

BİLATERAL DEV BENİGN KİSTİK MEZOTELYOMA (PERİTONEAL İNKLÜZYON KİSTLERİ): ULTRASONOGRAFİ VE MAGNETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

Gülnur ERDEM*, Önder ÇELİK**, Şeyma HASÇALIK**, Hakkı Muammer KARAKAŞ*, Ahmet Kemal FIRAT*,

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Malatya

** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya

ÖZET

Peritoneal inklüzyon kistleri, üreme dönemindeki kadınlarda sık görülen, abdomen, pelvis ve retroperitoneal yerleşimli lezyonlardır. Genellikle abdominal cerrahi öyküsü bulunan bu olgular kronik karın ve pelvis ağrısı ile prezente olurlar. Peritoneal inklüzyon kistleri mezotelyal hücrelerle çevrili olduklarından, benign kistik mezotelyoma olarak da adlandırılırlar. Bu çalışmada bilateral dev benign kistik mezotelyoması olan 30 yaşında infertil kadın hastada, ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularını ve literatürde söz edilen tedavi yaklaşımlarını sunduk. Benign kistik mezotelyoma US ve MRG'de abdominopelvik multiloküle kistik kitleler olarak izlenir. Daha önce abdominal operasyon uygulananlarda, bu şekilde kistik kitleler görüldüğünde, ayırıcı tanıda peritoneal inklüzyon kistleri de akılda tutulmalıdır.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2007; Cilt: 4 Sayı: 4 Sayfa: 284- 7

Anahtar kelimeler: benign kistik mezotelyoma, magnetik rezonans görüntüleme, peritoneal inklüzyon kisti

SUMMARY

Bilateral Giant Benign Cystic Mesothelioma (Peritoneal Inclusion Cysts): Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging Findings

Peritoneal inclusion cysts are most common in women of reproductive period and involve the abdomen, pelvis, and retroperitoneum. Generally these cases with a history of previous abdominal surgery present with chronic abdominal and pelvic pain. Peritoneal inclusion cysts are lined with mesothelial cells; this condition has also been referred to as benign cystic mesothelioma. In this study, we present the ultrasonographic and magnetic resonance imaging (MRI) findings of giant benign cystic mesothelioma in 30-year-old infertil woman and the approaches of the treatment mentioned in literature. On ultrasonography and MRI, peritoneal inclusion cysts are seen as abdominopelvic multiloculated cystic masses. In that case, peritoneal inclusion cysts should be added into the differential diagnosis list in the cases with a history of previous abdominal surgery.

Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 2007; Vol: 4 Issue: 4 Pages: 284- 7

Key words: benign cystic mesothelioma, magnetic resonance imaging, peritoneal inclusion cyst

Yazışma adresi: Gülnur Erdem, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Malatya
Tel.: (0422) 341 06 60-5705 / Fax No: (0422) 341 07 28
e-posta: gerdem@inonu.edu.tr

Alındığı tarih: 18.02.2007, revizyon sonrası alınma: 11.06.2007, kabul tarihi: 02.07.2007
Not: 26. Ulusal Radyoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur (26-30 Ekim 2005)

GİRİŞ

Peritoneal inklüzyon kistleri, daha çok üreme dönemindeki kadınlarda görülen, abdomen, pelvis ve retroperitoneal yerleşimli lezyonlardır. Genellikle abdominal cerrahi öyküsü bulunan bu olgular, kronik karın ve pelvis ağrısı ile ortaya çıkarlar. Peritoneal sıvı emilimi bozulmuş ve peritoneal yapışıklıkları olan hastalarda, mayi yapışıklıklar içinde birikir ve overleri de içine alarak büyük adneksiye kitleler oluşturabilir. Peritoneal inklüzyon kistleri mezotelyal hücrelerle çevrili olduklarından, benign kistik mezotelyoma olarak da adlandırılırlar⁽¹⁻⁴⁾. Bu çalışmada bilateral dev benign kistik mezotelyoması olan hastada ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularını ve literatürde söz edilen tedavi yaklaşımlarını sunmayı amaçladık.

