, çok güçlü akım

Paratubal veya paraovaryan lezyonlardan türeyen bir primer malignite nadirdir; literatür taraması 14 tane malign veya borderline paraovaryan epitelyal neoplazi bulmuştur (58); bununla birlikte metastatik maligniteler sıklıkla paraovaryan veya paratubal dokulara olur. Bu kistler genellikle pelvik USG veya cerrahi sırasında tesadüfen ortaya çıkarlar. Teşhis normal bir overin bitişiğinde basit kistik yapı görülerek koyulur. Asemptomatik olan paratubal veya paraovaryan kistleri olan kadınlarda, USG' de basit görünür ve <10 cm çapındadır, hiçbir müdahaleye veya sürekli gözetime gerek yoktur.

Bir paratubal veya paraovaryan kist semptomatik olduğunda, semptomlar sıklıkla tek taraflı pelvik ağrı olarak ortaya çıkar (59). Semptomlar şiddetli hale gelmedikçe cerrahi genellikle gerekli değildir. Kist büyük veya semptomatik ise cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Genel olarak kistlerin cerrahi müdahalesi LS ile yapılır. Daha büyük over kistlerinde olduğu gibi, paratubal kist adneksin torsiyonuna ve acil cerrahi müdahale gerektiren akut şiddetli ağrıya yol açabilir.

Asemptomatik olan ya da medikal veya cerrahi tedaviyi reddeden myomu olan hastalarda takibe yönelik yüksek kaliteli veriler bulunmamaktadır. Bununla birlikte, myomların önemli ölçüde küçülebildiği ve postpartum dönemde ve menopoz döneminde önemli regresyonun olduğu veriler göz önüne alındığında, bazı kadınlar için takip yönetimi makul bir seçenek olarak görünmektedir (60,61). Genel olarak, kadınların %75'i bir yıllık tedaviden sonra iyileşmektedir, ancak uzun dönem başarısızlık oranları yüksektir (62). Oral medikal tedavi alan hastalar üzerinde yapılan randomize çalışmalarda, yaklaşık %60 hastada iki yıl boyunca ameliyat gerektiğini gözlemlemiştir (63). GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormon) agonistleri, potansiyel olarak komplike histerektomi veya myomektomi öncesinde, ameliyatı önemli ölçüde kolaylaştıracak uterus ya da myom hacminde azalma istenen veya demir tedavisine cevap vermeyen önemli bir anemi varsa önerilebilir. En az invaziv

prosedürden geçmek isteyen myom ile ilgili anormal uterin kanaması olan kadınlar için, başka levonorgestrel salgılayan intrauterin araç önerilebilir. Semptomatik olan uygun submukozal myomları olan kadınlar için histeroskopik myomektomi önerilebilir. Bu prosedür, genellikle myometriyumun bütünlüğünü tehlikeye atmadan gelecekte çocuk doğurmaya izin verir, ancak aynı zamanda minimal invaziv olduğundan çocuk doğurmayı tamamlamış kadınlarda da uygun bir seçenektir. Abdominal myomektomi, belirgin semptomları olan kadınlarda ve histeroskopik rezeksiyona uygun olmayan submuköz myomlarda yapılır. Laparoskopik myomektomi, uterusun 17 hafta gebelikten daha küçük boyutta olduğu daha az veya az sayıda subseroz veya intramural myomu olan hastalar için bir seçenektir. Histerektomi doğurganlığını tamamlamış hastalarda semptomların giderilmesi ve tekrarlayan myomlarla ilişkili semptomların önlenmesi için kesin prosedürdür.

GEBELERDE PELVİK KİTLE YÖNETİMİ

Korpus luteum kistleri, gebelik sırasında daha uzun sürer ve bu nedenle daha büyük bir boyuta ulaşabilir ve hemorajik hale gelebilir, rüptüre olabilir veya torsiyona olabilir. Gebelik sırasında bir korpus luteum cerrahi olarak çıkarılırsa, gestasyonel yaşına bağlı olarak ek progesteron gerekebilir. Teka lutein kistleri ise infertilite veya gestasyonel trofoblastik hastalık için ovülasyon indüksiyonuna bağlı ovaryan hiperstimülasyonu olan kadınlarda ortaya çıkar. Teka lutein kistleri gebelik sonrası kendiliğinden gerileme eğilimindedir.

Gebelik sırasında, endometriozis lezyonları ve bunların ortaya çıkan semptomları çoğu zaman kaybolur veya iyileşir; bu da değişmiş hormonal çevreye yanıt olarak lezyonların desidualizasyonuna bağlanmıştır (64). Bununla birlikte, lezyonların desidualizasyonu onları biyolojik olarak inaktif hale getirmez. Olgu sunumları, intestinal perforasyon (65), hemoperiton (66,67), üroperiton (68,69), akut apandisit (70,71) ve ovaryan endometrioma rüptürü (72) dahil olmak üzere gebelerde endometriozisin neden olduğu komplikasyonları tanımlamıştır. Endometrioma, ekzojen Folikül Stimulan Hormon(FSH) stimülasyonu ile overde bulunan folikül sayısını azaltabilse de, kistin hamilelik veya canlı doğum oranları üzerinde bir etkisi olduğuna dair bir kanıt yoktur (73, 74).

Tubaovaryan abse, gebe kadınlarda nadiren bildirilmiştir (75,76). Gebe kadınlarda TOA' ya yaklaşım, gebe olmayan kadınlara benzerdir. Potansiyel olarak teratojenik (örneğin, kinolonlar) olan ilaçlardan kaçınılmalıdır. Cerrahi yönetim gebelik haftasına uygun ameliyatın güvenliğine bağlı olacaktır.

Hamilelik sırasında hem östrojen hem de progesteronun yüksek seviyeleri ve yeni myom gelişme riskini azaltır ancak myom büyümesine yol açabilir. Rutin ikinci trimester

ultrasonografisi yapılan 15.000 tekil gebe kadının % 2,7' sinde 1 cm ve üzerinde myom olduğu bildirilmiştir (77). Gebelik boyunca myom boyutlarını USG ile izleyen çalışmaların çoğu, istisnalar olmasına rağmen, myomların gebelik boyunca boyut olarak arttığına dair yaygın inancı reddetmiştir (78-81). Olguların % 50-60'ında myom büyüklüğünün sabit kaldığı, % 22-32 oranında boyutlarının arttığı ve %8-27 arasında boyutlarının azaldığı asemptomatiktir. Semptomatik kadınlarda semptomlar ağrı, pelvik basınç ve / veya vajinal kanamayı içerir. Komplikasyonlar ortaya çıktığında ağrılı dejenerasyon en sık görülen komplikasyondur. Ayrıca abortus, erken doğum, anormal fetal prezentasyon ve ablasyo plasenta gibi bazı komplikasyon riskleri de artmış gibi görünmektedir; ancak tüm çalışmalar bu verileri desteklememektedir.

Gebelikte cerrahi yaklaşım laparoskopi (LS) ve laparotomi (LT) den oluşmaktadır. Laparoskopik cerrahi gebe olan kadında gebe olmayan kadınla aynı avantajları sunar ve gebelik sırasında güvenle yapılabilir. LT yapılacaksa, insizyon tipi cerrahi prosedüre ve gebelik yaşına bağlıdır. Genel olarak, irileşmiş bir uterusun görülen alanı azaltacağı düşünülerek görülen alanın artırılması amacıyla ve insizyonun uzatılmasına izin vermek için gestasyonel yaş ilerledikçe vertikal orta hat insizyonu önerilir.

PELVİK KİTLELERİN KOMPLİKASYONLARI

Benign pelvik kitleler genellikle abdominal rahatsızlığı ve bazen de ağrıya neden olurlar. Rahatsızlığın derecesi belirsiz bir ağrıdan akut bir ağrıya kadar değişiklik gösterir. Akut ağrı pelvik kitlelerin komplikasyonu olan kist rüptürü, adneksiyal torsiyon, ektopik gebelik rüptürü, myom dejenerasyonun bir sonucu olarak meydana gelebilir. Ağrıya bulantı, kusma, lökositoz ve ateş gibi bulgular sıklıkla eşlik eder. Akut ağrı ve pelvik kitle ile başvuran kadınlar, gecikmeden değerlendirilmeli ve acil müdahale gerektirebileceği unutulmamalıdır.

Rüptüre bir over kisti bazen hayatı tehdit eden kanamalarla birlikte görülebilir. Hemorajik over kistleri veya hemorajik korpus luteum kistleri genellikle ovulatuvar disfonksiyonla ortaya çıkar. Hemorajik kist olan kadınlar asemptomatiktir ya da şiddeti değişen ölçüde pelvik ağrı şikayetleri olabilirler. USG' de kan pıhtısı gelişimine bağlı olarak değişen iç ekoları olan kistik bir kitle görülür ya da kan pıhtısı çözülürken "örümcek ağı" görüntüsü olabilir. Hasta stabil ise ve kanama devam etmezse, hasta takip edilebilir. Antikoagülan tedavi alan hastalar hemorajik over kisti açısından artmış risk altındadır. Diğer yandan over kist rüptüründe hastanın orta ve şiddetli pelvik ağrı ani başlangıçlıdır. Rüptüre

over kistleri batın içi kanama nedeniyle periton irritasyon bulgusu olarak hastada akut batına sebep olabilir. Çoğunlukla takip edilerek yönetilebilir, ancak hayatı tehdit eden durumlarda cerrahi tedavi gereklidir.

Adneksiyal torsiyon ya da over torsiyonu; over ligamentlerinde, genellikle iskemi ile sonuçlanan, overin tam veya kısmi rotasyonu anlamına gelir. Fallop tüpü genellikle over ile birlikte rotasyona uğrar ve buna adneksiyal torsiyon denir. Over torsiyonu için primer risk faktörü bir over kitlesidir. İskemik yaralanmayı ile overdeki ve tubadaki fonksiyon kaybını önlemek için acil cerrahi tedavi gereklidir. Pelvik USG, over torsiyonundan şüphelenilen hastalar için ilk aşama görüntüleme çalışmadır. "Power doppler", over için kan akımını değerlendirmek için kullanılabilir, ancak overi besleyen damarlar tam olarak tıkanmadıkça kan akımı görülecektir; bu nedenle over kan akımının gözlemlenmesi, adneksiyal torsiyonu dışlamaz. Ovaryan torsiyonun kesin tanısı, cerrahi değerlendirme sırasında torsiyone olmuş overin görülmesi ile koyulur.

Vajinal kanama ve/veya karın ağrısı ile gelen üreme çağındaki herhangi bir kadında tanı olarak ektopik gebelik mutlaka düşünülmelidir: Ektopik gebelik rüptürü, ektopik gebeliğin implante olduğu tüm yapıların rüptürüdür. Yaşamı tehdit eden kanamaya yol açabilir. Rüptür düşündürülen bulgular şiddetli veya kalıcı karın ağrısı veya devam eden kan kaybını düşündürülen semptomlar bayılma hissi, bilinç kaybı bulunur. Rüptürü düşündürülen herhangi bir belirtiyeye dikkat edilmelidir.

Endometriomalar, infertilite ile ilişkili bir tür over kitlesidir ve bunlar infertil hastalarda çıkarılmalıdır. Subfertilite ve endometrioma olan kadınlarda yapılan bir çalışmada, endometrioma eksizyonu, sadece kist duvarı ablasyonu olan kadınlarla karşılaştırıldığında artmış spontan gebelik oranı ile ilişkili bulunmuştur (82). Endometriomanın büyümesi, over torsiyonu, kist rüptürü ve malignite olasılığını artırdığı için çıkarılır (83).

Tubaovaryan absenin klasik görünümü akut alt karın ağrısı, ateş, titreme, vajinal akıntı ve adneksiyal kitleyi içerir. Pelvik görüntüleme tipik olarak normal adneksiyel mimariyi yok eden kompleks bir multiloküler kitle gösterir. Sepsisin teşhisi veya önlenmesi ve yumurtalıkların ve fallop tüplerinin daha fazla zarar görmesini önlemek için zamanında tanı ve tedavi gereklidir. Özellikle yaşlılar olmak üzere tubaovaryan absesi olan birçok kadının asemptomatik olduğunu unutmamak önemlidir. Tubaovaryan abse rüptürü ise, TOA olan hastaların yaklaşık % 15'inde görülür (84,85). Rüptür hayatı tehdit eden acil bir durumdur ve acil ameliyatla tedavi edilmelidir. Sepsis, TOA olan hastaların yaklaşık % 10- 20' sinde görülür (86). Sepsis gelişen hastalarda, cerrahi müdahalenin sonuçların iyileştirdiği için

kuvvetle tavsiye edilir. Cerrahi müdahalede gecikmenin klinik sonuçları kötüleştirdiği gösterilmiştir. TOA olan postmenopozal kadınlarda eşzamanlı jinekolojik malignite oranları daha yüksek görülmektedir.

