

Testiküler kitlenin nadir sebebi: Fıtık eşliğinde paratestiküler liposarkom

Mehmet Kaynar, Murat Akand, Murat Gül, Serdar Göktaş

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Konya

Yumuşak dokunun sık gözlenen tümörü olan liposarkomun paratestiküler yerleşimi oldukça nadir görülmektedir. Sıklıkla ekstrapéritoneal yağ dokusundan köken alan bu tümörler distale doğru korda ait yağ dokusuyla devam etmektedir. Tanı; genellikle operasyon sırasında şüphe üzerine histopatolojik değerlendirme ile konur. Bu yazıda testiküler kitle nedeni ile opere edilen paratestiküler liposarkom ve beraberinde inguinal hernisi olan olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Liposarkom, orşiektomi, paratestiküler kitle

A rare cause of testicular mass: paratesticular liposarcoma accompanied by hernia

The common soft tissue tumor Liposarcoma that located in paratesticular area is quite rare. These tumors originating from the retroperitoneal adipose tissue often continue to distal with the fat of the cords. It is usually diagnosed by histopathological examination after intraoperative suspicion. In this paper we presented an operated case with testicular inguinal hernia and paratesticular liposarcoma.

Key words: liposarcoma, orchiectomy, paratesticular mass

Giriş

Erişkinlerde yumuşak dokunun sık gözlenen tümörü olan liposarkomun paratestiküler yerleşimi oldukça nadir görülmektedir. Paratestiküler liposarkomlar; kordun distali, epididim ve testis etrafından kaynaklanan liposarkomları içerir. Sıklıkla ekstrapéritoneal yağ dokusundan köken alan bu tümörler distale doğru korda ait yağ dokusuyla devam etmektedir (1). Paratestiküler liposarkomların büyük bir kısmı iyi diferansiyeli özelliğe sahiptirler. Hastalar genellikle ağrısız skrotal şişlik nedeni ile başvururlar ve sıklıkla inguinal herni ile karışırlar. Tanı genellikle operasyon sırasında şüphe sonrası histopatolojik değerlendirme ile konur (2).

Bu yazıda testiküler kitle nedeni ile opere edilen sol paratestiküler liposarkomu ve beraberinde inguinal hernisi olan olgu sunulmuştur.

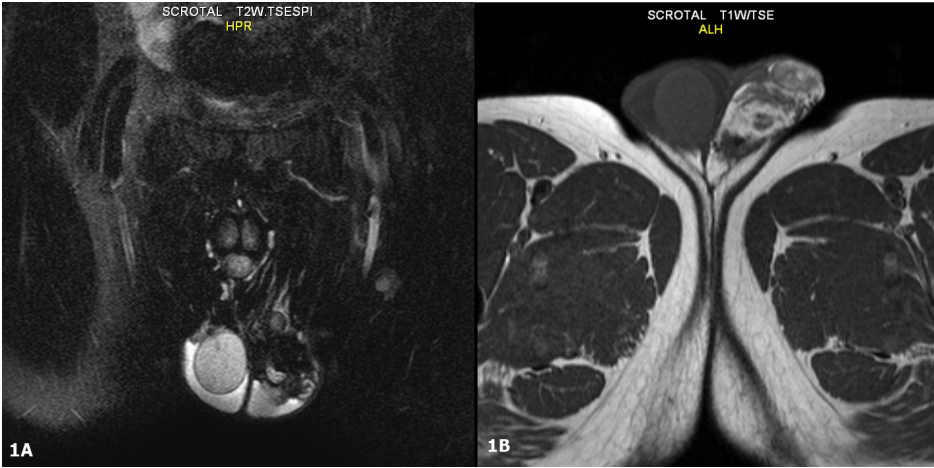
Olgu

Yazışma Adresi:

Mehmet Kaynar
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Konya

E-posta: mekaynar@gmail.com

Elli beş yaşında erkek hasta kliniğimize 5 aydır mevcut olan sol testiste ağrısız ele gelen kitle şikâyeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ testis normal, sol testis üst pole doğru yerleşimli ve testisten tam olarak ayrımı yapılamayan kitle ile birlikte sol inguinal herniyi düşündürülen bulgu tespit edildi. Yapılan ultrasonografide (US) sol testis ekstraparatestiküler alanda epididimden sınırları net ayrılamayan 3 x 5 cm boyutlarında solid kitle ve inguinal herni olarak değerlendirildi. Testis tümör markırları (AFP, LDH ve β -HCG) normal tespit edildi. Skrotal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sol skrotal kese içerisinde spermatik kord kaynaklı olduğu düşünülen T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda heterojen hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılanma göstererek hipointens sinyal özelliği gösteren kitle lezyonu tespit edildi (Şekil 1). Abdominopelvik tomografi normal olarak gözlemlendi. Maligniteyi düşündürülen bulgular ve inguinal herni olması nedeni ile hastaya yüksek inguinal eksplorasyon yapıldı. Cerrahi eksplorasyon esnasında sol spermatik kord etrafından epididim başına kadar uzanan lipomatöz yapı ve kaput epididime invaze görünümde kitle izlendi. Fıtık kesesi diseke edildikten sonra kord ile birlikte epididim başına ve testise doğru uzanan invazyonu düşündürülen kitle saptanması üzerine orşiektomi yapıldı.



Şekil 1: AB: Sol skrotal kese içerisinde spermatik kord kaynaklı olduğu düşünülen T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda heterojen hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılanma göstererek hipointens sinyal özelliği gösteren kitle lezyonu

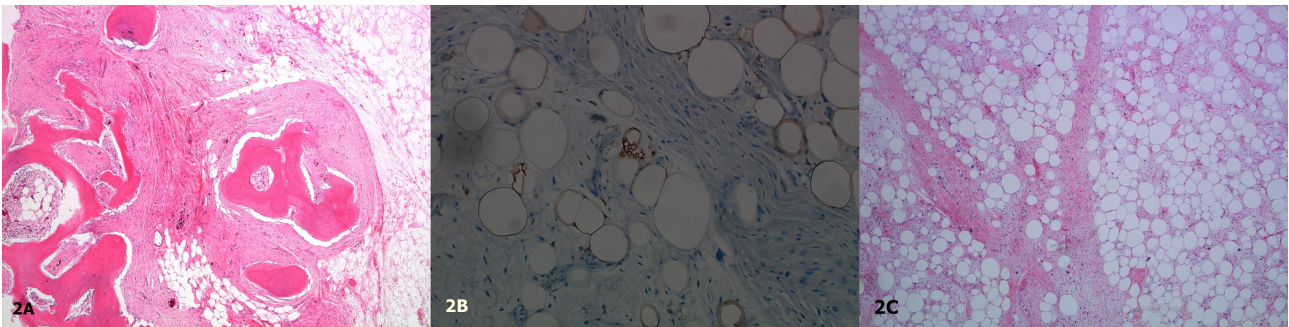
Patolojik değerlendirilme sonucu iyi diferansiye liposarkom değerlendirildi (Şekil 2). Spermatik kord cerrahi sınır negatif tespit edildi. Hastanın 3 ay sonra yapılan kontrolü normal olarak değerlendirildi.

Tartışma

Paratestiküler yapılardan kaynaklanan tümörlerin büyük çoğunluğu benin karakterdedir. Sıklıkla spermatik kordan kaynaklanmakta ve en sık lipom olarak gözlenmektedir (3). Epididim veya paratestiküler yapıların primer maligniteleri son derece nadir görülmektedir. Bunlar adenokarsinom, rabdomiyosarkom, leiomyosarkom ve liposarkomdur. Paratestiküler tümörler içinde liposarkomlar spermatik kord tümörlerinin %5-7'sini oluşturur ve sıklıkla erişkinlerde gözlenir (4). Spermatik kord sarkomlarının çoğu eksternal ringin altından gelişmeye başlar ve sonuç olarak inguinal kitleden çok, skrotal kitle ile prezente olurlar (5). Genellikle lipom veya inguinal herni ile karışan ağrısız, yavaş büyüyen skrotal kitleler şeklinde gö-

rülür. Ultrasonografi bulguları paratestiküler liposarkom için spesifik özelliklere sahip olmamakla birlikte MRG; kord, testis epididim ile kitlenin lokal durumu hakkında, malign benign ayrımı ve teşhiste kullanılabilir (6).