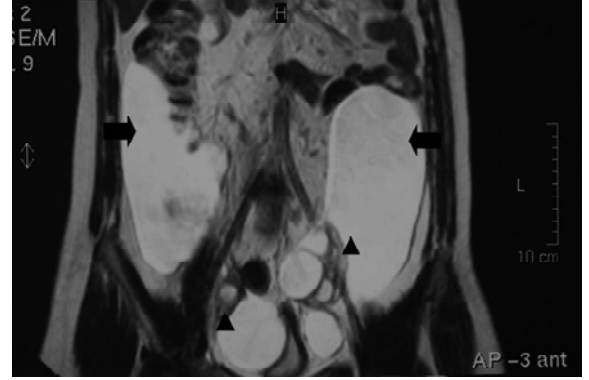
OLGU SUNUMU

Karında şişlik, kasık ve yan ağrısı şikayeti olan 30 yaşında infertil kadın olgu, pelvik kitle saptanması üzerine hastanemize sevk edildi. Olgunun 20 yıl önce geçirilmiş apendektomi ve 8 yıl önce geçirilmiş over kist eksizyonu öyküsü vardı. Over kist eksizyonu tek taraftan ve laparotomi ile yapılmıştı. Hasta infertilite tedavisi almamıştı. Kanser belirteçleri (CA 125, CA 19-9, CA 15-3) normal sınırlarda olan olguya, yapılan ultrasonografide pelvisi ve batını dolduran multiloküle kistik kitlelerin görülmesi ve overlerin ayırt edilememesi üzerine, kitlelerin uzanımını ve pelvik organlarla ilişkisini daha iyi değerlendirebilmek amacıyla, over kitlesi ön tanısı ile MRG yapıldı. MRG için 1.5 T süper iletken tarayıcıda (Gyroscan Intera Master, Philips, Best, Hollanda) vücut koili kullanılarak aksiyel ve koronal planda T1A (TR/TE= 10/4.6ms) ve T2A (TR/TE= 1600/100ms) sekanslar elde edildi.

MRG'de sağda 22x8.5x8cm, solda 21x8x9cm boyutunda, her iki böbrek alt kesiminden, uterus ön kesimine kadar batını ve pelvisi dolduran, T1A görüntülerde hipointens, T2A görüntülerde hiperintens sinyal özelliğinde, az sayıda ince septalar içeren kistik lezyonlar izlendi. Ayrıca kitle inferomediallerinde sağda normal boyutlu over dokusu, solda ise 6x5cm boyutta içerisinde kistler bulunan over dokusu izlendi (Resim 1, 2). Kontrastlı incelemede patolojik kontrastlanma- kontrast tutan solid komponent izlenmedi. Böylece over kitlesi ön tanısı ile MRG yapılan

hastada, kistler arasında normal over parankiminin izlenmesi ile kitlelerin over dışı kaynaklı olduğu düşünülmüş ve geçirilmiş operasyon öyküsü ile birlikte değerlendirildiğinde, hasta MRG ile preoperatif peritoneal inklüzyon kisti tanısını almıştı.

Laparotomiye takiben yapılan explorasyonda uterus over ve adneksler görülemedi.

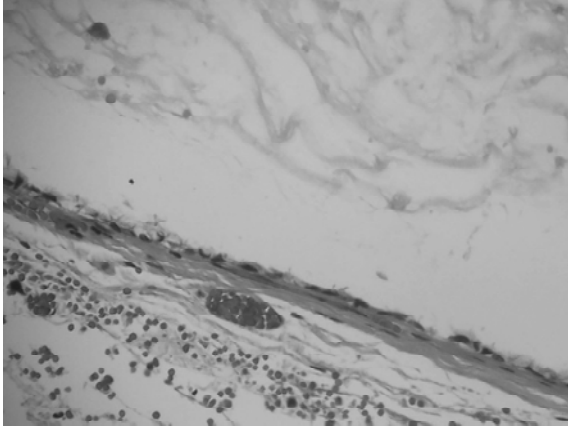


Resim 1: Koronal T2 A abdominopelvik MRG'de her iki tarafta dev boyutlu (sağda 22x8.5x8cm, solda 21x8x9cm), T1A görüntülerde hipointens, T2A görüntülerde hiperintens peritoneal inklüzyon kistleri (ok). Her iki kist inferomedialinde over dokusuna ait görünüm (ok başı).