Myom dejenerasyonu nadir olarak myom dokusunun dejenere olması; myom torsiyonu ise pedinküler bir myomun torsiyone olmasından kaynaklanan akut ağrıya neden olan komplikasyonlardır. Myom dejenerasyonunda tipik pelvik ağrıya, düşük dereceli ateş, palpasyonda uterin hassasiyet, artmış lökosit sayısı eşlik edebilir. Dejeneratif myomlardan kaynaklanan rahatsızlık, kendi kendini sınırlamakta olup, günler ile birkaç hafta arasında sürmektedir ve genellikle nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara yanıt vermektedir. Ağrının etiolojisinin net olmadığı durumlarda, gadolinyum ile pelvik MR görüntüleme, myomlarda dejenerasyon tanısını koymak için yararlı olabilir (87). Myomlar büyüklükleri ve yerleri ile ilişkili olarak mesaneyi boşaltmada güçlükten nadir olarak görülen tam idrar tıkanıklık, hidronefroz gibi üriner semptom, rektuma bası yapan myomlar kabızlığa ve çok büyük uterusların vena cava inferior basısına bağlı venöz kompresyon ve venöz tromboemboliye neden olabildiği görülmüştür. Uterus kavitesini (submukozal veya intrakaviter bir komponent ile intramural) bozan myomlar, gebelik şansını azaltmakta ve olumsuz gebelik sonuçlarına (örneğin ablasyo plasenta, fetal gelişme bozukluğu, malpresentasyon ve preterm doğum) sebep olabilmektedir.

PELVİK KİTLELERİN CERRAHİ YÖNETİMİ

Bir pelvik kitle için cerrahi eksplorasyon LS olarak (konvansiyonel veya robotik) veya LT ile yapılabilir. Cerrahi yaklaşım seçimi, malignite ve cerrahın şüphe derecesine ve hastanın tercihine bağlıdır. Düşük veya orta derecede malignite şüphesi varsa, tipik olarak laparoskopik bir yaklaşım kullanılır. LS, LT ile karşılaştırıldığında daha kısa bir iyileşme ve perioperatif morbidite azalması ile ilişkilidir. Şüpheli bir malignite için cerrahi yaklaşım seçerken, LS' nin ince bağırsak ve epigastriyumda küçük metastatik implantların saptanmasında LT kadar hassas olup olmadığı bilinmemektedir. LS, diyaframın muayenesi ve görünür peritoneal yüzeyler için LT' den açıkça üstündür. Kullanılan cerrahi teknik, tümör bozulma veya yayılma potansiyelini en aza indirmelidir. Genel olarak, kist içeriğinin aspirasyonu tek cerrahi girişim olarak tavsiye edilmez çünkü histopatoloji için doku elde edilmez ve kist sıvısının sitolojisi malignitenin dışlanması için güvenilir değildir ve yüksek oranda nüks gelişir. Premenopozal kadınlarda, preoperatif malignite şüphesi düşükse, kitle

intraoperatif olarak benign görünüyorsa ve metastatik hastalık olduğuna dair bir kanıt yoksa ovaryan kistektomi mantıklıdır. Kitlenin intraoperatif rüptürüne karşı önlem alınmalıdır.

Endometriomada cerrahi eksplorasyonun endikasyonları medikal tedaviye cevap vermeyen persistan pelvik ağrının teşhisi, overin fonksiyonunu sınırlayan ciddi semptomların değerlendirilmesi ve mesane lezyonları gibi anatomik anormalliklerin tedavisini, maligniteyi dışlamak, subfertiliteyi iyileştirmek ve over fonksiyonunu korumaktır. Medikal tedavi endometriozisin neden olduğu pelvik ağrı için etkili bir tedavi iken, endometriomaların yönetiminde takibe göre faydası yoktur (88-90). Endometriomada cerrahi, hemen her zaman LS, kesin tanı ve tedaviye izin verir. Cerrahi tedaviyi tercih eden kadınlar için, ilk basamak tedavi kistektomidir, çünkü kistektomi endometriomayı ortadan kaldırır, ancak normal overi bırakır. Tekrarlayan semptomatik endometrioma veya malignite ile ilgili görüntüleme bulguları olan diğer tedavileri başarısız olan ve çocuk sahibi olmayı tamamlamış hastalarda bilateral ooforektomi veya TAH+BSO uygundur . Endometriomayı çıkarmak için yapılan over cerrahisi, AMH (anti-müllerian hormon) düzeyleri tarafından değerlendirilen over rezervini azaltabilir, ancak antral folikül sayısı ile azalmaz (88,91,92). Primer endometrioma rezeksiyonu uygulanan kadınlara kıyasla tekrarlayan cerrahi yapılan kadınlarda over doku ve antral folikül kaybının daha fazla olduğunu bildirmiştir (93). Overde kullanılan hemostatik tekniğin postoperatif AMH seviyelerini etkilediği bildirilmiştir (94,95). İki farklı meta-analizde hemostatik sütürün bipolar koter ile karşılaştırıldığında AMH düzeylerinde daha az düşüşe sebep olduğu bildirilmiştir (96,97).

Ektopik gebelik, ekstrauterin gebeliktir. Ektopik gebeliği olan çoğu kadın metotreksat ile tedavi edilir. Cerrahi tedavi endikasyonları hemodinamik instabilite, rüptür şüphesi veya risk faktörleri, metotreksatın kontrendikasyonları veya başarısız medikal tedavidir. Ektopik gebelikte standart cerrahi yaklaşım LS' dir. Çoğu ektopik gebelik, hemoperitonyum varlığında bile, LS kullanılarak tedavi edilebilir. Ancak, akut kanaması olan hastalar için bazı cerrahlar LT' yi tercih ederler. Cerrahi yaklaşımın seçimi cerrah tarafından hastanın klinik durumu dikkate alınarak anesteziistin danışılarak yapılmalıdır.

Tubaovaryan abse tedavisinde abse rüptürü, sepsis gibi hayatı tehdit eden durumlar geliştiğinde, malignite şüphesi olduğunda, büyük abselerde, hastanın klinik olarak kötüleştiği durumlarda veya antimikrobiyal tedavi ile düzelmeyen hastalarda cerrahi endikasyonu vardır.

TOA tedavisinde LT, çoğu jinekolojik cerrah tarafından kullanılan cerrahi yoldur. Pelvik görselleştirmenin gerekliliği göz önünde bulundurularak genellikle bir maylard transvers veya dikey orta hat kesisi kullanılır. LS ve LT ile ilgili seçim cerrahın becerisine

bağlıdır. Rüptüre olmayan abseler, LS ile ameliyat yapılabilir. TOA cerrahisi enflamatuvar süreçten kaynaklanan anatomik yapının bozulması ve dokuların frajil hale gelmesi nedeniyle oldukça zordur. Genel cerrahi konsültasyonu gerekebilmektedir. Preoperatif bağırsak temizliği yapılması uygundur. Geleneksel yaklaşım, tüm enfekte olmuş dokuları çıkarmak için TAH+BSO yapmaktır. Tek taraflı SO doğurganlık ve hormonal fonksiyonun korunmasını sağlar, daha düşük cerrahi morbidite sağlar. Premenapozal dönemde olan, doğurganlığı korumak isteyen hastaların çoğunda konservatif bir yaklaşım önerilir. Akut hastalığı olan ve çocuk sahibi olan hastalarda, TAH+BSO sıklıkla tercih edilen yöntemdir. Bu daha agresif yaklaşım, daha az kapsamlı cerrahi yaklaşımlarla karşılaştırıldığında tam iyileşmeyi hızlandırmaktadır.

Myom tedavisinde cerrahi, tedavinin temelini oluşturmaktadır. Anormal uterin kanama, infertilite veya tekrarlayan gebelik kaybı, uterin sarkom şüphesi cerrahi tedavi endikasyonlarıdır. Histerektomi en çok kullanılan cerrahi şeklidir. Diğer tedavilere yanıt vermeyen akut kanamalı hastalar; histerektomi ile ortadan kaldırılabilir ya da azaltılacak risklere sahip (servikal intraepitelyal neoplazi, endometriozis, adenomyozis, endometriyal hiperplazi ve endometrium ya da over kanseri riski), doğurganlığı tamamlamış olan kadınlar; myomlar için önceden uygulanan minimal invaziv tedavi başarısız olan kadınlar; çocuk doğurmayı tamamlamış ve belirgin semptomları, çoklu myomları olan ve semptomlara kesin bir son verme arzusu olan kadınlar histerektomi için aday olan hastalardır. Histerektominin diğer invaziv girişimlere göre en büyük avantajı, hem mevcut semptomları hem de myomlar sebebiyle tekrarlayan problemleri ortadan kaldırmasıdır.

Myomektomi, çocuk sahibi olmayı tamamlamamış veya uterusunu korumak isteyen kadınlar için bir seçenektir. Myomektomi, menoraji ve pelvik baskı için etkili bir tedavi yöntemi olmasına rağmen; anormal myositlerin yeni klonlarından daha fazla myom oluşması riskidir.

Serozal veya intramural myomların çıkarılmasına yönelik klasik yaklaşım LT iken, laparoskopik ve robotik yardımcı prosedürler daha yaygın hale gelmektedir. Postmenopozal dönemde myomlar genellikle daha küçük ve asemptomatik hale gelir; bu nedenle, müdahale genellikle belirtilmez. Yeni veya büyümekte olan pelvik kitlesi olan postmenopozal bir kadında sarkomu dışlamak için cerrahi değerlendirme gereklidir. Yeni veya büyüyen bir pelvik kitle, anormal uterin kanama ve pelvik ağrısı olan kadınlarda uterin sarkom insidansı % 1-2'dir. (98)

Semptomatik olan uygun submukozal myomları olan kadınlar için histeroskopik myomektomi önerilebilir. Bu prosedür, genellikle myometriyumun bütünlüğünü tehlikeye atmadan gelecekteki çocuk doğurmaya izin verir, ancak aynı zamanda minimal invaziv bir yöntem olduğundan çocuk doğurmayı tamamlamış kadınlarda da uygun bir seçenektir.

LS myomektomi, uterusun 17 hafta gebelikten daha az büyüklükte ve subseroz ya da intramural myomu olan kadınlar için bir seçenektir. Sonrasında gebelik mümkündür; ancak rüptür riski olduğu unutulmamalıdır.

Endometriyal ablasyon, çocuk sahibi olmayı tamamlamış kadınlarda, tek başına ya da histeroskopik myomektomi ile kombinasyon halinde kullanıldığında kanama anormalliklerinin yönetimi için bir seçenektir. İntramural ve subserosal myomlar bu işlemde etkilenmez. Histeroskopik myomektomi ile endometrial ablasyonu inceleyen bir çalışma, ortalama 6 yıllık takipten sonra ikinci bir cerrahi için %8' lik bir risk bildirmiştir (99).

Myolizis myom dokusunun laparoskopik termal, radyofrekans veya kriyoablasyonunu (kryomyoliz) ifade eder. Myomektomi gibi suture gerektirmez; ancak onarımı olmayan lokalize doku yıkımı, gebelikte adezyon oluşumunu ve rüptür olasılığını artırabilir (100).

Bir paratubal veya paraovaryan kist, fallop tüpü veya over bölgesindeki ligamandan ortaya çıkar. Bu alandaki en yaygın bulgular, ürogenital embriyolojik gelişim sırasında mevcut olan paramesonefrik (müllerian) veya mezonefrik (wolffian) kanalların kalıntılarından kaynaklanan basit kistlerdir. Basit, asemptomatik, USG' de 10 cm altında bir paratubal veya paraovaryan kist müdahale ve takip gerektirmez. Bu lezyonlar, torsiyona uğrarlarsa, kalıcı ağrı veya basınç semptomlarına neden olurlarsa veya neoplastik görünürlerse cerrahi olarak çıkarılır.

Hidrosalpenks , tipik olarak bir enfeksiyonun neden olduğu ödemli bir fallop tüpüdür. hidrosalpenks asemptomatik olabilir veya kronik pelvik ağrı veya infertiliteye sebep olabilir (101). Salpenjektomi yapılmadan önce diğer kronik pelvik ağrı etyolojileri dışlanmalıdır. In vitro fertilizasyon geçiren kadınlar hariç asemptomatik bir hidrosalpenks ameliyat edilmemeli veya takip edilmemelidir.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ KOMPLİKASYONLARI

Kapsamlı jinekolojik cerrahi genellikle mesane, rektum , üreter ve pelvisin büyük damarlarının yakınında titiz bir diseksiyon gerektirir. Jinekolojik cerrahinin komplikasyonları arasında hemoraji, enfeksiyon, tromboembolizm ve damar hasarı sayılabilir. Komplikasyon riski cerrahi yaklaşıma ve hasta özelliklerine bağlıdır. Komplikasyonlar, pelvik yapıların

yaralanmaları ile ilgilidir ve kanser tedavisi için geniş çaplı rezeksiyonlar sırasında veya anatomi, enfeksiyon veya endometriyozise bağlı bozulduğunda ortaya çıkar. Pulmoner emboli, miyokard enfarktüsü, pnömoni veya sıvı veya elektrolit dengesizliği gibi diğer komplikasyonlar tüm cerrahilerde görülebilir.



