

STRUMA OVARIİ VE DERMOİD KİST BENİGN KİSTİK TERATOM

Turgut YARDIM¹

ÖZET

Over'de "struma ovarii"nin görülmesinin sık bir olgu olmaması ve diğer over de de "DERMOİD KİST-BENİGN KİSTİK TERATOM"un birlikte ortaya çıkması daha da ender rastlanan bir olgu olarak bildirilmiştir,

SUMMARY

STRUMA OVARIİ AND DERMOİD CYST BENIGN CYSTIC TERATOMA

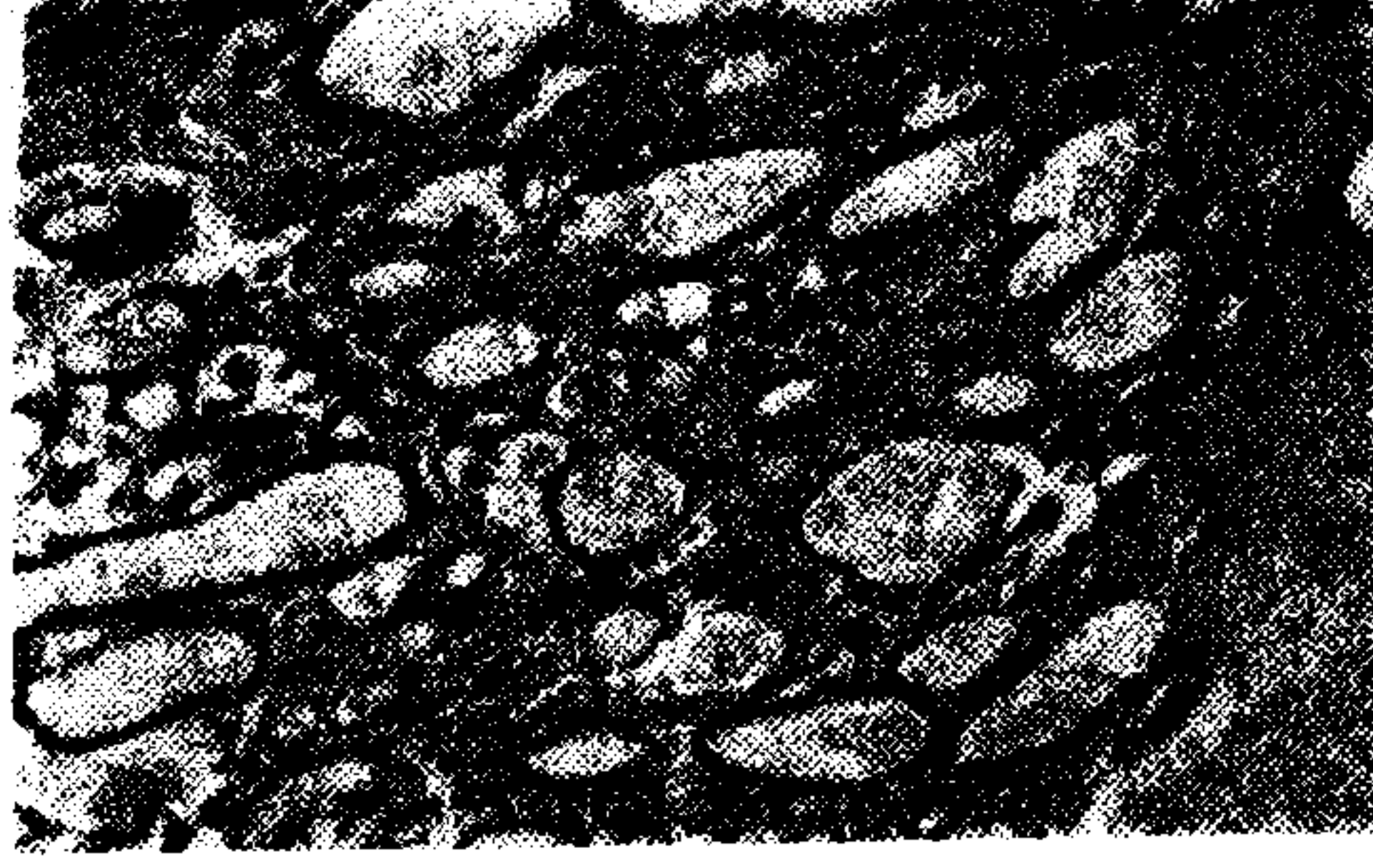
A rare case of "struma ovarii" in one ovarium and dermoid cyst-benign cystic teratoma in the other, which is seen together even less, is reported,

GİRİŞ

"STRUMA OVARIİ" çok ender olup, olgu sayısı olarak literatürde çok az rastlamaktadır. Diğer overde DERMOİD KİST-BENİGN KİSTİK TERATOM ile birlikte bulunmaları ve ayrı overde ortaya çıkmaları daha da ender bir olgu olarak gösterilebilir. Bu nedenle bu olguyu yayınlamayı amaçladım (Deniz Hastanesi 2454-584-1982, Karantina-Protokol).