Resim 2: Aksiyel T2 A abdominopelvik MRG'de bilateral peritoneal inklüzyon kistleri (ok). Sol over dokusundaki kistlere ait görünüm (ok başı).

Duvarlarını barsak ansları ve adezyonların oluşturduğu bir kısmı seröz bir kısmı ise hemorajik içerikli multipl kistik oluşumlar saptandı. Yapılan adezyolizis ile barsak ansları arasındaki kistik yapılara ulaşıp içerikleri boşaltıldı, kist duvarından patolojik değerlendirme için örnek alındı (Resim 3). Uterus ve adneksler görünür hale getirildiğinde tuba-ovaryan yapıların ileri derecede pelvik duvara yapışık olduğu saptandı. Ayrıca sol overden hemorajik kist eksizyonu yapıldı.



Resim 3: İç yüzde alçak küboidal epitele sahip ince fibröz kist cidarı (Hematoxilen eosin X400)

Operasyon sonrası hasta takiplerinin 1., 3., 6. ve 12. ayda jinekolojik muayene, tümör belirteçleri ve ultrasonografi ile yapılması planlandı. 1. ve 3. ayda yapılan kontrollerinde problem olmayan hasta, 6. ve 12. ayda yapılması önerilen takiplerine gelmedi. 16. ayda kontrole gelen hastada rekürren lezyonlara rastlandı. Sonografik bakıda sağda 14x8,5cm, solda 9,5x6cm boyutta multiloküle kistik kitleler izlendi. Rekürrens olasılığı bilinen bu kitlelerin, önceki hastalıkla benzer özellikte olması nedeni ile MRG istenmedi. Rekürrens sonrası hastaya cerrahi ve/ veya medikal tedavi yapılmamış olup, cerrahi ve kadın doğum kliniklerince takibi uygun bulundu.

TARTIŞMA

Peritoneal inklüzyon kistleri, rekürrens eğilimi olan, ancak benign mezotelial proliferasyonlardır⁽¹⁾. Erkeklerde de görülebilmekle birlikte, üreme dönemindeki kadınlarda daha sık izlenen, abdomen, pelvis ve retroperitonda yerleşen lezyonlardır. Literatürde gebe bir kadında dalak tutulumu da bildirilmiştir. Patogenezi tam bilinmemektedir, enflamatuar reaksiyona sekonder geliştikleri düşünülmektedir⁽²⁾. Çoğu hastanın önceden geçirilmiş pelvik operasyon öyküsü vardır. Ancak travma, pelvik enflamatuar hastalık veya endometriosis öyküsü olanlarda da görülebilir⁽¹⁾.

Peritoneal inklüzyon kistleri nadir görülen lezyonlar olup, kist boyutları birkaç milimetreden 20 cm'ye dek değişebilir⁽³⁾. Sıklıkla alt abdominal ve pelvik ağrı ile ortaya çıkarlar, ancak bazen laparotomide rastlantısal olarak da saptanırlar^(1,4). Flynn ve Niloff, 55 yaş

altındaki hastalarda 115 over kistine yaptıkları minilaparotomide, sadece 1 hastada peritoneal inklüzyon kisti saptamışlardır⁽⁵⁾. Guerriero ve arkadaşları, peritoneal kistlerin saptanmasında transvaginal ultrasonun doğruluğunu araştırdıkları çalışmada, 213 adneksiyel kitlenin 13'ünde peritoneal kiste rastlamışlardır⁽⁶⁾.