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kadın Hastalıkları Servisi 'nde 1 Ocak 2006- 31 Aralık 2016 tarihleri arası pelvik kitle endikasyonu ile ameliyat edilen ve patoloji sonucu benign gelen hastaların dosyaları geriye dönük irdelendi. Çalışmamız için 2017/275 protokol numarası ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 18.12.2017 tarihli oturumunda görüşüldü ve onaylandı (Ek-1).

Toplam 1463 dosya gözden geçirildi. Hastaların protokol numarası, ameliyat sırasındaki yaşı, özgeçmiş, ameliyat öncesi transfüzyon gereksinimi olup olmadığı, ameliyat sırasında ve sonrasında transfüzyon gereksinimi ve ameliyat sonrasında ekstra antibiyotik gereksinimi, ameliyat öncesi giriş ve ameliyat sonrası çıkış hemoglobini, ameliyatın şekli, adneksiyal kitle nedeniyle opere olan hastaların insizyon şekli ve kitlenin çapı, tubaovaryan abse nedeniyle opere olan hastaların aciliyet durumu ve operasyon öncesi antibiyotik gereksinimi olup olmadığı, hastaların operasyon sonrasında ve sırasında konsültasyon gereksinimi ve komplikasyon gelişimi, ameliyat sonrası yoğun bakım gereksinimi, tromboz profilaksisi kullanılıp kullanılmadığı, yatış süresi ve histopatolojik sonuçları kayıt edildi.

Çalışmamızda amacımız kliniğimizde benign pelvik kitle nedeniyle opere olan hastaların preoperatif ve postoperatif sonuçlarının incelenmesi, patoloji sonuçları ile birlikte ameliyat tekniğinin preoperatif ve postoperatif klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesidir. Laparoskopik ve laparotomi yöntemlerinin ameliyat endikasyonu ile birlikte incelenmesi, sonuçlarının değerlendirilmesi planlandı.

İntrauterin gebeliği olan hastalar ve 18 yaşın altındaki hastalar çalışma dışı bırakıldı. Jinekolojik malignite tanısı alan vakalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya sadece abdominal yolla operasyon yapılan kişiler alındı; vaginal yolla opere edilenler, histeroskopik olarak yapılan polip, myom gibi vakalar, dilatasyon&küretaj uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmamızdaki toplam 12 farklı histopatolojik grup oluşturuldu: myom endometrioma basit kist (korpus luteum kisti,folikül kisti,hemorajik kist ve paratubal kist), seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist, ektopik gebelik, müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist, dermoid kist, TOA, fibrotekom, hidrosalpenks, serömüsinöz kist, benign Brenner tümörü.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Servisi'nde 2006-2016 yılları arasında benign pelvik kitle nedeniyle opere olan hastaların tümüne profilaktik ikinci kuşak sefalosporin 2 gram intravenöz (iv) yolla uygulandı. Antitrombotik profilaksisi uygulanan hastalara enoksaparin sodyum 0,4 mililitre subkütan yolla uygulandı. TOA olan hastaların preoperatif çoklu antibiyotik tedavisinde klindamisin 600 miligram (mg) günde 3 defa iv. yolla, gentamisin 80 mg günde 2 defa iv. yolla, tetrasiklin 500 mg tablet günde 2 defa oral 15 gün boyunca uygulandı.

Değerlendirilme kapsamına alınan tüm hastalar primer tedavi yöntemi olarak cerrahi uygulanan hastalardı. Tüm ameliyatlar genel anestezi altında yapıldı. LT'ler median ya da phannenstiel insizyonla yapıldı. Laparoskopiyeye ilk giriş Veress iğnesiyle ya da açık giriş tekniği ile yapıldı. Pnömooperitoneumun kurulmasından sonra, periton boşluğuna 5 ya da 10 mm'lik en az 2 trokar ile girildi.Çıkarılan materyal patoloji birimine gönderildi.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veritabanı oluşturma işlemi ve elde edilen bilgilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS (Statistical Packages for Social Sciences) version 20.0 for Windows kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Ki-kare testi ve T-testi kullanıldı, $P<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.Preop ve postop niceliksel değerlerin karşılaştırılmasında verilerin dağılım özellikleri de dikkate alınarak eşleştirildi Willcoxon test kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Mc Nemar ki-kare testinin kullanıldı. Bağımsız grup sayısı 2 ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma grubumuza Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kadın Hastalıkları bölümünde benign pelvik kitle nedeniyle ameliyat olmuş ve ameliyat patolojisi benign gelmiş 1463 hasta dahil edildi. Hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif verileri toplandı. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 42,9 idi. [ortalama±SS, 42,9±11,6, (min.-maks., 18-86 yaş)]. Toplam 1463 hastanın ameliyat sonucu 12 farklı patoloji başlığı altında toplandı. Hastaların ameliyat patolojileri değerlendirildiğinde: myom %50,3 (n=736), endometrioma %10,3 (n=151), basit kist %10 (n=146), seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %9,2 (n=135), ektopik gebelik %8,1 (n=118), müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %4,3 (n=63), dermoid kist %3,5 (n=51), TOA %1,6 (n=24), fibrotekom %1,6 (n=24), hidrosalpenks %0,6 (n=9), serömüsinöz kist %0,3 (n=4), benign Brenner tümörü %0,1 (n=2) oranında olduğu görüldü (tablo 5.). Ameliyat patolojileri sırasıyla basit kist, myom ve müsinöz kistadenom gelen 3 hastanın patoloji raporunda rastlantısal olarak benign Brenner tümörü bulunduğu görüldü.

Tablo 5. Benign pelvik kitlelerin histopatolojik tanılarına göre dağılımı

Histopatolojik Tanı	Hasta sayısı	%
Basit kist	146	10
Seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist	135	9,2
Müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist	63	4,3
Dermoid	51	3,5
Myom	736	50,3
Fibrotekom	24	1,6
Serömüsinöz kistadenom	4	0,3
Ektopik gebelik	118	8,1
Hidrosalpenks	9	0,6
Endometrioma	151	10,3
Tubaovaryan abse	24	1,6
Benign Brenner tümörü	2	0,1
Toplam	1463	100,0

Ameliyat edilen tüm hastalarda diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, kronik renal yetmezlik, meme kanseri öyküsü, tiroid hastalığı ve astım öyküsüne bakıldı. Tüm hasta grubu içinde %7,1 (n=104) diyabet, %14,8 (n=217) hipertansiyon, %2,9 (n=42) kalp hastalığı, % 0,2 (n=3) kronik renal yetmezlik, %1,4 (n=20) meme kanseri öyküsü, %6,2 (n=90) tiroid hastalığı ve %2,6 (n=38) astım hesaplandı. Olgu serimizde hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığından bir veya daha fazlası mevcut olan hastalar ayrı bir grup olarak hesaplandı ve kronik hastalığı olan hasta grubu olarak isimlendirildi (%18,8, n=275).

Olguların tümüne bakıldığında %52,2 (n=764) oranında preoperatif antitrombotik profilaksisi uygulanmış olduğu görüldü. Olguların %1,2 (n=18)'inin preoperatif transfüzyon ihtiyacı oldu. Hastaların preoperatif transfüzyon ihtiyacının patolojik tanıları ile ilişkili olmadığı görüldü.

Benign pelvik kitle nedeniyle servisimizde yatan hastalara 2 farklı ameliyat yöntemi uygulandı. Ameliyat ettiğimiz hastaların %88,4 (n=1293)'üne LT, %11 (n=161)'ine LS yapıldı. 9 hastanın ameliyat raporuna ulaşamadı; ancak çalışma grubuna dahil edildi.

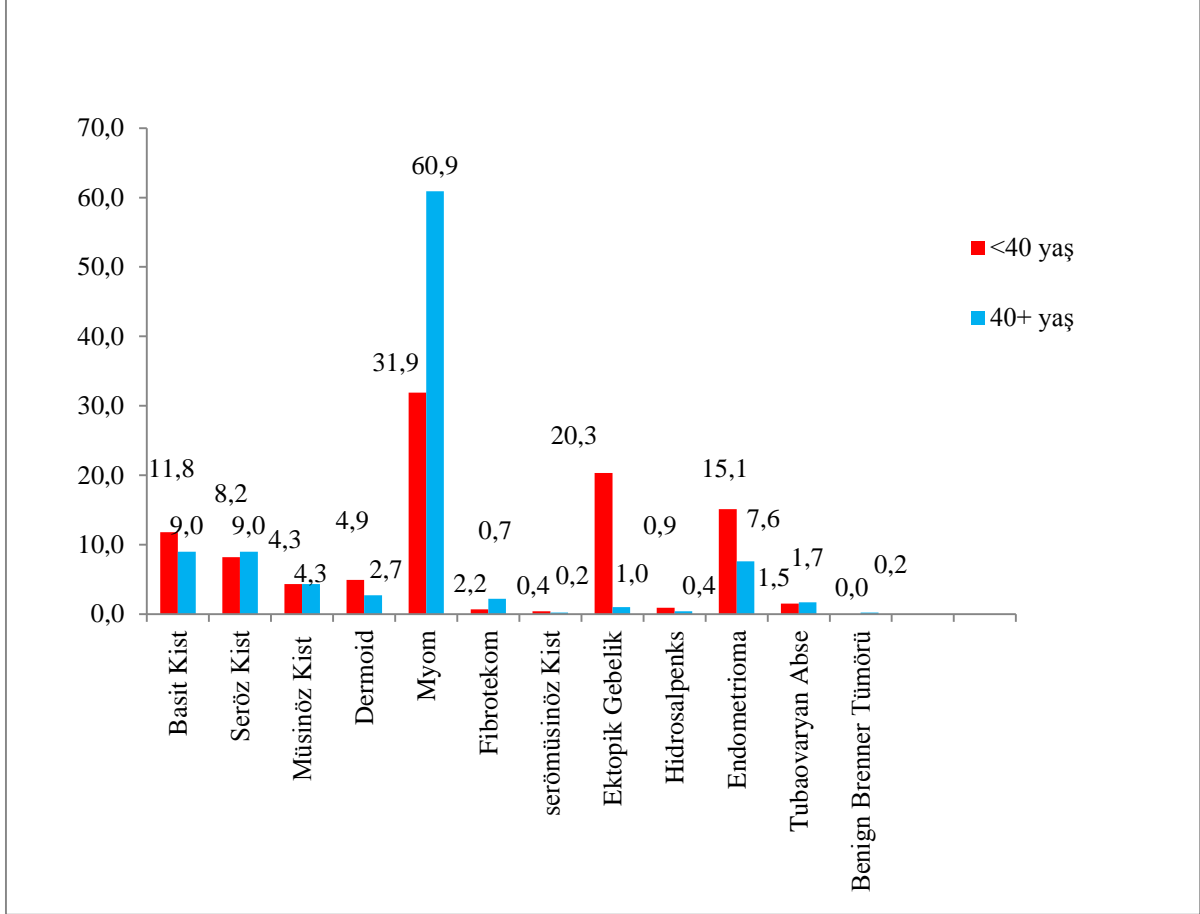
Histopatolojik tanılara bakıldığında; myomda %2 (n=15), endometriomada %29,7 (n=44), basit kiste %18,9 (n=27), seröz kiste %26,7 (n=36), ektopik gebelikte %16,1 (n=19), müsinöz kiste %15,9 (n=10), dermoid kiste %11,8 (n=6), tubaovaryan absede %0,0 (n=0), hidrosalpenkste %37,5 (n=3) oranında LS yapıldı. Histopatolojik tanısı serömüsinöz kist, benign Brenner tümörü ve fibrotekom olan hiçbir hastada LS yapılmadı (Tablo 6). Seçtiğimiz ameliyat tekniğine bakıldığında; patoloji sonucu ile seçtiğimiz ameliyat tekniği arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$).