İyi diferansiye paratestiküler liposarkomların homojen yağlı yapısından dolayı ayırıcı tanıda bu kitleler US' de lipom veya herni kesesindeki omentum ile karışabilir(7). Bu yüzden her ne kadar US en yaygın ve ucuz görüntüleme yöntemi olarak kullanılabilse de, bilgisayarlı tomografi (BT) veya MRG bu kitlelerin ayırıcı tanısında kullanılabilir. Liposarkomlar makroskopik olarak genellikle sarı renkli kalsifiye alanların olduğu heterojen solid karakterde gözlenmektedirler. Liposarkomlar; dokuların etrafındaki adipöz dokudan de novo olarak ya da mevcut olan bir lipomun malign transformasyonu ile oluşabilirler. DSÖ'nün 2002 yılında yaptığı sınıflamada liposarkomlar; iyi diferansiye atipik lipomatöz tümör, dediferansiye, pleomorfik, mikst ve miksoid tümör olmak üzere 5 grupta sınıflandırılmıştır (8). Yetersiz rezeksiyona bağlı lokal



Şekil 2: 2A: x20 HE Boyama; Osteöz metaplazi alanları, 2B: x20 İmmunohistokimyasal boyama; Küçük yuvarlaklar lipoblastlar, 2C: x10 HE Boyama; vakollü lipomatöz ve sklerotik alan

rekürrens geliştirmeye eğilimleri olduklarından paratestiküler liposarkomların tedavisinde ilk aşama inguinal orşiektomidir. Malign hücrelerin yayılımını engellemek amacıyla intralezyonel cerrahi veya biyopsiden kaçınılmalıdır. Adjuvan radyoterapi ve kemoterapinin rolü günümüzde halen tartışmalı bir konudur ve genellikle metastatik tümörlerde yapılması uygun görülmektedir. Eğer cerrahi rezeksiyon sonrası cerrahi sınır pozitifliği izlenirse, lokal rekürrensi engellemek amacıyla inguinal bölge ve skrotuma radyoterapi uygulanması düşünülebilir (6). Bizim olguda ise paratestiküler kitlenenin explorasyon sırasında kord, epididim ve testise invaze bulguları düşündürülen görünüm mevcut idi bu yüzden hastaya orşiektomi yapıldı. Cerrahi sınır negatif gelmesi nedeni ile ek tedavi düşünülmeydi. Paratestiküler liposarkomanın prognozu histolojik hücre tipine göre değişmektedir. İyi diferansiye ve miksoid tip daha iyi prognoza sahip isede, lokal rekürrense sahip olma insidansları daha yüksektir (9).

Sonuç

Sonuç olarak spermatik kord liposarkomları nadir tümörlerdir ve genellikle preoperatif olarak yanlış tanı alırlar. Nadir olmaları ve çeşitli klinik prezentasyonları nedeniyle yağ içeren inguinal ve skrotal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. BT ve MRG ayırıcı tanısı zor olan vakalarda yumuşak dokuyu göstermede iyi bir alternatiftir. Radikal orşiektomi kür için en iyi seçenektir.

Kaynaklar

1. Torosian MH, Wein AJ. Liposarcoma of the spermatic cord. Case report and review of literature. J Surg Oncol 1987;34:179-81.
2. Vázquez-Lavista LG, Pérez-Pruna C, Flores-Balcázar C, et al. Spermatic cord liposarcoma: a diagnostic challenge. Hernia 2006;10:195-7.
3. Alyousef H1, Osman EM, Gomha MA. Paratesticular liposarcoma: a case report and review of the literature. Case Rep Urol 2013;2013:806289.
4. Ballo MT, Zagars GK, Pisters PW, et al. Spermatic cord sarcoma: outcome, patterns of failure and management. J Urol 2001;166:1306-10.
5. Raza M, Gurureddy H, Ali M, Siddesh G. Bilateral paratesticular liposarcoma – a rare case report. J Surg Tech Case Rep 2014;1:15-7.
6. Abolhasani M, Babashahi M, Shooshtarizadeh T, et al. Well differentiated liposarcoma of spermatic cord: report of 3 rare cases Med J Islam Repub Iran. 2014;28:10.
7. Montgomery E, Fisher C. Paratesticular liposarcoma: A clinicopathologic study. Am J Sur Pathol 2003;27:40-7.
8. Hashimoto H, Enjoji M. Liposarcoma. A clinicopathologic subtyping of 52 cases. Acta Pathol Jpn 1982;32:933-48.
9. Stranne J, Hugosson J, Lodding P. Post-radical retropubic prostatectomy inguinal hernia: An analysis of risk factors with special reference to preoperative inguinal hernia morbidity and pelvic lymph node dissection. J Urol 2006;176:2072-6.