Peritoneal inklüzyon kistleri, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile tanınabilir. Ürogenital sistemin anatomisinin, malformasyonlarının ve patolojilerinin değerlendirilmesinde ultrasonografi temel inceleme yöntemidir. MRG ise, pelvik organların yüksek rezolüsyonlu multiplanar görüntülerini sağlayarak pelvik kitlelerin değerlendirilmesinde daha kapsamlı bilgiler sunar. Peritoneal inklüzyon kistleri ultrasonografide santral ya da ekzantrik yerleşimli, normal ya da distorsiyone overi çevreleyen değişik boyutlarda ince duvarlı, multiloküle kistik adneksiyel kitleler olarak görülebilir^(4,7). Bizim vakamızda olduğu gibi bazen ultrasonografi ile büyük boyutlu kistler arasında, kistik over parankimini ayırt etmek zor olabilir. Kist sıvısı genellikle anekoiktir, fakat hemorajik veya proteinöz içeriğe bağlı olarak bazı kompartmanları ekolar içerebilir⁽⁴⁾. MRG'de duvar kontrastlanması olmayan, T1A görüntülerde düşük, T2A görüntülerde yüksek ya da orta sinyal intensiteli kistik kitleler olarak izlenirler⁽⁸⁾. MRG ile kitlelerin uzanımı ve pelvik organlarla ilişkisi daha net ortaya konabilir. Ayrıca immunohistokimyasal çalışmalar da lezyonların mezotelyal orjinini gösterebilir. Mezotelyal hücreler müsin için negatifken, sitokeratin ve kalretinin için kuvvetli pozitiflerdir⁽⁹⁾. Yine mezotelyal hücreler, vimentin ve histiositik belirteç olan HBME 1 için pozitif, endotelial hücreler için spesifik belirteç olan F8-RA, CD31 ve CD34 için ise negatiflerdir⁽¹⁰⁾. Bizim olgumuzda da 20 yıl önce geçirilmiş apendektomi ve 8 yıl önce geçirilmiş over kist eksizyonu hikayesi vardı. Karında şişlik ve ağrı yakınmaları olan hasta, 12 yıllık evli olmasına rağmen çocuk sahibi olamamıştı. Kanser belirteçleri normal sınırlardaydı. Ultrasonografi ve MRG'de her iki tarafta batını ve pelvisi dolduran ince septalar içeren multiloküle kistik kitle izlenmekteydi. Lezyonlar çok büyük boyutlarda olmasına rağmen çevre dokularda invazyon bulgusu yoktu, kitlelerin basısına bağlı indentasyon mevcuttu. Kontrastlı MRG'de lezyonlarda kontrastlanma saptanmamıştı. Başlangıçta over orjinli kitle düşünülen hastada, kitle inferomediallerinde over dokusunun

izlenmesi ile lezyonların over dışı kaynaklı olduğu saptandı. Batın içi serbest sıvı izlenmedi.