Dermoid kistik teratom tümörleri A) Kistik teratom (dermoid kist). B) Solid teratomlar olarak iki grupta incelediğimizde KİSTİK TERATOM (DERMOİD KİST) bir tümör grubu olmaktan çok TERATOMATÖZ over tümörleri grubu içinde iyi huylu tümörler sınıfına girer. Diğer taraftan WILMS-PFANNENSTIEL göre teratom adultum ve teratom embriyola olarak da ayrılırlar. Bunlar embriyonel yönden çoğunlukla ektodermal elementlerden meydana gelmiş oldukları için dermoid kist'de denilmektedir. Bunlar over tümörlerininde % 10'unu teşkil eder. Çoğunlukla olgunun % 25'i tek taraflıdır. RANDALL % 9-10 olguda kistik teratomları iki taraflı bulmuştur. % 15 olguda kist içinde yeşil veya sarı renkte bir sıvı içinde diğer ektoderm elementlerine (kemik-kıkırdak, diş, kıl) mezodermal ve endodermal oluşumlara daha seyrek rastlanır (saç, yağ dokusu, cilt kısımları, bronj ve akciğer). Kısacası doku salatası gibi ortaya çıkarlar. Dermoid kist yanında az çok over doku restine çoğunlukla rastlanır. Genellikle pseudo-musinoz kistom ile beraber bulunurlar.

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (Doç, Dr.) EDİRNE,



Resim 1. Struma ovarii over dokusu'nun yerini almış, bazılarının içleri kolloidlerle dolu folliküller görülmektedir.



Resim 2. Büyütülmüş (Resim 1).



Resim 3. Çok katlı yassı Epitelle döşeli, içi keratinle dolu kist duvarı görülmektedir, Dermoid kist-Benign kistik Teratom

Teratomda chorion epithelioma tarzında oluşumlar varsa pozitif gebelik reaksiyonu vardır. Bunlar yanında mikroskopik olarak çeşitli rudimenter doku artıkları yanında Tyhumus'a ve over'de tamamı ile yabancı bir doku olarak struama ovarii'ye rastlanabilir. Kistin etrafında sağlam ovarium dokusu ve faaliyeti devam edebilir, orjinleri belli değildir. Differensiye olmamış somatik hücrelerden, anormal fertilite ovum'dan veya blastomerlerin gelişmesinden ortaya çıktığı tartışılabilir. Struma ovarii mikroskopik görülebilir ve tiroid'e ait çok semptomlar verir. Siklus seyri genellikle Hypermenorrhoe ve asiklik kanama vardır.

Kistik teratom içinde ender'de olsa tiroid dokusuna rastlanabilir (STRUMA OVARIİ). Malignite yönünden bir gelişme gösterebilir ve ancak elektron mikroskopi ile kesin teşhis konulabilir, buna Malign Karsinoid Sendromu denir. Bazı otorlere göre struma ovarii selim olmasına karşı % 5-6 metaztas yapabilir (omentum-akciğer-karaciğer-kemik). Struma ovarii olguların yarısında kistik teratom içinde 1 / 3 oranında kist-adenom, 1 / 6 sında sadece tiroid dokusu görülür.

OLGU

S.K. 1933 doğumlu, 49 yaşında, evli, partus 5, abortus 2, 5 seneden beri hypermenorrhoe. Son adet 29.7.1982, meno-metrorrhagie.

Gyn Bulgu: Uterus myomtosus? ex utero kanama, bütün pelvisi dolduran büyük tümöral kitle.

Probe curattege: 6.9.1982. Endometrial hyperplazi (post menoposal tip).

Prot No: 1260 / 1982.

Labaratuvar bulguları normal, akciğer-EKG normal.

15.9.1982 laparotomie (Quer-pfannen stiel). Uterus normalden biraz küçük, sol overde 10×6×6 cm, sağ overde 9×5×5 cm büyüklüğünde, dış yüzü düzensiz, neoplasma şüphesinde kistom'lar, her iki adnex in-toto extirpe edildi. Post-operatif komplikasyon yok ve 21.9.1982 şifa ile taburcu edildi.

Patolojik Rapor: Prot No: 1305 / 82

1- Struma ovarii (sağ over)

2- Dermoid kist-Beningn kistik teratom (sol over)

İRDELEME

Literatürde verilen bilgilere göre olgumuzda'da genellikle tek overde kistik teratom oluşumu görmekteyiz. MALKASIAN ve arkadaşlarının

581 olguda yaş ortalamasını 42,6 nın üstünde olduğu bildiriliyor. Bizim olguda, yaş ortalaması, 49 olarak görülüyor. % 20 psöde-musinöz kist adenomlarla beraber bulunmasına rağmen olgumuzda böyle bir durum mevcut değil.

