

Kız çocuğunda kopmuş over: Ender bir olgu sunumu ve literatür taraması

Ünal BAKAL, Mehmet SARAÇ, Tugay TARTAR, Ahmet KAZEZ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ

Özet

Kopmuş over, kızlarda abdominal kalsifikasyonun ender bir nedenidir. Bugüne kadar 11 olguda bildirilmiştir. Dokuz yaşında bir kızda, laparoskopi ile, kopmuş ve kalsifiye olmuş bir over bulundu. Bunun en olası açıklaması adneksin bulgu vermeyen bir torsiyonu sonrasında kopma, nekroz ve kalsifikasyon gelişmesidir. Kızlarda pelvik kalsifikasyonun ayırıcı tanısında bu ender patoloji de düşünülmelidir. Bu çalışmada ender bir olgu sunumu ile birlikte kısa bir literatür taraması yapıldı.

Anahtar kelimeler: Over, kopmuş, kalsifiye, torsiyon, çocuk

Summary

An amputated ovary in a girl: a rare case report and review of the literature

Amputated ovary is a rare cause of abdominal calcification in girls. Up to date, 11 cases had been reported. A calcified amputated ovary was found in a 9-year-old girl by laparoscopy. The most likely explanation is subclinical torsion of the adnexa with subsequent amputation, necrosis, and calcification. This rare entity should be considered in the differential diagnosis of pelvic calcification in girls. In this study, we present a rare case and brief review of the literature.

Key words: Ovary, amputated, calcified, torsion, children

Giriş

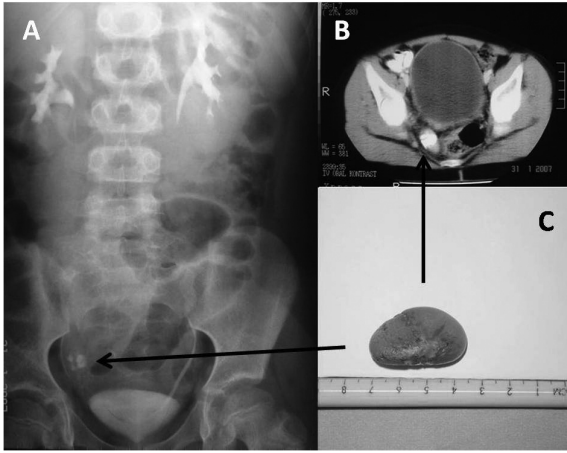
Over torsiyonu sıklıkla ağrılıdır ve acil cerrahi müdahale gerektirir⁽²⁾. Overin asemptomatik torsiyon, nekroz ve kopması diğer genitoüriner anomaliler olmadan tek taraflı yokluğunu açıklayabilir. Kopmuş overlere bağlı kalsifiye, mobil batın içi kitleleri literatürde 11 olguda bildirilmiştir^(1,3-7). Bu çalışmanın amacı kızlarda pelvik kalsifikasyonların ayırıcı tanıları arasında kopmuş overlerin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamak ve literatürde yer alan olguların kısa bir değerlendirmesini yapmaktır.

Olgu Sunumu

Dokuz yaşında kız hasta, bir ay önce hematüri yakınması ile hastanemize başvurmuş, direkt batın grafisinde pelviste multiple kalsifikasyonlar tespit edilmiş. Karın ağrısı ve kusması olmayan hastanın hematürisi bir gün sürmüştü. Fizik muayenede ve rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. Tümör belirteçleri (AFP,