Benign ve malign abdominal-pelvik kistik kitlelerle ilgili uzun ayırıcı tanı listesi olmasına rağmen, benign kistik mezotelyoma en sıklıkla multiloküler kistik lenfanjioma ile karışır. Ancak lenfanjiomalı hastalar, inklüzyon kistlerinden farklı olarak daha çok çocukluk ve adolesan yaş grubundadır ve erkek-kız oranı hemen hemen eşittir⁽⁸⁾. Ayrıca immunohistokimyasal çalışmalarda, benign kistik mezotelyomanın sitokeratin, kalretinin, vimentin ve HBME 1 için (+) olması ile de ayırıcı tanı yapılabilir^(9,10). Tedavide, konservatif tedaviden cerrahi tedaviye dek değişen farklı yaklaşımlar vardır. Literatürde skleroterapinin ve cerrahi sonrası gonodotropin-releasing hormon analogları ile tedavinin etkinliği sunulmakta olup, CT eşliğinde tekrarlanan aspirasyonların semptomatik kontrol sağladığı da bildirilmektedir⁽¹¹⁻¹³⁾. Semptomatik hastalarda tavsiye edilen en etkin tedavi cerrahi eksizyondur. Laparoskopik cerrahi eksizyon da alternatif tedavi metodu olarak sunulmaktadır. Rekürren hastalıkta ise tamoksifen veya GnRH analogları ile medikal tedavi daha uygun yaklaşım olabilir⁽¹⁴⁾. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapinin tedavide yeri yoktur. Peritoneal inklüzyon kistlerinin malign dejenerasyon göstermedikleri genel kabul görmüş olmakla birlikte, literatürde nadir de olsa malign transformasyondan söz edilmektedir^(3,9). Gonzales-Moreno ve arkadaşları, benign kistik mezotelyoma tanısı olan 10 yıl süre ile takip edilen ve bu süre içerisinde 6 kez laparoskopik girişim yapılan bir olguda bu hastalık zemininde malign mezotelyoma geliştiğini bildirmişlerdir⁽⁹⁾. Rekürrens eğilimleri yüksektir. Tam rezeksiyondan sonra bile rekürrens oranları yaklaşık %50'dir ve daha çok rezeksiyondan sonraki 3-27 aylık sürede görülür⁽³⁾. Olgumuza sadece cerrahi eksizyon uygulanmış olup, cerrahi sonrası 16. ayda rekürren lezyonlara rastlanmıştır. Rekürrens sonrası hasta tedavi almamıştır. Klinik takibi uygun bulunmuştur. Sonuç olarak US ve MRG'de abdominopelvik multiloküle kistik kitleler saptandığında bu kitlelerin over kaynaklı olup olmadığını saptamak önemlidir. Septasyonların ve mayi arasında intakt overlerin izlenmesi, kitlenin over dışı kaynağını göstererek, özellikle geçirilmiş cerrahi öyküsü olan hastalarda, benign kistik mezotelyoma (peritoneal inklüzyon kistleri) için tanısal bulgu sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Ross, MJ, WR Welch, RE. Scully. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989; 64: 1336- 46.
2. Guzzo MH, Davis CA, Bezler GE, Virata RL. Multiloculated peritoneal inclusion cysts with splenic involvement: a case report. *Am Surg*.2001; 67: 619- 21.
3. van Ruth S, Bronkhorst MW, van Coevorden F, Zoetmulder FA. Peritoneal benign cystic mesothelioma: a case report and review of the literature. *Eur J Surg Oncol*. 2002; 28: 192- 5.
4. Salem S. The Uterus and Adnexa. In *Diagnostic Ultrasound*. Eds: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. 2nd edition. St Louis, Missouri: Mosby 1998: 548.
5. Flynn MK, Niloff JM. Outpatient minilaparotomy for ovarian cysts. *J Reprod Med*. 1999; 44(5): 399- 404.
6. Guerriero S, Ajossa S, Mais V, Angiolucci M, Paoletti AM, Melis GB. Role of transvaginal sonography in the diagnosis of peritoneal inclusion cysts. *J Ultrasound Med*. 2004; 23: 1193- 200.
7. Sohaey R, Gardner TL, Woodward PJ et al. Sonographic diagnosis of peritoneal inclusion cysts. *J Ultrasound Med* 1995; 14: 913- 17.
8. Özgen A, Akata D, Akhan O, Tez M, Gedikoğlu G, Özmen MN. Giant benign cystic peritoneal mesothelioma: US, CT, and MRI findings. *Abdom Imaging* 1998; 23: 502- 4.
9. Gonzales-Moreno S, Yan H, Alcorn KW, Sugarbaker PH. Malignant transformation of benign cystic mesothelioma of the peritoneum. *J Surg Oncol*. 2002; 79: 243- 51.
10. De Toma G, Nicolanti V, Plocco M, Cavallaro G, Amato D, Letizia C. Cystic peritoneal mesothelioma:report of a case. *Surg Today* 2000; 30: 98- 100.
11. Jeong JY, Kim SH. Sclerotherapy of peritoneal inclusion cysts: preliminary results in seven patients. *Korean J Radiol*. 2001; 2: 164- 70.
12. Nozawa S, Iwata T, Yamashita H, Banno K, Kubushiro K, Aoki R, Tsukazaki. Gonodotropin-releasing hormone analogue therapy for peritoneal inclusion cysts after gynecological surgery. *J Obstet Gynaecol Res*. 2000; 26: 389- 93.
13. Inman DS, Lambert AW, Wilkins DC. Multicystic peritoneal inclusion cysts: the use of CT guided drainage for symptom control. *Ann R Coll Surg Engl*. 2000; 82: 196- 7.
14. Phupong V, Wisawasukmongchol W, triratanachat S. Multiloculated peritoneal inclusion cyst treated successfully with laparoscopic surgery. *Gynecol Surg* 2005; 2: 191- 3.