Tablo 6. Histopatolojilerin ameliyat tekniğine göre dağılımı

Histopatoloji	laparotomi	Laparoskopi
Basit kist	116	27
Seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist	99	36
Müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist	53	10
Dermoid	45	6
Myom	719	15
Fibrotekom	24	0
Serömüsinöz kistadenom	4	0
Ektopik gebelik	99	19
Hidrosalpenks	5	3
Endometrioma	104	44
Tubaovaryan abse	24	0
Benign Brenner tümörü	2	0

Olguların 40 yaş altı ile 40 yaş ve üstü histopatolojik dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Çalışmamızdaki tüm patoloji sonuçları 40 yaş altındaki ile 40 yaş ve üstündeki hastaların patolojileri olarak gruplandırıldığında sonuçlar ileri derecede anlamlı geldi ($p<0,001$). Çalışmamızda <40 yaş hastalarda %31,9 ve ≥ 40 yaş hastalarda %60,9 görülen en

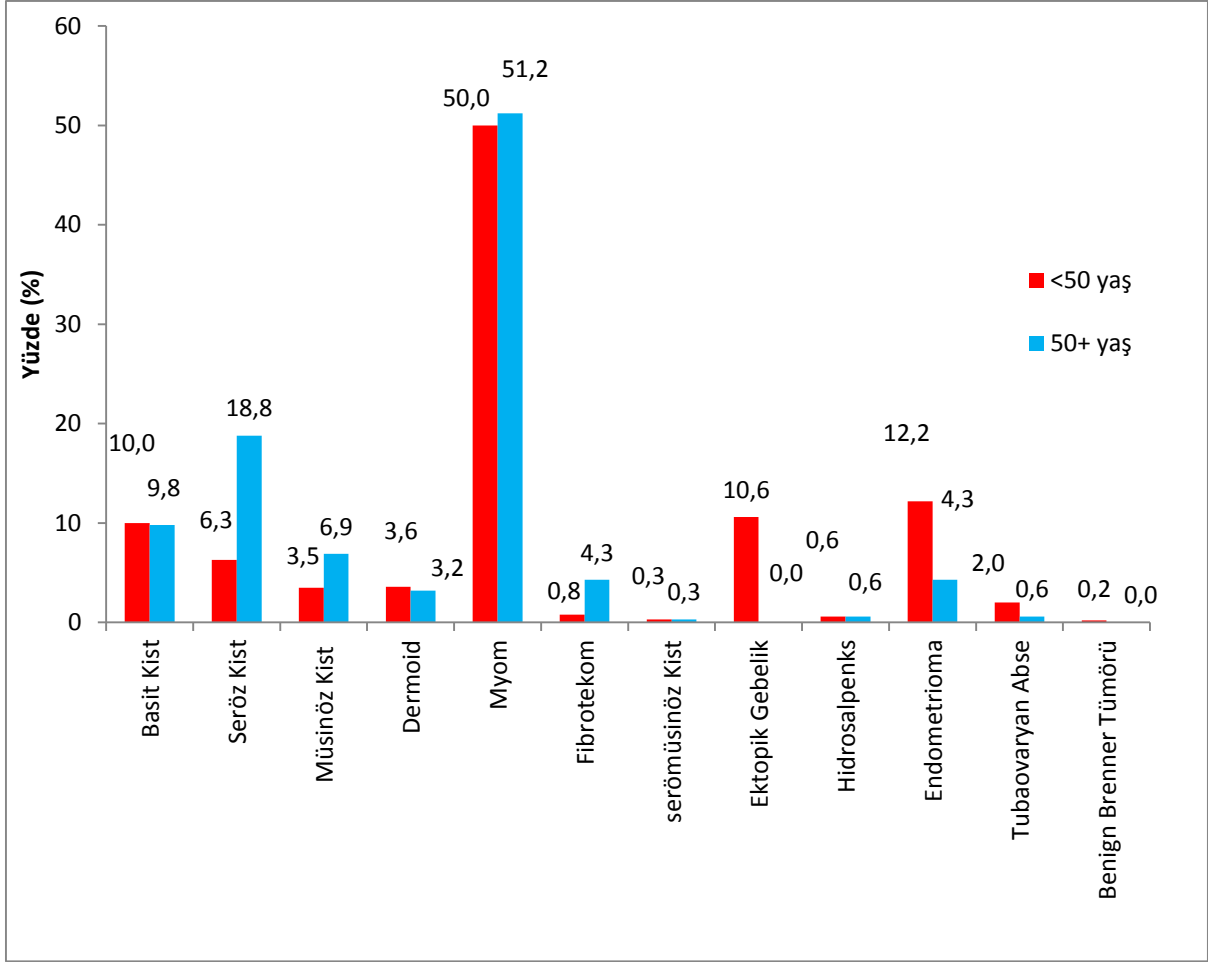
sık patoloji myomdu. 40 yaş altı hastalarda ikinci sıklıkta görülen patoloji ektopik gebelikti (%20,3). Ektopik gebelik ≥ 40 yaş hastalarda tüm patolojilerin %1'ini oluşturduğu görüldü. ≥ 40 yaş hastalarda görülen en sık ikinci basit seröz (kist adenom ve seröz kistadenofibrom) kist olarak bulundu (%9,8) (Şekil 1).



Şekil 1. Benign pelvik kitlelerin 40 yaşa göre histopatolojik dağılımı

Olguların 50 yaş altı ile 50 yaş ve üstü histopatolojik dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir. Çalışmamızdaki tüm patoloji sonuçları 50 yaş altındaki ile 50 yaş ve üstündeki hastaların patolojileri olarak gruplandırıldığında sonuçlar ileri derecede anlamlı geldi ($p < 0,001$). Çalışmamızdaki < 50 yaş %50 ve ≥ 50 yaş %51,2 oranında görülen en sık patoloji myomdu.

< 50 yaş patolojilerde ikinci sıklıkta olan endometriomaydı (%12,2). ≥ 50 yaş görülen en sık ikinci patoloji basit seröz (kist adenom ve seröz kistadenofibrom) kist olarak bulundu (%18,8) (Şekil 2).



Şekil 2. Benign pelvik kitlelerin 50 yaşa göre histopatolojik dağılımı

TOA, seröz kist, müsinöz kist, benign Brenner tümörü nedeniyle 178 hastaya LT , 46 hastaya LS yapıldı. LT yapılan gruptaki hastalardan %41,2'sine phannenstiel, %58,82'sine median insizyon açıldı. TOA nedeniyle 24 hasta opere oldu; bunlardan 23 hastaya LT yapıldı, 1 hastanın ameliyatı LS ile başladı batın içi yapışıklıklar nedeniyle LT'ye geçildi. TOA nedeniyle opere olan hastaların %18,1'i acil opere edildi. TOA nedeniyle opere olan hastaların %26'sına SO, %56'sına TAH+BSO, %13'üne TAH+USO, %4'üne abse eksizyonu yapıldı (Tablo7) TOA nedeniyle opere olan hastaların %30,4'ü operasyon öncesi çoklu antibiyotik tedavisi aldı.

Tablo 7. Tubaovaryan abselerin insizyonu ve ameliyat şekli dağılımı

		USO	TAH+BSO	TAH+USO	ABSE EKSİZYONU
LT	PHANNENSTİEL	4	5	1	1
	MEDIAN	2	5	0	0
	BİLİNMEYEN	0	4	2	0

LT: Laparotomi, **USO:** Unilateral salpingooferektomi, **TAH+BSO:** Total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi, **TAH+USO:** Total abdominal histerektomi + unilateral salpingooferektomi.

Tüm hastalara bakıldığında operasyona giriş-çıkış hemoglobini arasındaki fark 1,1 mg/dl iken; en yüksek hemoglobin farkı 2,3 mg/dl (miligram/desilitre) endometriomada hesaplandı. İstatiksel olarak operasyona giriş-çıkış hemoglobini arasındaki fark LS ve LT'de anlamlı bulunmadı (p=0,35). LT ve LS karşılaştırıldığında peroperatif ES ve TDP transfüzyonu arasında anlamlı bir fark vardı (sırasıyla p<0,001, p=0,028). LS yapılan hiçbir olguda peroperatif ES ihtiyacı olmadı.

Olguların %0,6 (n=9)'unda peroperatif komplikasyon gelişmiştir. Peroperatif komplikasyonlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; mesane yaralanması, %0,4 (n=6), barsak yaralanması, %0,1 (n=2), damar yaralanması %0,1 (n=1) olarak tespit edildi. Olguların %1,4'ü peroperatif konsulte edildi. Peroperatif konsültasyonlar %1,0 (n=14)' ü üroloji, %0,3 (n=5)'i genel cerrahi, %0, 1(n=1)'i hem üroloji hem genel cerrahiye yapıldı. Peroperatif yaralanmaların tümü LT sırasında oldu; LS sırasında peroperatif komplikasyon gelişmedi. Üriner sistem yaralanması gelişen 6 hastanın tümünde mesane yaralanması oldu; üreter hasarı olan hasta olmadı. 3 hasta için ürolojiden konsültasyon istendi, 3 hastanın mesane onarımı tarafımızca yapıldı. Mesane yaralanması olan hastaların 4'ünün patolojisi myom, 1'inin seröz kistadenofibrom, 1'inin TOA olarak geldi. mesane yaralanması olan hastalardan TOA nedeniyle opere olan hastada daha sonra vezikovajinal fistül gelişti. Barsak yaralanması olan hastaların ameliyat patoloji sonuçları basit kist ve TOA gelirken; damar yaralanması olan hastanın patoloji sonucu myom geldi. Tüm olgulardan %7,1 peroperatif ES, %2,6 peroperatif TDP transfüzyon ihtiyacı gelişti (Tablo 8). Kronik hastalığı olan hastalarda peroperatif konsültasyon ve peroperatif komplikasyon oranları kronik hastalığı olmayan hastalarla kıyaslandığında anlamlı bir fark görülmedi (p>0.05).

Tablo 8.Peroperatif ve postoperatif transfüzyon oranlarının dağılımı

	Peroperatif ES	Peroperatif TDP	Postoperatif ES	Postoperatif TDP
0	%92,9 (1359)	%97,4 (1425)	%97,6 (1428)	%98,2 (1436)
1	%2,5 (36)	%0,5 (7)	%0,5 (7)	%1 (14)
2	%2,5 (36)	%1,2 (17)	%1,4 (21)	%0,7 (10)
3	%1,8 (27)	%0,5 (8)	%0,1 (2)	%0,1 (1)
4	%0,1 (2)	%0,1 (2)	%0,2 (3)	-
5	%0,1 (2)	%0,2 (3)	%0,1 (1)	%0,1 (1)
6	-	%0,1 (1)	-	%0,1 (1)
7	%0,1 (1)	-	%0,1 (1)	-

% (n), **ES:** Eritrosit Süspansiyonu, **TDP:** Taze Donmuş Plazma

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Servisi'nde 2006-2016 yılları arasında benign pelvik kitle nedeniyle opere olan hastaların tümüne profilaktik ikinci kuşak sefalosporin uygulandı. Postoperatif dönemde -ikinci kuşak sefalosporine ek olarak farklı antibiyotik-ihtiyacı %5,9 (n=87) oranında saptandı.

Olgu serimizde LT yapılan ve LS yapılan hasta grupları karşılaştırıldığında peroperatif ES ve TDP transfüzyonu oranları arasında anlamlı bir fark vardı ancak; postoperatif ES ve TDP transfüzyonu oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Postoperatif dönemde ekstra antibiyotik ihtiyacına bakıldığında kronik hastalığı olan hastalar (n=275) ile kronik hastalığı olmayan hastalar arasında fark görülmedi ($p>0,05$).

Olguların %2,4 (35 hasta)'da postoperatif komplikasyon gelişti. Bunlardan yara yeri enfeksiyonu (n=18, %1,2), ateş yüksekliği (n=3, %0,2), tansiyon yüksekliği 3 (n=3, %0,2), derin ven trombozu (n=1, %0,1), batın içi kanama (n=2, %0,1), batın içi abse (n=1, %0,1), saturasyon düşüklüğü (n=1, %0,1), hematüri (n=1, %0,1), kan şekeri yüksekliği (n=3, %0,2), ileus (n=3, %0,2), pulmoner emboli (n=1, %0,1) ve hematoma (n=1, %0,1) oranında görüldü. Olguların %4,7 si postoperatif konsulte edildi. Postoperatif konsültasyonlar %0,8 endokrin ve kardiyolojiye, %0,6 genel cerrahiye ve hematolojiye, %0,5 ürolojiye, %0,4 göğüs hastalıklarına ve nörolojiye, %0,3 enfeksiyon hastalıklarına, %0,2 kalp-damar cerrahisine ve %0,1 nefroloji, plastik cerrahi, psikiyatri, anestezi ve reanimasyon ve dermatolojiye yapıldı.

Tüm hastaların içinde kronik hastalığı olan (hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı) hasta grubu ile kronik hastalığı olmayan hasta grubu arasında postoperatif konsültasyon açısından istatistiksel olarak ileri derece anlamlı bir fark bulundu (%9,8'e karşın %3,5) ($p<0,001$). Postoperatif komplikasyon oranına bakıldığında kronik hastalığı olan hasta grubu ile kronik hastalığı olmayan hasta grubu arasındaki oran istatistiksel olarak ileri derece anlamlı idi. (%6,1'e karşın %1,5) ($p<0,001$). Çalışma grubundaki tüm hastalardan %2,4 (n=35)'ine postoperatif ES , %1,8 (n=29)'una postoperatif TDP tranfüze edildi (Tablo 8).

Tubaovaryan abse, müsinöz kist, seröz kist ve benign Brenner tümörü nedeniyle laparotomi yapılan hasta grubunda (n=188) insizyon şekli (phannenstiel/ median) ile ekstra antibiyotik ihtiyacı arasında ilişki görülmedi. TOA, müsinöz kist, seröz kist ve benign Brenner tümörü nedeniyle LT yapılan hasta grubunda insizyon şekli (phannenstiel/ median) ile postoperatif komplikasyon oranlarında anlamlı bir fark yoktu. TOA, müsinöz kist, seröz kist ve benign Brenner tümörü olan hastalarda kitle çapı 10 cm ve üzerinde olanlar ile 10 cm den küçük olanlar karşılaştırıldığında peroperatif ve postoperatif komplikasyon oranlarının kitle çapı ile ilişkisiz olduğu gösterildi ($p>0,05$).