CEA) normal sınırlardaydı. Batın ultrasonografisinde sağ üreter distal kesimine uyan bölgede kistik genişleme ve bu kistik yapı içerisinde hiperekojen akustik gölge veren yapılar tanımlandı. İntravenöz piyelografide (İVP) böbrekler, üreterler ve mesane normal görünümdeydi. Pelviste sağ alt tarafta birden fazla sayıda düzensiz kalsifikasyonlar mevcuttu (Resim 1-A). İlk bakışta hematürisi de olan hastada üreter alt uç taşı olasılığını düşündürmekteydi. Batın tomografisinde mesane posteriorunda, rektum sağ lateralinde 3x2 cm büyüklüğünde kalsifiye kitle lezyonu izlendi (Resim 1-B). Tanısal laparoskopide; sağ over lojuna uyan bölgede yaklaşık 3x2 cm büyüklüğünde, gri-siyah renkli, silgi sertliğinde, mobil, taş izlenimi veren bir yapı görüldü. Sağ over yerinde yoktu ve sağ tuba, uterustan itibaren 3 cm'den sonra kesintiye uğramıştı. Uterus, sol tuba ve sol over normal görünümdeydi. Oluşum büyük ve solid olduğu için grasper yardımıyla göbek altına getirilerek mini insizyonla ve bütünlüğü korunarak çıkarıldı (Resim 1-C). Parçanın histopatolojik incelemesinde, başka olgulardan elde edilmiş normal over dokusu ile benzerliği dikkati çekti (Resim 2-A) ve nekrotik, kalsifiye over dokusu ile uyumlu olduğu (Resim 2-B) görüldü. Ameliyat sonrasında sorunsuz geçiren hasta 4.gün taburcu edildi.

Adres: Prof. Dr. Ahmet Kazez, Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, 23119-Elazığ
Alındığı tarih: 17.04.2012
Kabul tarihi: 29.01.2013

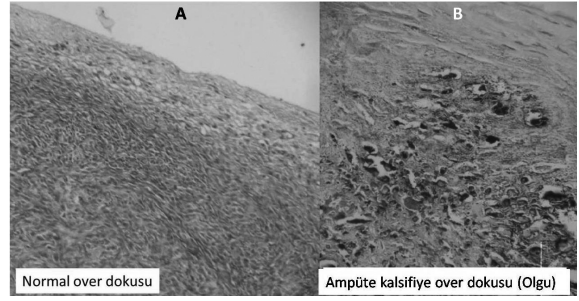


Resim 1. A-İntravenöz piyelografide pelviste sağ alt kadranda kasifikasyonlar (yatay ok). (Üreter alt uç taşı?). B-Bilgisayarlı tomografide mesane arkasında sağda kalsifiye kitle (dikey ok). C-Laparoskopi ile çıkarılan solid kitle (kopmuş over).

Tartışma

Over torsiyonu erişkin yaşlarda daha sık olmakla birlikte, çocuklarda da görülebilen bir durumdur ⁽²⁾. Çocuklarda normal overlerde, tümör olmaksızın torsiyon görülmesi olasılığı erişkinlerden daha fazladır. Overin torsiyon sonrası koparak pelvik kalsifikasyonlara neden olması ise çok ender bir durumdur. Normal veya kistik over ve eklerinin torsiyonunu takiben; overde enfarkt, nekroz ve kopması ile meydana geldiği düşünülmektedir. Kopmuş overler, asemptomatik hastalarda başka gerekçeler ile çekilen batın grafilerinde, laparoskopide veya laparotomi sırasında tespit edilir ⁽⁴⁾. Literatürde yaşları 2 hafta ile 12 yıl arasında değişen 11 benzer olgu bildirilmektedir (Tablo 1) ^(1, 3-7). Bu olgulardan yalnızca ikisinin öyküsünde karın ağrısı, birinde bacak ağrısı ve birinde de idrar yolu infeksiyonu tanımlanmıştır, diğer olgular semptomsuzdur ⁽⁶⁾. Olgumuzda hematüri görülmüştü ve bu nedenle direkt grafide görülen kalsifikasyonlar nedeni ile de ureter alt uç taşı ilk akla gelen tanı olmuştur.

Prenatal tanı konulan iki olguda da kistik over patolojisi tanımlanmıştı ve biri bilateral ^(1,8). Yedi olguda sağ, dört olguda sol ve bir olguda da bilateral over kopması bildirilmiştir. Kopmuş ve kalsifiye over olguların sekizinde mobil, ikisinde ometuma ve birinde de çıkan kolonun damarlarına ve retroperitona yapışık olarak tanımlanmıştır. Kitle altında pelviste, diğerlerinde de batın içinde farklı lokalizasyonlarda tanımlanmıştır ^(1,3-7).