Ovarial kitlenin mobil ve saplı olmasına rağmen torsiyon tespit edilmedi, aynı zamanda kist içinde ektoderm artıklarına rastlanmadı. Literatür bilgilerine göre bizim olguda da myom yanlığı mevcut. Olgumuzda struma ovarii'nin kistik teratom içinde değil, diğer overde ayrı olarak ortaya çıktığını görüyoruz.

Literatür taramasında gördüğümüz gibi bu durumun özellikle çok ender ortaya çıktığını gösteriyor. Petersan ve arkadaşlarına göre % 0,08 Malign dejenerans mevcut. Olgumuzda malignite söz konusu değil. Çok nadir malign dejenerans göstermesine rağmen 5 yıllık sürevinin % 6 gibi çok düşük gösterilmesi bu olgularda Histo-Patolojinin önemini bilhassa vurgulamaktadır. Bu gibi durumlarda omentum-akciğer-karaciğer ve kemik gibi metastazlarının görülmesi diğer uterus kanserlerinin terminal safhalarında gördüğümüz Hemotojen metastazlar gibi Stage IV'ü vurgulamaktadır. Literatürde belirtilen ve sık sık ortaya çıkan infeksiyon ve adhasion olgumuzda tespit edilmedi. Olgumuzda passif tiroid dokusu mevcut olduğundan hormon salgılanması ve buna bağlı hipertirodismin semptomları mevcut değildir. Bundan dolayı olgumuzda maligniteye dönüş oranı çok düşüktür. Bu durumlarda konservatif operationları tavsiye edenler vardır.

Literatür'de belirtilen sık ortaya çıkan Adhasion durumlarda, BENİNG ovarial tümörlerde hastaların yaş durumlarında göz önüne alınarak Adhasion'lardan sakınmak için modifiye operationlar tavsiye edilebilir. Çok düşük malignite olasılığı olan olgularda tümör bir overde olsa bile, her iki overin in toto çıkartılması zorunludur. Bu durumlarda uterus total çıkartılmasını tavsiye edenler olduğu gibi, Radium taşıyıcı olarak bırakılmasını, sonucun uterus'un total exstirpe edilmesi gibi aynı olacağını söyleyenlerde vardır (H. H. Schmid (Rostock)).

Olgumuzdaki her iki over tümörünü yukardaki bilgiler ışığı altında inceledik. BENİNG tümör özelliklerini göstermesi dolayısı ile uterus hasta lehine in situ bırakıldı.

KAYNAKLAR

1. Dalgaard, J.B., Wetteland, P. (1956): *Struma ovarii, follow up study of 20 cases.* Acta chir Scand. 112:1.
2. Emge, L.A. (1940): *Fonctional and growth characteristics of struma ovarii.* Am. J. Obstet. Gynecol. 40:738.

3. Evans, R.W. (1966): *Histological appearances of tumours*, 2nd Ed. Edingburgh and London, Livingstone.
4. Gusberg, S.B., Danforth, D.N. (1944): *Clinical significance of struma ovarii*. Am. J. Obstet. Gynecol. 48: 537.
5. Hertig, A.T., Gore, H. (1961): *Tumours of the femal sex organs. Part 3. Tumours of the ovary and fallopian tube*. Atlas of the tumor pathology, Sec. 9, Fasc. 33 Armed Forces Institute of pathology, Washington D.C.
6. Nieminen, I., Von, Numers, C., Wiabholm, O. (1964): *Struma ovarii*. Acta. Obstet. Gynecol. Scand 42:399.
7. Novak, E. (1953): *Gynecologic and obstetric pathology*, 3rd ed. Philadelphia, Savnders.
8. Novak, E.R., Woodruff, J.D. (1967): *Gynecologic and obstetric pathology* 6th ed. Philadelphia, Saunders p. 367.
9. Saller, S. (1943): *Struma ovarii*. Am. J. Clin. Bathol. 13:271.
10. Scully, R.E. (1970): *Germ cell tumors of the ovary*. In: Sturgis SH, Taymor ML.: *Progress in gynecology*, vol 5 Grune, and Stratton. New York, pp 329—343.
11. Scully, R.E., (1970): *Recent progress in ovarian cancer*.: Hum. Path. 1:73.
12. Smith, F.G. (1946): *Pathology and physiology of struma ovarii*. Arch. Surg. 53:603.
13. Teilum, G. (1968): *Tumours of germinal origin*. In: Gentil F., Junquera AC., *Ovarian cancer, UICC Monograph Series*, Vol. II Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg New-York pp 58—73.
14. Woodruff, J.D., Markley, R.L. (1957): *Struma ovarii, Demonstration of both pathologic change and physiologic activity*: Report of four cases. Obstet. Gynecol. 9:707.
15. Woodruff, J.D., Rauh, J.I., Markley, R.L. (1966): *Ovarian struma*. Obstet. Gynecol. 27:194.