Olgu serimizin tamamına bakıldığında yara yeri enfeksiyonu oranı %1,3'tü (n=18). Yara yeri enfeksiyonu; kronik hastalığı olan (diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıklarından bir veya daha fazlası) hasta grubunda olmayan hasta grubuna göre 4,9 kat fazla görüldü (odds ratio:4,9, %95 güven aralığı, 1,9-12,2) ($p=0,001$). Diyabetik hastalarda yara yeri enfeksiyonunun 6,3 kat arttığı görüldü (odds ratio:6,3, %95 güven aralığı, 2,3-17) ($p=0,001$). Yara yeri enfeksiyonu gelişen hastalar, yara yeri enfeksiyonu gelişmeyen hastalarla kıyaslandığında ekstra antibiyotik kullanımı 9,9 kat fazla bulundu (odds ratio:9,9, 3,8-25,9, %95 güven aralığı) ($p<0,001$). Yara yeri enfeksiyonunun laparotominin insizyon şekli ile arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ($p=0,306$).

Postoperatif yoğun bakım ünitesi ihtiyacı olan hastalar toplam hasta sayısının %1,5'idir (22 hasta). Kronik hastalık özgeçmişini nedeni ile 11 hasta takip ve kontrollü uyandırma amaçlı, 6 hasta solunum sistemi ile ilgili gelişen problemler sebebiyle, 4 hasta postoperatif dönemde kanama şüphesi nedeniyle hemodinamik takip amaçlı, 1 hasta peroperatif major damar yaralanması nedeniyle takip amaçlı yoğun bakım ünitesine devredildi. Kronik hastalığı olan ve olmayan hasta gruplarında postoperatif yoğun bakım ünitesi ihtiyacı açısından anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Profilaktik antitrombotik kullanılan hastalarda, antitrombotik kullanılmayan hastalarda postoperatif komplikasyonlar

açısından fark görülmedi ($p=0,396$) Hastaların ameliyat patolojileri ile postoperatif yoğun bakım ünitesi ihtiyacı arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p=0,625$).

Çalışmamızdaki tüm olgulardan LT yapılanlar ile LS yapılanların hastanede toplam yatış sürelerinin ortalamalarını karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Ortalama hastanede yatış süresi LT'de 6,5 gün (median±SS, 6±2,72) iken; LS'de 5 gün (median±SS, 5±1,8) olarak hesaplandı. Tüm hastaların ortalama hastanede yatış süresi patoloji sonucuna göre anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,001$). Kronik hastalığı olanlarda hastanede yatış süresi kronik hastalığı olmayan hastalarda hastanede yatış süresi kıyaslandığında ikisinin arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların patolojik tanılarına göre hastanede toplam yatış süreleri (median, minimum-maksimum)

Patoloji	Gün
Basit kist (n=146)	6,00 (2-17)
Seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist (n=135)	7,00 (2-32)
Müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist (n=63)	7,00 (2-14)
Dermoid (n=51)	6,00 (3-55)
Myom (n=736)	6,00 (2-27)
Fibrotekom (n=24)	7,00 (5-12)
Serömüsinöz kistadenom (n=4)	7,50 (5-8)
Ektopik gebelik (n=118)	5,00 (2-21)
Hidrosalpenks (n=9)	6,00 (4-8)
Endometrioma (n=151)	6,00 (3-18)
Tubaovaryan abse (n=24)	10,00 (4-16)
Benign Brenner tümörü (n=2)	8,00 (8-8)
Toplam (n=1463)	6,00 (2-55)

Operasyon sonrası dönemde excitus olan olgu sayısı 2'dir (%0,1). Birinci olgu 44 yaşında, myom nedeniyle opere edildi. Myomektomi sonrası hastada batın içi kanama gelişti ve hastaya relaparotomi (TAH+BSO) yapıldı. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastada dissemine intravasküler koagulopati gelişti ve hasta postoperatif 9.gün kardiyak arrest nedeniyle yoğun bakım ünitesinde excitus oldu. Diğer olgu 56 yaşında, hipertansiyon ve diyabet özgeçmişli olan, adneksiyal kitle nedeniyle LT yapıldı, patoloji sonucu tubaovaryan abse geldi. Hastanın servisteki takibi sırasında postoperatif 4.günde pulmoner emboliye bağlı kardiyak arrest gelişti ve aynı gün hasta yoğun bakım ünitesinde excitus oldu.



TARTIŞMA

Pelvik tümörler histopatolojik olarak değerlendirildiğinde içlerinde en sık görüleni myomdur ve doğurganlık dönemindeki kadınlarda en sık görülen benign tümörlerdir (102-104). Literatür ile benzer olarak olgu serimizde olguların tümüne bakıldığında en sık patoloji myom idi ve tüm hasta grubunun içinde oranı %50,3 olarak bulundu. Çalışmamızdaki toplam 1463 olgunun verileri değerlendirildiğinde 12 farklı grup oluştu: myom %50,3 (n=736), endometrioma %10,2 (n=151), basit kist %10 (n=146), seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %9,2 (n=135), ektopik gebelik %8,1 (n=118), müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %4,3 (n=63), dermoid kist %3,5 (n=51), TOA %1,6 (n=24), fibrotekom %1,6 (n=24), hidrosalpenks %0,6 (n=9), serömüsinöz kist %0,3 (n=4), benign Brenner tümörü %0,1 (n=2) oranında hesaplandı. Basit kist tanısının içine korpus luteum kisti, folikül kisti, hemorajik kist ve paratubal kist dahil edildi.

Ranjitha ve ark. (105)'nin çalışmasında, ovaryan kitle nedeniyle opere ettikleri 118 hastanın histopatolojik özelliklerine bakıldığında en sık görülenin %44 oranında basit kist olduğu saptandı. Diğer patolojik tanılar ise %31,3 seröz kistadenom, %9,3 müsinöz kistadenom, %9,3 dermoid kist, %2,5 benign Brenner tümör, %1,7 borderline tümör ve %1,7 malign kitle idi (103). Bizim çalışmamızda ovaryan kitle nedeniyle opere olan hasta sayısı 425 idi. Ovaryan kitlelerin kendi içindeki oranlara bakıldığında basit kist %34 oranında en sık görülen kitle, %31 seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist ise en sık görülen neoplastik kitle idi. Bunlar dışında sırasıyla %14 müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist, %12 dermoid kist, %5,6 fibrotekom, %0,9 serömüsinöz kist, %0,47 benign Brenner tümörü görüldü. Sonuçlarımızın Ranjitha ve ark.(105)'nin çalışması ile benzer olduğu görüldü.

Myom tanılı 8699 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada (106) hastaların %40,9'una cerrahi müdahalede bulunulmuştur. Bu cerrahi müdahaleler histerektomi, myomektomi, endometrial ablasyon ve uterin arter embolizasyonudur. Aynı çalışmada myom nedeniyle en sık cerrahi uygulanan yaş aralığı 40–44 yaş olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer olarak myom nedeniyle opere olan hastaların ortalama yaşı $45,01 \pm 8,09$ 'du. Çalışmamızda hastalar 50 yaş altı ve 50 yaş üstüne göre gruplandırıldığında da histopatolojik açıdan farklılıklar ileri derecede anlamlı geldi. <50 yaş (%50) ve ≥ 50 yaş (%51,2) görülen en sık patoloji myomdu. 50 yaş altı patolojilerin ikinci sırada yer alanı endometrioma olarak saptandı (%12,2). 50 yaş ve üstünde görülen en sık ikinci patoloji seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kisti (%18,8). Bizim çalışmamızda 18-49 yaş hasta grubunda adneksiyal kitle nedeniyle opere edilen hastalar içerisinde en sık endometrioma %32,2, basit kist %26,4, seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %16,6, dermoid kist %9,5; 50 yaş ve üzerindeki hasta grubunda en sık seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %39 basit kist %20,4, müsinöz (kistadenom, kistadenofibrom) kist %14,3, endometrioma %8,9, dermoid %6,6 oranındaydı. Benzer çalışmalarda 19-49 yaş hasta grubunda ovaryan kitlelerin en sık histopatolojisi endometrioma olarak bulunmuştur (107,108). Benign adneksiyal kitlelerin değerlendirildiği Yumer H ve ark.(107)'nin çalışmasında 19-49 yaş hasta grubunda en sık endometrioma (%42,5), daha sonra seröz kistadenom (%13,6), korpus luteum ve paratubal kist (%12), ve dermoid kist (%12,4) izlenmiştir. Aynı araştırmada ≥ 50 yaş hasta grubunda benign histolojik tanı olarak ilk sırada seröz kistadenom (%47,5), daha sonra paratubal kist (%12) ve dermoid kist (%7) görülmektedir. 18-49 yaş arasında bizim çalışmamızda basit kist ikinci sırada yer almakta iken; Yumer ve ark.(107)'nin çalışmasında seröz kist adenom ikinci sırada yer almaktaydı. Bunun nedeni bizim çalışmamızda basit kist tanısı içine korpus lutum kisti, folikül kisti, hemorajik kist ve paratubal kistin dâhil edilmiş olmasıdır; ancak Yumer H ve ark (107)'nin çalışmasında folikül kisti, paratubal kist ve korpus luteum kisti ayrı ayrı gruplandırılmıştır.

Ameliyat öncesi benign olarak değerlendirilen kitlelerde iyi seçilmiş olgularda LS uygun cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızdaki hastaların %88,4'üne LT, %11'ine LS yapıldı. Histopatolojik tanıya göre tek tek incelendiğinde myomda %2, endometriomada %29,7, basit kistte %18,9, seröz kistte %26,7, ektopik gebelikte %16,1, müsinöz kistte %15,9, dermoid kistte %11,8, hidrosalpenkste %37,5 oranında LS yapıldı. Çalışmamızda solid kitlesi olan (benign Brenner tümörü n=2, fibrotekom n=24) hastalarda kitlenin malign olabileceği düşünülerek laparoskopik yöntem tercih edilmemiştir. Panici ve

ark. (109)' nın benign adneksiyal kitlelerde mini LT ile LS uygulanmasını karşılaştıran çalışmada 425 (%67,46) olguya LT, 205 (%32,54) olguda ise LS uygulanmıştır. Bu çalışmada %33 endometrioma, %32 benign seröz over ve paratubal kist, %18 dermoid kist ve %16 benign müsinöz kist bulunmuş ve ameliyat sonrası komplikasyonlar LT'de daha sık gözlenmiştir. Postoperatif ateş LS grubunda görülmezken; mini LT grubunda 2 olguda (%4) görülmüştür. Bizim çalışmamızda adneksiyal kitle nedeniyle LT veya LS yapılan her iki hasta grubunda da (sırasıyla n=419, n=123) postoperatif ateş yüksekliğine rastlanmamıştır. Myom nedeniyle LT yapılan 3 hastada (%0,2) ateş yüksekliği görülmüştür. Adneksiyal kitlelerde LS ve LT'nin karşılaştırıldığı benzer çalışmalarda da peroperatif ve postoperatif komplikasyon oranları LS' lerde düşük bulunmuştur (110,111).

Lambaudie ve ark.(112)'nin çalışmasında benign nedenli histerektomi yapılan 1554 hastada (1248 vajinal, 116 laparotomi ve 190 laparoskopik yolla) mesane yaralanması %0,9 ve üreter hasarı %0,06 oranında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda mesane yaralanması oranımız %0,4 idi; üreter hasarı ise görülmedi. Bizim çalışmamızda myom nedeniyle opere olan hastalarda mesane yaralanması oranı %0,54'tür. Lambaudie e ve ark.(112)'nin çalışmasında olguların %80' ine histerektomi vaginal yolla yapılmıştır. Biz çalışmamıza vaginal histerektomi yapılan hastaları almayıp sadece abdominal yolla histerektomi yapılanları almamız nedeniyle sonuçların farklı çıktığı düşüncesindeyiz. Aynı çalışmada LS' lerde % 0,6 barsak yaralanması vardı ve LT yapıldığında belirgin bir artış vardı (%2,4). Bizim çalışmamızda LT yapılan hastalarda barsak yaralanması %0,15 ve LS yapılan hastalarda yaralanma görülmemiştir. Farklılığın sebebi laparoskopik histerektomi oranımızın düşük olması ve operasyonlarımızın arasında salpenjektomi ve salpingooferektominin de yer alması olabilir. Aynı çalışmada LT yapılan hastalarda %7 ve LS yapılan hastalarda %5,3 kanama 500 ml'yi aşmıştır (107). Bizim çalışmamızda LT yapılan hastalarda %7,1 hastanın peroperatif ES ihtiyacı olmuştur; LS yapılan hastalarda ise ES ihtiyacı olmamıştır. Çalışmamız retrospektif olduğu için peroperatif kanama miktarı tespit edilememiştir. Çalışmamızda LS'lerde ES ihtiyacı gelişmemesinin nedeni laparoskopik teknikle opere edilen hastaların çoğunun geçirilmiş batın cerrahisi öyküsü olmayan seçilmiş hasta grubundan oluşmasıdır. Ameliyat yöntemi ile (LT ya da LS) operasyona giriş-çıkış hemoglobini arasındaki fark (sırasıyla 1,2±3,3 mg/dl, 1,0±1,0 mg/dl) anlamlı bulunmadı. Bunun sebebi LT sırasında kanama olan hastalarda kaybın peroperatif transfüzyon ile giderilmesidir.