Resim 2. A-Başka olgudan elde edilmiş normal over dokusunun histolojik kesiti. B-Olguya ait spesmenin histolojik kesiti. Canlı doku olmamakla birlikte over olarak tanımlanabilen görünüm.

Olguların 6'sına IVP çekilmesi özellikle pelvisteki kitlelerin üriner sistem ve distal üreter kalsifikasyonlarına benzetilmesi nedeniyle. Spesmenlerin histolojik incelemesinde daha önce yalnızca iki olguda kalsifikasyonlarla beraber tanınabilir over dokusu tespit edilmiştir ^(1,3). Olgumuzda sağ over yoktu ve sağ alt kadranda eşdeğerinin yaklaşık 3 katı büyüklükte serbest, kopmuş over bulunmuştu. Sağ tuba, uterustan itibaren 3 cm'den sonra kesintiye uğramıştı. Histolojik incelemesinde tanınabilir ovarian elemanlar ile birlikte nekroz, fibrozis ve kalsifikasyonlar izlendi.

Sunulan tüm olgularda belli aralıklarla meydana gelen adneksiyal torsiyon sonucu ortaya çıkan enfarkt, nekroz ve otoamputasyon yazarların ortak düşünceleridir. Torsiyon yalnızca mezoovarium ile sınırlı ise tuba sağlam kalabilir, aksi halde tuba ve over birlikte dönmüş olurlar. Ender olarak da tuba tek başına etkilenebilir ⁽³⁾. Literatürde 12 over kaybına karşılık, 3 olguda tuba sağlam iken, 4 olguda yarısından itibaren ve 5 olguda da tamamen kaybedilmişti.

Toplam 12 olgunun yedisi açık cerrahi, ikisi laparoskopi ile tanımlanmış olmasına karşılık iki olguda tanı pnömo-jinografi ve birinde de yalnızca US ve BT bulguları ile tanımlanmıştır.

Asemptomatik torsiyonda antenatal vasküler kazalar suçlanmaktadır ⁽³⁾. Fetal ve neonatal ovarian kistlerin en sık komplikasyonu torsiyondur ve bu overin kaybı ile sonuçlanabilir. Corbett ve ark. ⁽¹⁾ bir infantta antenatal ovarian kistlere bağlı bilateral over torsiyonu ve amputasyonu bildirmiştir. Olgumuzun 9 yaşında olması ve histolojisinde tanınabilir ovarian elemanların olması nedeniyle torsiyonun antenatal olmadığını düşündürmektedir.

Tablo 1. Kopmuş ve kalsifiye olmuş over tanımlanan olgular.

Olgu	Yaş	Semptom	Kitle lokalizasyonu	Adnekslerin durumu	Direkt X-ray	IVP	US	CT	Pneumogynography	Yapılan işlem	Kitlenin boyutları (cm)	Patoloji	Yazar ve yayın yılı
1	17 ay	-	Batın sağ orta	Sağ over ve tuba yok	+	+	-	-	-	Cerrahi	5	Nekroz, fibrozis, kanamalı kalsifiye kitle, tanımlanabilir over yok	Kennedy LA 1981 ⁽³⁾
2	5 ay	-	Batın sağ alt kadran	Sağ overin tamamı ve tubanın yarısı yok	+	+	-	-	-	Cerrahi	4,4x3,5x3	Kalsifiye fibrotik doku	“
3	9 yıl	-	Pelviste sağda	Sağ over yok	+	+	-	-	-	Cerrahi	2,3x1,8x3	Kalsifiye nekrotik doku, tanımlanabilir over yok	“
4	2 hafta	-	Batın sağ üst kadran	Sağ over ve tuba yok	+	+	-	-	-	Cerrahi	3,2x2,5x1,5	Over stroması ve follikül, kist duvarında kasyum depozitleri ve fibrozis	“
5	12 yıl	Ağrı	Pelviste solda	Sağ overin tamamı ve tubanın yarısı yok						Cerrahi	1x2,2x3	Solid nekrotik kalsifiye kitle	Lester ve Mc Allister 1970 ⁽⁶⁾
6	3 yıl	UTI	Pelvis	Sağ over ve tuba yok	-	+	-	-	+	İzlem	-	-	Nixon ve Condon 1977 ⁽⁷⁾
7	4 yıl	Bacak ağrısı	“	Sol over ve tuba yok	+	-	-	-	+	İzlem	-	-	“
8	6 yıl	Para yutma	“	Sol over ve tuba yok	+	-	+	+	-	Laparoskopi	2,2x1,7x0,7	Amorf kalsifikasyonlar, kısmen fibrotik kapsüllü kitle, tanımlanabilir over yok	Kesthgar ve ⁽⁴⁾ Turnock 1997
9	5 ay	Prenatal US	Sağ yan	Bilateral over yok	-	-	+	-	-	Cerrahi	3,5x2,5x2,0 3,8x1,8x1,5	Kanamalı over kistleri, dismorfik kalsifikasyonla	Corbett ve ⁽¹⁾ Lamont 2002
10	6 yıl	Ağrı	Batın sol alt kadran	Sol over yok	+	-	+	+	-	İzlem	-	-	Konez ve ark. ⁽⁵⁾ 2001
11	6 gün	Prenatal US	Sol yan	Sol overin tamamı ve tubanın yarısı yok	+	-	+	+	-	Cerrahi	5,7x4,9x4,9	Kitle kenarında primordial folliküller, distrofik kalsifikasyonlar, belirgin nekroz	Özkoç ve ark. ⁽⁸⁾ 2005
12	9 yıl	Hematüri	Pelviste sağda	Sağ overin tamamı ve tubanın yarısı yok	+	+	+	+	-	Laparoskopi	3x2x1,8	Nekrotik kalsifiye over dokusu	Sunulan olgu

Literatürde bildirilen olgularda radyolojik olarak, bir olguda ince ve eğrilerden oluşan kalsifikasyonlar tanımlanmışken, yedisinde amorf ve irregüler kalsifikasyonlar şeklinde görülmüştür ^(3,4,6,7). Bizim olguda da radyolojik görünüm irregüler kalsifikasyon şeklindedir.

Diğer pelvik kalsifikasyon nedenleri arasında teratom, overin maling tümörleri veya kronik enflamasyonu, üriner sistem taşları, Meckel divertikülündeki taşlar, kalsifiye lenf nodları, apendikolit, yutulmuş yabancı cisimler, safra taşları ya da pelvik kemik tümörleri sayılabilir. Erişkinlerde diğer bir mobil kalsifikasyon nedeni olarak ampute omentum ekleri de bildirilmiştir ^(6,7).

Sonuç olarak, kız çocuklarında pelvik kalsifikasyonların ayırıcı tanısında overin otoamputasyonu ve kalsifikasyonu ender de olsa düşünülmesi gereken bir patolojidir. Laparoskopi hem tanı hem tedavi için kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Corbett HJ, Lamont GA: Bilateral ovarian autoamputation in an infant. *J Pediatr Surg* 37: 1359, 2002
<http://dx.doi.org/10.1053/jpsu.2002.35014>
PMid:12194134
2. Kazez A, Özokutan BH, Küçükaydın M, ve ark: Çocuklarda over torsiyonları. *Pediatric Cerrahi Dergisi* 10: 95, 1996
3. Kennedy LA, Pinckney LE, Currarino G, et al: Amputated calcified ovaries in children. *Radiology* 141: 83, 1981

- PMid:7291547
4. Keshtgar AS, Turnock RR: Wandering calcified ovary in children. *Pediatr Surg Int* 12: 215, 1997
<http://dx.doi.org/10.1007/BF01350009>
 5. Konez O, Goyal M, Vyas PK: Wandering calcified ovary in an adolescent. *J Radiol* 2001 <http://www.jradiology.com/arts/32.pdf>
 6. Lester PD, McAlister WH: A mobile calcified spontaneously amputated ovary. *J Can Assoc Radiol* 21: 143, 1970
 7. Nixon GW, Condon VR: Amputated ovary: a cause of migratory abdominal calcification. *Roentgenol* 128: 1053, 1977
 8. Özkol M, Ovalı GY, Tunçyürek Ö, et al: Amputated tuba-ovarian torsion in a newborn. *Turk J Med Sci* 35: 337, 2005