Finlandiya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada benign nedenli 10 110 histerektomi (5875 abdominal, 1801 vajinal ve 2434 laparoskopik yolla) öncesinde seçmeli olarak

profilaktik antitrombotik %38 oranında kullanılmıştır ve venöz tromboembolizm oranı LT yapılan hastalarda %0,2; LS yapılanlarda %0,3 bulunmuştur (113). Bizim çalışmamızda %52,2 oranında profilaktik antitrombotik uygulanmıştır ve LT yapılan hastalarda venöz tromboemboli %0,15 oranında iken; LS'de venöz tromboemboli hiçbir olguda görülmemiştir. Bizim çalışmamızda LT yapılan hastalarda histerektomi dışında operasyonlar ve adneksiyal kitle nedeniyle opere olan hastalar da yer aldığı için antitrombotik kullanımı daha geniş çaplıdır. Ancak aynı çalışma ile kıyaslandığında bizdeki %52,2'lik antitrombotik kullanımının venöz tromboemboli oranını anlamlı olarak azaltmadığı görülmüştür. Aynı çalışmada LT lerde yara yeri enfeksiyonu %3,1, mesane yaralanması %0,5, barsak yaralanması %0,2, postoperatif ateş yüksekliği %2,6 oranında; LS'lerde yara yeri enfeksiyonu %0,7, mesane yaralanması %1,3, barsak yaralanması %0,4, postoperatif ateş yüksekliği %3,2 oranında görülmüştür. Olgu serimize bakıldığında myom sebebiyle yaptığımız LT'lerde yara yeri enfeksiyonu %1,3, mesane yaralanması %0,46, barsak yaralanması %0,153, postoperatif ateş yüksekliği %0,23 oranında görülmüştür. LS yapılan vakalarda yara yeri enfeksiyonu, mesane yaralanması, barsak yaralanması, ateş yüksekliği görülmemiştir. Yara yeri enfeksiyonu oranının Makinen ve ark.(113)'nın çalışmasından daha az olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada abdominal histerektomilerde %78,7, laparoskopik histerektomilerde %92,3 hastada profilaktik antibiyotik kullanılmışken; bizim çalışmamızda tüm hastalara profilaktik antibiyotik kullanılmıştır. LT'lerde mesane ve barsak yaralanması oranları benzer iken (sırasıyla %0,5'e karşın %0,46; %0,2'ye karşın %0,153); çalışmamızda LS'lerde bu komplikasyonların görülmemesinin sebebi laparoskopik histerektomi oranımızın düşük olması ve operasyonlarımızın arasında salpenjektomi ve salpingooferektominin de olduğu düşüncesindeyiz. LT ve LS karşılaştırıldığında hastanede toplam yatış süreleri farklı bulunmuştur. Ortalama hastanede yatış süresi LT'de $6,5 \pm 2,72$ gün iken; LS' de $5 \pm 1,8$ gün olarak hesaplanmıştır. Farklı araştırmalarda da benign adneksiyal kitlelerin LS ve LT ile yapılan ameliyatları karşılaştırıldığında, perioperatif morbidite, hastanede kalış ve iyileşme süresinin LS' de belirgin azalmış olduğu görülmüştür (111,113,114,115). Adneksiyal kitle cerrahisinde önemli nokta, kitlenin kapsülünün açılması ve sonra malign olabilecek hücrelerin yayılması riskidir. LT ve LS' de kist rüptürü olasılığı yayınlanmış çalışmalarda %10,5' ten %41,8'e kadar değişmektedir (116-119). Brezilya' da tek merkezli yapılan bir çalışmada 113 hasta adneksiyal kitle nedeniyle opere edilmiştir (120). Bunlardan 45'ine LS ve 88'ine LT yapılmıştır. 45 laparoskopik ameliyatın 14'ü büyük tümör hacmi, mesane yaralanması, intestinal perforasyon ve batın içi yapışıklıklar nedeniyle intraoperatif LT'ye

dönüştürülmüştür. Bunun gibi benzer çalışmalarda da malignite ve tümör boyutu laparotomiye dönüşme ile ilişkili temel faktörlerdir ve LT'ye dönüşen vakalarda komplikasyon riskinin artmadığı gösterilmiştir (120-122). Benign adneksiyal kitlelere cerrahi yaklaşımda LS ile LT karşılaştırıldığında tümörün boyutları da değerlendirilerek, perioperatif morbidite, hastanede kalış ve iyileşme süresinin, ameliyat süresinin ve maliyetin LS'de belirgin azalmış olduğu, LT'ye dönüşmek gerekse bile komplikasyonların artmadığı göz önünde bulundurularak ilk tercih LS olmalıdır.

Yara yeri enfeksiyonu temiz yaraların yaklaşık %4'ünde görülmüştür ve cerrahi alan enfeksiyonu için hastaya özel risk faktörleri diyabet, obezite, immun sistemi baskılayan hastalıklar, kardiyovasküler hastalık, sigara, kanser, önceki ameliyat öyküsü, kötü beslenme ve radyasyon öyküsü olarak belirlenmiştir (123,124). Yapılan çalışmalar ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da hastaların diyabet veya kardiyovasküler hastalık öyküsü olması yara yeri enfeksiyonu oranını anlamlı olarak arttırmıştır. Çalışmamızdaki 275 hastanın diyabet, 217 hastanın kardiyovasküler sistem hastalığı öyküsü vardı. Diyabetik hasta grubunda yara yeri enfeksiyonunun 6 kat; diyabet veya kardiyovasküler hastalıklardan bir veya daha fazlası olan hasta grubunda ise 4,9 kat arttığı görüldü.

LT, çoğu jinekolojik cerrah tarafından TOA tedavisi için kullanılan cerrahi yöntemdir. Pelvisin tam olarak görülmesi gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda genellikle Maylard transvers veya dikey orta hat kesisi kullanılması önerilir. TOA'ya geleneksel yaklaşım, tam iyileşmeyi hızlandırmak ve tüm enfekte olmuş dokuları çıkarmak için TAH+BSO yapmaktır. Landers' in (125) 232 TOA tanılı hastada yaptığı çalışmada 57 hastaya cerrahi müdahalede bulunulmuş, 5 hastaya drenaj, 19 hastaya tek taraflı SO ve 33 hastaya TAH+BSO yapılmıştır. Çalışmamızda TOA nedeniyle LT yapılan 24 hastanın %39'unda median, %61'inde phannenstiel kesi kullanıldı. TOA nedeniyle opere olan hastaların %56'sına TAH+BSO, %26'sına unilateral SO, %13'üne TAH+USO, %4'üne abse eksizyonu yapılmıştır. Yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında TOA cerrahisi yaptığımız hastalarda median kesi yerine daha sıklıkla phannenstiel kesi tercih ettiğimiz görülmektedir. TOA olan hastalarda literatüre uygun olarak doğurganlığını tamamlamış hastalarda tam iyileşmeyi sağlamak amacıyla yapılan en sık ameliyat şekli TAH+BSO olmuştur.

İngiltere'de 3 yılda 61654 benign sebepli TAH+BSO olan jinekoloji hastası üzerinde retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, başvurudan sonraki 30 gün içinde %0,1 (33 hasta) ölüm oranı ve 90 gün içinde %0,1 (52 hasta) ölüm oranı bildirilmiştir (122). Yaptığımız çalışmada postoperatif dönemde excitus olan olgu sayısı 2 dir (%0,1). Hastalardan ilkinde

myomektomi sonrası batın içi kanama gelişti, yoğun bakım ünitesinde takipleri sırasında dissemine intravasküler koagulopati gelişti ve hasta postoperatif 9.gün kardiyak arrest nedeniyle yoğun bakım ünitesinde excitus oldu. Diğer hasta ise TOA nedeniyle LT yapılmış ve postoperatif 4.günde pulmoner emboliye bağlı kardiyak arrest gelişti ve aynı gün hasta yoğun bakım ünitesinde excitus oldu. Çalışmamızda postoperatif erken dönem kayıp oranımız Mason A ve ark.(122)'nin yaptığı çalışma ile benzer bulunmuştur.

Sonuç olarak, 1463 benign pelvik kitle nedeniyle opere olan hastanın verilerinin incelendiği çalışmamızda histopatolojik sonuçlar yapılan çalışmalar ile benzerdir. Peroperatif komplikasyon oranları ve yaralanmanın görüldüğü organ benzerdir; ancak LS'de peroperatif komplikasyon görülmemesi LS'nin daha az komplike, geçirilmiş batın operasyonu olmayan seçilmiş vakalarda -TAH+BSO yerine over kist ekstirpasyonu- tercih etmemiz nedeniyle gibi görünmektedir. TOA olan hastalarda benzer çalışmalara uygun olarak doğurganlığını tamamlamış hastalarda tam iyileşmeyi sağlamak amacıyla yapılan en sık ameliyat şekli TAH+BSO olmuştur. Ancak TOA ameliyatlarında öncelikle phannenstiel kesi tercih etmemiz yapılan çalışmalar ile uyumsuzdur. Bunun sebebi hastaların preoperatif dönemde servisteki takiplerinde antibiyoterapiye yanıtlarının semptom ve laboratuvar sonuçları ile takip edilmesi, hastalarda "*tümör marker*" ı görülerek ve ileri görüntüleme yapılarak malignitenin dışlanmasıdır. Profilaktik antitrombotik bizim servisimizde kitlelerin malign çıkabileceği göz önünde bulundurularak literatüre göre daha geniş endikasyon verilerek kullanılmıştır. Ancak venöz tromboemboli oranında daha düşük oranda kullanan benzer çalışmalar ile kıyaslandığında farklılık görülmemiştir. Bizim çalışmamızda LS'nin yapılan çalışmalar ile kıyaslandığında daha düşük oranda kullanılmasının nedeni LS'ye uygun, geçirilmiş batın ameliyatı ve batın içi enfeksiyonu olmayan, yüksek olasılıkla benign olduğu düşünülen vakalarda tercih edilmesidir. Ancak malignite riski taşıyan vakalarda bile komplikasyon oranları, hastanede yatış süresi kısalığı, maliyet oranları göz önünde bulundurularak başlangıç yaklaşımı olarak laparoskopinin daha sık kullanılabilmesi görüşündeyiz.

SONUÇLAR

Ocak 2006 - Aralık 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıklar servisinde benign pelvik kitle nedeniyle opere olmuş hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladığımız retrospektif çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaştık:

1. Tüm yaş gruplarında en sık rastlanan benign histopatolojik tanı myom olduğu görüldü (736 olgu,%50,3). Bunu endometrioma (151 olgu,%10,3) ve basit kist (146 olgu,%10) izledi. Tüm yaş gruplarında en sık ovaryan benign neoplastik kitle seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist idi (%9,2).
2. 40 yaşın altında (%31,9) ve 40 yaş üstünde (%60,9) en sık myom görüldü.40 yaş altı ikinci en sık histopatoloji ektopik gebelikti(%20,3). Ektopik gebelik 40 yaş ve üstündeki hastalarda tüm patolojilerin %1 ini oluşturuyordu.. 40 yaş ve üstünde görülen en sık ikinci histopatoloji basit seröz (kist adenom ve seröz kistadenofibrom) kist olarak bulundu (%9,8). 40 yaşa göre patoloji sonuçları karşılaştırıldığında sonuçlar ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0,001$).
3. 50 yaşın altında (%50) ve 50 yaş ve üstünde (%51,2) görülen en sık patoloji myom olduğu görüldü. 50 yaş altı histopatolojilerde ikinci sırada yer alanı endometriomaydı(%12,2). 50 yaş ve üstünde görülen en sık ikinci histopatoloji basit seröz (kist adenom, kistadenofibrom) kistti (%18,8). 50 yaşa göre patoloji sonuçları karşılaştırıldığında sonuçlar ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0,001$).

4. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 42,9 idi [ortalama±SS, 42,9±11,6, (min.-maks., 18-86 yaş)].
5. Olguların %88,4 (n=1293)'üne LT, %11,6 (n=161)'ine LS yapılmış olduğu görüldü. Ameliyat yöntemi, histopatoloji sonucuna göre ileri derecede anlamlı farklılık gösteriyordu (p<0,001).
6. Hastalara %52,2 (n=764) oranında preoperatif antitrombotik profilaksisi uygulandı.
7. LT ve LS karşılaştırıldığında peroperatif ES ve TDP replasmanı arasındaki fark anlamlı bulundu (p< 0,05)
8. Peroperatif komplikasyon oranı %0,6 (n=9) bulundu [%0,4 (n=6) mesane yaralanması, %0,1 (n=2) barsak yaralanması, %0,1(n=1) damar yaralanması].
9. Olguların peroperatif konsültasyon oranı %1,4 (n=20) idi [%1 (n=14) üroloji, %0,3 (n=5) genel cerrahi, %0,1 (n=1) üroloji ve genel cerrahi].
10. Olguların %7,1 (n=104)'üne peroperatif ES, %2,6 (n=38)'ine peroperatif TDP replase edildi.
11. Diyabetik hastalarda yara yeri enfeksiyonunun 6,3 kat arttığı görüldü (odds ratio:6,3, %95 güven aralığı, 2,3-17) (p=0,001). Kronik hastalığı olanlarda yara yeri enfeksiyonunun 4,9 kat arttığı görülmüştür(odds ratio:4,9, %95 güven aralığı 1,9-12,2) (p=0,001)
12. Yara yeri enfeksiyonu oranı, phannenstiel insizyon ve median insizyonda anlamlı bir farklılık göstermedi.(p=0,306)
13. Olguların %2,4 (n=35)'inde postoperatif komplikasyon gelişti. Olguların %4,7 (n=69)'u postoperatif konsulte edildi. Postoperatif komplikasyon oranına bakıldığında kronik hastalığı olan hasta grubu ile kronik hastalığı olmayan hasta grubu arasındaki oran istatistiksel olarak ileri derece anlamlı idi. (%6,1'e karşın %1,5) (p<0,001).
14. Postoperatif yoğun bakım ünitesi ihtiyacı olan hastalar toplam hasta sayısının %1,5 (n=21) idi. Kronik hastalığı olan ve olmayan hasta gruplarında postoperatif yoğun bakım ünitesi ihtiyacı açısından anlamlı bir fark bulundu (p<0,05)
15. LT yapılanlar ile LS yapılanların hastanede toplam yatış sürelerinin ortalamalarını karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulundu (p<0,001). Ortalama hastanede yatış süresi LT'de 6,5±2,72 gün iken; LS'de 5±1,8 gün olarak hesaplandı. Tüm hastaların ortalama hastanede yatış süresi patoloji sonucuna göre anlamlı bir farklılık gösterdi (p<0,001). Kronik hastalığı olanlarda hastanede yatış süresi kronik hastalığı

olmayan hastalarda hastanede yatış süresi kıyaslandığında ikisinin arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0,05$)

16. Postoperatif ES %2,4 (n=35), TDP %1,8 (n=27) oranında replase edildi.

17. Postoperatif mortalite oranı %0,1 (n=2) idi.



ÖZET

Benign pelvik kitleler her yaş grubundaki kadınları ilgilendiren asemptomatikten acil patolojiye geniş semptom yelpazesi olan patolojilerdir. Yaptığımız çalışmada Ocak 2006-Aralık 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıklar Servisi'nde benign pelvik kitle nedeniyle opere olmuş hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Pelvik kitlelerin tedavisi takip, medikal ve cerrahi tedaviyi içermekle birlikte; cerrahi tedavi çoğunlukla kesin tedaviyi sağlar. Cerrahi tedavi kararı alırken hastanın semptomları, yaşı ve risk faktörleri dikkate alınmalıdır. Pelvik kitlenin tedavisi hastanın semptomlarına, yaşına ve risk faktörlerine göre değişir. Olgu serimize 18 yaş ve üzeri, intrauterin gebeliği olmayan, jinekolojik malignitesi olmayan, benign pelvik kitle nedeniyle laparotomi yada laparoskopi yapılmış hastalar dahil edildi.

Çalışmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması $42,9 \pm 11,6$ yaş idi. 50 yaş altı 1117 hasta, 50 yaş ve üzeri 346 hasta vardı. Tüm yaş gruplarında en sık histopatoloji myomdu (%50,3). Yaşa göre histopatolojik sınıflama yapıldığında ileri yaşta myomdan sonra endometrioma sıklıkla görülmüşken; erken yaşlarda yerini ektopik gebeliğe bırakmaktadır. Tüm yaş gruplarında overin en sık benign neoplastik tümörü seröz (kistadenom, kistadenofibrom) kist idi.

Profilaktik antitrombotik (%52,2) ve profilaktik antibiyotik (%100) kullanımı oldukça yüksek orandaydı. Diyabet veya kardiyovasküler sistem hastalığı olan hasta grubunda yara yeri enfeksiyonu oranı, hastanede toplam yatış süresi ve postoperatif yoğun bakım ihtiyacı belirgin olarak yüksek bulundu. Yara yeri enfeksiyonu ile laparotominin insizyon şekli

arasında anlamlı bir ilişki görülmedi . Peroperatif komplikasyonların ovaryan kitlenin boyutu ile ilişkisi saptanmadı. Seçilmiş vakalarda laparoskopik yöntem tercih ettiğimiz; bu nedenle laparoskopi oranımızın düşük olduğu görüldü. Laparoskopik vakalarda laparotomi ile kıyaslandığında transfüzyon ihtiyacı, hastanede toplam yatış süresi, iyileşme süresi, peroperatif ve postoperatif komplikasyonların belirgin olarak az olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Benign Pelvik Tümörler;Laparoskopi;Laparotomi;



EVALUATION OF PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE RESULTS OF PATIENTS OPERATED DUE TO BENIGN PELVIC MASSES

SUMMARY

Benign pelvic masses are pathologies with wide symptom spectrum from asymptomatic to urgent pathologies of all age groups. In our study, the preoperative, peroperative and postoperative results of the patients who underwent surgery due to a benign pelvic mass at the Trakya University Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology between January 2006 and December 2016 were retrospectively analyzed.

The treatment of pelvic masses includes follow-up, medical and surgical treatment; surgical treatment often provides definitive treatment. The patient's symptoms, age and risk factors should be taken into consideration when deciding on surgical treatment. The treatment of pelvic mass depends on the patient's symptoms, age and risk factors. Our patients were 18 years old and older, had no intrauterine pregnancy, had no gynecological malignancy and underwent laparotomy or laparoscopy for benign pelvic mass.

The mean age of all patients was $42,9 \pm 11,6$ years. There were 1117 patients under the age of 50, and 346 patients aged 50 and over. The most common histopathology in all age groups was myoma uteri (%50,3). It leaves its place to ectopic pregnancy at an early age. The most common benign neoplastic tumor of the ovary in all age groups was serous (cystadenoma, cystadenofibroma) cyst.

Prophylactic antithrombotic (%52,2) and prophylactic antibiotic (%100) use was very high. The wound infection rate, total length of hospital stay and postoperative intensive care requirement were significantly higher in the patients with diabetes or cardiovascular system disease. There was no significant relationship between wound site infection and laparotomy incision. Peroperative complications were not associated with the size of the ovarian mass. We preferred laparoscopic method in selected cases; therefore, our laparoscopy rate was low. In laparoscopic cases, compared to laparotomy, the need for transfusion, length of hospital stay, recovery time, and peroperative and postoperative complications were significantly lower.

Key words: Benign Pelvic Tumors, Laparoscopy, Laparotomy.



KAYNAKLAR

1. Hoffman BL. Benign Genel Jinekoloji: Pelvik kitle. Yıldırım G (editör). Williams Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015:246.
2. Whiteman MK, Kuklina E, Jamieson DJ ve ark. Inpatient hospitalization for gynecologic disorders in the United States. Am J Obstet Gynecol 2010; 202(6):541.
3. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. Gynecol Oncol 1994;55:4.
4. Purdie DM, Bain CJ, Siskind V, Webb PM, Green AC. Ovulation and risk of epithelial ovarian cancer. Int J Cancer 2003;104(2):228-32.
5. Hoffman BL ve ark, Benign Genel Jinekoloji: Pelvik kitle. Yıldırım G (editör). Williams Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015:247-48.
6. Sanfilippo JS, Rock JA. Surgery for benign disease of the ovary. In: Rock JA, Thompson JD (eds). Te Lindes's Operative Gynecology, Eighth Edition. Philadelphia, Lipincott-Raven Publishers, 1997;28:625-56.
7. Killackey MA, Neuwirth RS. Evaluation and management of the pelvic mass: a review of 540 cases. Obstet Gynecol 1988; 71:319.
8. Hillard PA. Kadın Genital Traktus Benign Hastalıkları: Semptom ve Bulgular. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA(eds).:Novak Jinekoloji, 12. Baskı. Çev. Editoru: Erk A. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1998:331-97.
9. Ornos C, Silva EG. Pathology of epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol Clin 1994;21:63-77.
10. Hillard PA. Kadın Genital Traktus Benign Hastalıkları: Ovaryan kitleler. Berek JS, Hillard PA(eds). Novak Jinekoloji, 12. Baskı. Çev. Editoru: Erk A. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011:431-505.

11. Bouyer J, Coste J, Fernandez H. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17:3224-30.
12. Baird DD, Dunson DB, Hill MC. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100.
13. Serden SP, Brooks PG. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. *J Reprod Med* 1991;36:697-9.
14. You W, Dainty LA, Rose GS. Gynecologic malignancies in women aged less than 25 years. *Obstet Gynecol* 2005;105:1405-8.
15. Clement PB. Tumor-like lesions of the ovary associated with pregnancy. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12:108-115.
16. Hassan E, Creatas G, Deligeorlgou E, Michalas S. Ovarian tumors during childhood and adolescence. A clinicopathological study. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999; 20:124-6
17. <http://seer.cancer.gov/> (Accessed on September 07, 2012).
18. Froyman W, Landolfo C, De Cock B. Risk of complications in conservatively managed adnexal masses initially thought to be benign at subjective impression by the ultrasound examiner. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50:1-47.
19. Baird DD, Dunson DB, Hill MC. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100-7.
20. Butt JL, Jeffery ST, Van der Spuy ZM. An audit of indications and complications associated with elective hysterectomy at a public service hospital in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 116:112-6.
21. Vines AI, Ta M, Esserman DA. The association between self-reported major life events and the presence of uterine myoms. *Womens Health Issues* 2010; 20:294-8.
22. Kjerulff KH, Langenberg P, Seidman JD. Uterine leiomyomas. Racial differences in severity, symptoms and age at diagnosis. *J Reprod Med* 1996; 41:483-90.
23. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994; 83:549-55.
24. Dragomir AD, Schroeder JC, Connolly A. Potential risk factors associated with subtypes of uterine leiomyomata. *Reprod Sci* 2010; 17:1029-35.
25. Chiaffarino F, Parazzini F, La Vecchia C, Marsico S, Surace M, Ricci E. Use of oral contraceptives and uterine myoms: results from a case-control study. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:857-60.
26. Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Fedele L, Rabaiotti M, Luchini L. Oral contraceptive use and risk of uterine myoms. *Obstet Gynecol* 1992; 79:430-3.

27. Güneş M, Özdeğirmenci O, Kayıkçıoğlu F, Haberal A, Kaplan M. The effect of levonorgestrel intrauterine system on uterine myomas: a 1-year follow-up study. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:735-8.
28. James-Todd TM, Chiu YH, Zota AR. Racial/ethnic disparities in environmental endocrine disrupting chemicals and women's reproductive health outcomes: epidemiological examples across the life course. *Curr Epidemiol Rep* 2016;3:161-80.
29. Mäkinen N, Vahteristo P, Bützow R. Exomic landscape of MED12 mutation-negative and -positive uterine leiomyomas. *Int J Cancer* 2014; 134:1008.
30. Faerstein E, Szklo M, Rosenshein NB. Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. II. Atherogenic risk factors and potential sources of uterine irritation. *Am J Epidemiol* 2001; 153:11-9.
31. Hoffman BL. Benign genel jinekoloji: Pelvik kitle. Yıldırım G (editör). Williams Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015:265-8.
32. Hediger ML, Hartnett HJ, Louis GM. Association of endometriosis with body size and figure. *Fertil Steril* 2005; 84:1366-74.
33. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril* 2008; 89:538-45.
34. Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, Purdie DM, Green AC. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:534.e1.
35. Kinkel K, Lu Y, Mehdizade A, Pelte MF, Hricak H. Indeterminate ovarian mass at US: incremental value of second imaging test for characterization--meta-analysis and Bayesian analysis. *Radiology* 2005; 236:85-94.
36. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Myoms: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol* 2016; 59:2-24.
37. Laughlin SK, Schroeder JC, Baird DD. New directions in the epidemiology of uterine myoms. *Semin Reprod Med* 2010; 28:204-17.
38. Boynton-Jarrett R, Rich-Edwards JW, Jun HJ, Hibert EN, Wright RJ. Abuse in childhood and risk of uterine leiomyoma: the role of emotional support in biologic resilience. *Epidemiology* 2011; 22:6-14.
39. Cepni I, Ocal P, Erkan S, Erzik B. Conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound-guided aspiration and single-dose methotrexate. *Fertil Steril* 2004; 81:1130-2.
40. Dilbaz S, Katas B, Demir B, Dilbaz B. Treating cornual pregnancy with a single methotrexate injection: a report of 3 cases. *J Reprod Med* 2005; 50:141-4.
41. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999;72:207-15.

42. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005; 105:42-5.
43. Dover RW, Powell MC. Management of a primary abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1603-4.
44. Fisch B, Peled Y, Kaplan B, Zehavi S, Neri A . Abdominal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy. *Obstet Gynecol* 1996;88:642-3.
45. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C, Reddy A, Maness DL. Diagnosis and management of adnexal masses. *Am Fam Physician* 2009; 80:815-20.
46. Stewart EA, Nicholson WK, Bradley L, Borah BJ. The burden of uterine myoms for African-American women: results of a national survey. *J Womens Health (Larchmt)* 2013; 22:807-16.
47. Van Nagell JR Jr, Miller RW. Evaluation and Management of Ultrasonographically Detected Ovarian Tumors in Asymptomatic Women. *Obstet Gynecol* 2016;127:848-58.
48. Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, et al. Management of Adnexal Mass. Evidence Report/Technology Assessment No.130 (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0025). AHRQ Publication No. 06-E004, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD February 2006.
49. Shannon Mac Laughlan, Beth Cronin, Richard G. Moore. Evaluation and Management of Women Presenting with a Pelvic Mass, Referral of women with a pelvic mass to a gynecologic oncologist: ACOG guidelines 2011. *Current Obstetrics and Gynecology Reports* March 2012;1:10–15
50. Pedowitz P, Bloomfield Rd. Ruptured adnexal abscess (tuboovarian) with generalized peritonitis. *Am J Obstet Gynecol* 1964; 88:721-7.
51. Vermeeren J, Te Linde Rw. Intraabdominal rupture of pelvic abscesses. *Am J Obstet Gynecol* 1954; 68:402-9.
52. Fishman DA, Cohen LS. Is transvaginal ultrasound effective for screening asymptomatic women for detection of early-stage epithelial ovarian carcinoma? *Gynecologic Oncology* 2000;77:347-9.
53. Steinkampf MO, Hamond KR, Blackwell RE. Hormonal treatment of functional ovarian cysts:a randomized,prospective study. *Fertil Steril* 1990;54:775-7.
54. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for ovarian cancer. Recommendation statement. Rockville, Md.: Agency forHealthcare Research and Quality; 2004. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/ovariancan/ovcanrs.pdf>. Accessed August 3, 2009.
55. Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cyts. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD006134.

56. Moore RG, McMeekin DS, Brown AK et al. A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA 125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Gynecologic Oncology* 2009;112:40-6.
57. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:681-90.
58. Terada T. Borderline serous papillary tumor arising in a paraovarian cyst. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150:215-6.
59. Katz VL, Lentz GM, Lobo RA. Benign gynecologic lesions: Vulva, vagina, cervix, uterus, oviduct, ovary. In: *Comprehensive Gynecology*, 5th ed, Gershenson DM (Eds), Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. p.452.
60. Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gynecol* 1994;83:414-8.
61. Leung F, Terzibachian JJ, Gay C. Hysterectomies performed for presumed leiomyomas: should the fear of leiomyosarcoma make us apprehend non laparotomic surgical routes? *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37:109-14.
62. Takamizawa S, Minakami H, Usui R, Noguchi S, Ohwada M, Suzuki M et al. Risk of complications and uterine malignancies in women undergoing hysterectomy for presumed benign leiomyomas. *Gynecol Obstet Invest* 1999;48:193-6.
63. Leung F, Terzibachian JJ. The impact of tumor morcellation during surgery on the prognosis of patients with apparently early uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol* 2012;124:172-8.
64. Moen MH, Muus KM. Endometriosis in pregnant and non-pregnant women at tubal sterilization. *Hum Reprod* 1991; 6:699-702.
65. Pisanu A, Deplano D, Angioni S, Ambu R, Uccheddu A. Rectal perforation from endometriosis in pregnancy: case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2010;16:648-51.
66. Brosens IA, Fusi L, Brosens JJ. Endometriosis is a risk factor for spontaneous hemoperitoneum during pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 92:1243-5.
67. Lier MCI, Malik RF, Ket JCF, Lambalk CB, Brosens IA, Mijatovic V. Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) and endometriosis - A systematic review of the recent literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 219:57-65.
68. Chiodo I, Somigliana E, Dousset B, Chapron C. Urohemoperitoneum during pregnancy with consequent fetal death in a patient with deep endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:202-4.
69. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Sala P. Spontaneous uroperitoneum and preterm delivery in a patient with bladder endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22:923-4.

70. Faucheron JL, Pasquier D, Voirin D. Endometriosis of the vermiform appendix as an exceptional cause of acute perforated appendicitis during pregnancy. *Colorectal Dis* 2008;10:518-9.
71. Murphy SJ, Kaur A, Wullschleger ME. Endometrial decidualization: a rare cause of acute appendicitis during pregnancy. *J Surg Case Rep* 2016(4): rjw053.
72. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Mangili G, Bergamini A, Inversetti A, Giorgione V. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. *Hum Reprod Update* 2016;22:70-103.
73. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril* 2006; 86:298-303.
74. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986; 67:335-8.
75. Hunt SM, Kincheloe BW, Schreier PC. Tubo-ovarian abscess in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1974;43:57-60.
76. Dudley AG, Lee F, Barclay D. Ovarian and tubo-ovarian abscess in pregnancy: report of a case and a review of the literature. *Mil Med* 1970;135:403-6.
77. Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006; 107:376-82.
78. Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M, Pensabene I, Ceruti P, Vergani P. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J Ultrasound Med* 1994;13:399-401.
79. Lev-Toaff AS, Coleman BG, Arger PH, Mintz MC, Arenson RL, Toaff ME. Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. *Radiology* 1987;164:375-80.
80. De Vivo A, Mancuso A, Giacobbe A, Savasta LM, De Dominicis R, Dugo N et al. Uterine myomas during pregnancy: a longitudinal sonographic study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:361-5.
81. Ciavattini A, Delli Carpini G, Clemente N, Moriconi L, Gentili C, Di Giuseppe J. Growth trend of small uterine fibroids and human chorionic gonadotropin serum levels in early pregnancy: an observational study. *Fertil Steril* 2016; 105:1255-60.
82. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 16;(2):CD004992. doi: 10.1002/14651858.CD004992.pub3
83. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2010;116:223-36.
84. Paik CK, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol* 2006; 107:611-6.

85. Geissdörfer W, Böhmer C, Pelz K, Schoerner C, Frobenius W, Bogdan C. Tuboovarian abscess caused by *Atopobium vaginae* following transvaginal oocyte recovery. *J Clin Microbiol* 2003; 41:2788.
86. Varras M, Polyzos D, Tsikini A. Ruptured tubo-ovarian abscess as a complication of IVF treatment: clinical, ultrasonographic and histopathologic findings. A case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30:164-8.
87. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine leiomyomas: individualizing the approach to a heterogeneous condition. *Obstet Gynecol* 2011; 117:396-403.
88. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29:400-12.
89. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. *Fertil Steril* 2014;101:927-34.
90. Alborzi S, Zarei A, Alborzi S, Alborzi M. Management of ovarian endometrioma. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49:480-91.
91. Goodman L, Goldberg JM, Flyckt RL, Gupta M, Harwalker J, Falcone T, et al. Effect of surgery on ovarian reserve in women with endometriomas, endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215(5):589.
92. Muzii L, Di Tucci C, Di Felicianantonio M, Marchetti C, Perniola G, Panici PB et al. The effect of surgery for endometrioma on ovarian reserve evaluated by antral follicle count: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2014; 29:2190-8.
93. Muzii L, Achilli C, Lecce F, Bianchi A, Franceschetti S, Marchetti C, et al. Second surgery for recurrent endometriomas is more harmful to healthy ovarian tissue and ovarian reserve than first surgery. *Fertil Steril* 2015;103:738-43.
94. Ferrero S, Venturini PL, Gillott DJ, Remorgida V, Leone Roberti Maggiore U. Hemostasis by bipolar coagulation versus suture after surgical stripping of bilateral ovarian endometriomas: a randomized controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2012;19:722-30.
95. Song T, Lee SH, Kim WY. Additional benefit of hemostatic sealant in preservation of ovarian reserve during laparoscopic ovarian cystectomy: a multi-center, randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2014; 29:1659-65.
96. Ata B, Turkgeldi E, Seyhan A, Urman B. Effect of hemostatic method on ovarian reserve following laparoscopic endometrioma excision; comparison of suture, hemostatic sealant, and bipolar desiccation. A systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22:363-72.
97. Peters A, Rindos NB, Lee T. Hemostasis during ovarian cystectomy: systematic review of the impact of suturing versus surgical energy on ovarian function. *J Minim Invasive Gynecol* 2017;24:235-46.

98. Pritts EA, Vanness DJ, Berek JS. The prevalence of occult leiomyosarcoma at surgery for presumed uterine fibroids: a meta-analysis. *Gynecol Surg* 2015; 12:165-77.
99. Maresh MJ, Metcalfe MA, McPherson K, Overton C, Hall V, Hargreaves J et al. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *BJOG* 2002; 109:302-12.
100. Phung TK, Waltoft BL, Laursen TM, Settnes A, Kessing LV, Mortensen PB et al. Hysterectomy, oophorectomy and risk of dementia: a nationwide historical cohort study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:43-50.
101. Zeyneloglu HB, Arici A, Olive DL. Adverse effects of hydrosalpinx on pregnancy rates after in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril* 1998;70:492-9.
102. O. K. Ogedengbe, "uterine fibroids," in contemporary obstetrics and gynaecology for developing countries, f. Okonofua and k. Odunsi, eds. intec printers limited, Ibadan, Nigeria, 1st edition, 2003. pp. 202–13.
103. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:100-7.
104. Serden SP, Brooks PG. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. *J Reprod Med* 1991;36:697-9.
105. Ranjitha sd ve ark. A retrospective study on surgical management of ovarian tumours in a tertiary care semiurban hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6(10):4429-32.
106. Martín-Merino E, García Rodríguez LA, Wallander MA, Andersson S, Soriano-Gabarró M. The incidence of hysterectomy, uterus-preserving procedures and recurrent treatment in the management of uterine fibroids. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;194:147-52.
107. Yumer h. İyi Huylu Adneksiyal Kitlelere Yaklaşım (1996-2006 Tarihleri Arası Kliniğimizde Ameliyat Edilen Over Kistlerinin Geriye Doğru İrdelenmesi) (tez). İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2009.
108. Milad MP, Cohen L. Preoperative ultrasound assessment of adnexal masses in premenopausal women. *Int J Gynecol Obstet* 1999;66:137-41.
109. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Cutillo G, Scambia G, Congiu M, Mancuso S. Surgery by minilaparotomy in benign gynecologic disease. *Obstet Gynecol* 1996;87:456–9.
110. Richard H. Demir, MD and Greg J. Marchand, MD. Adnexal masses suspected to be benign treated with laparoscopy. *J Soc Laparoend Surgens* 2012;16(1):71–84.
111. Hidlebaugh DA1, Vulgaropoulos S, Orr R. Trends in oophorectomy by laparoscopic versus open techniques. *Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3(4):17-8.

112. Lambaudie E1, Boukerrou M, Cosson M, Querleu D, Crépin G. Hysterectomy for benign lesions: peroperative and early postoperative complications. *Ann Chir* 2000;125(4):340-5.
113. Makinen J, Johansson J, Tomás C, Tomás E, Heinonen PK, Laatikainen T, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001;16:1473-8.
114. Canis M, Pouly JI, Wattiez A, Mage G, Namhes H, Bruhat Ma. Laparoscopic management of adnexal masses suspicious at ultrasound. *Obstet Gynecol* 1997;89:679-83.
115. Mason A, Goldacre M, Meddings D, Woolfson J. Use of case fatality and readmission measures to compare hospital performance in gynaecology. *BJOG* 2006;113:695-9.
116. Havrilesky LJ, Peterson BL, Dryden DK, Soper JT, Clark-Pearson DL, Berchuck A. Predictors of clinical outcomes in the laparoscopic management of adnexal masses. *Obstet Gynecol* 2003;102:243-51.
117. Smorgick N, Barel O, Halperin R, Schneider D, Pansky M. Laparoscopic removal of adnexal cyst: is it possible to decrease inadvertent intraoperative rupture rate? *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:237-8.
118. Fauvet R, Boccara J, Dufournet C, Poncelet C, Durai E. Laparoscopic management of borderline ovarian tumors: results of a French multi-center study. *Ann Oncol* 2005;16:403-10.
119. Bakkam-Gamez JN, Richardson DL, Seamon LG. Influence of intraoperative capsule rupture on outcomes in stage I epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2009;113:11-7.
120. Barreta A. Laparoscopia na abordagem inicial de tumores anexiais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(3):124-30.
121. Medeiros LR, Stein AT, Fachel J, Garry R, Furness S. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumor: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18(3):387-99.
122. Demir RH, Marchand GJ. Adnexal masses suspected to be benign treated with laparoscopy. *JSLs* 2012;16(1):71-84.
123. Robert JS, Richard AG, Randy DM, C. Glen M, William ES et al. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992;13:599-605.
124. Cruse PJ. Surgical wound infection. In: *Infectious Diseases*, Wonsiewicz MJ (Ed), WB Saunders Co, Philadelphia 1992. p.758.
125. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis* 1983;5(5):876-84.

EKLER



Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/275	
	PROTOKOL ADI	Benign Pelvik Kitle Nedeniyle Opere Edilen Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Sonuçlarının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Cenk SAYIN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 22/22		Tarih: 18.12.2017
	Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Cenk SAYIN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Burcu YEŞİLDAĞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.