

SEKS KORD STROMAL TÜMÖRÜ OLAN BİR HASTADA FERTİLİTE KORUYUCU CERRAHİ VE KEMOTERAPİ SONRASI GEBELİK

Dr. Sibel Altıntaş¹, Dr. Mustafa Özat², Dr. Emel Üçgül Çavuşoğlu³, Dr. Hakan R.Yalçın²,
Dr. Bülent Özdal², Dr. Tayfun Güngör²

ÖZET

Giriş: Over kanserleri üreme çağındaki kadınlarda nadir görülür. Ancak, fertilesini korumak isteyen bir hasta tanı aldığı anda hastalığın tedavisi; kanserin evresi, derecesi, yüksek mitotik indeksi, tümör büyüklüğü ve tümörün rüptüre olup olmamasına göre değişiklik gösterir. İyi seçilmiş olgularda yakın sonografik ve hormonal izlem ile adjuvan kemoterapi ile birlikte veya adjuvan kemoterapi olmadan fertilitate koruyucu cerrahi planlanabilir.

Olgu Sunumu: Seks kord stromal tümörü olan ve ikinci gebeliğini isteyen bir hastayı olgu olarak inceliyoruz. Operasyon öncesi hasta değerlendirildikten sonra, cerrahi evreleme ve uygun cerrahi prosedürün belirlenmesi için laparotomiye alındı. Operasyon esnasında over ca evre 1 olarak rapor edildi ve unilateral salpingo oofektomi yapıldı. 4 kür adjuvan kemoterapi sonrası hasta gebe kaldı. Sezeran/seksiyo ile bir adet sağlıklı erkek bebek dünyaya geldi.

Tartışma: Erken evre seks kord stromal tümörü olan ve operasyon esnasında fertilesini korumak isteyen hastalarda fertilitate koruyucu cerrahi sonrası adjuvan kemoterapi uygulanabilir.

ABSTRACT

Objective: Ovarian cancer occur rarely in reproductive ages but if diagnosed in a patient, want to preserve fertility, management of cancer changes according to cancer stage and other prognostic factors like grade, high mitotic index, tumor size and rupture of tumor. In well-selected patients, fertility sparing surgery may consider with or without adjuvant chemotherapy under close sonographic and hormone monitoring.

Case: We report a patient with seks cord-stromal tumor with desire of second baby. After evaluation of patient preoperatively, she underwent laparotomy for surgical staging and obtain unilateral laparotomy for surgical staging and obtain appropriate surgical procedure. Intraoperatively, ovarian cancer defined as stage I and only unilateral salpingo-oophorectomy was performed. Following adjuvant chemotherapy for four cycles, she became pregnant and healthy, male baby was delivered by cesarean section. Intraoperative period, biopsy was taken from contralateral over and pathology was seen normal.

Discussion: Fertility sparing surgery, followed by adjuvant chemotherapy can consider for any women who wishes to preserve her fertility during operation for seks-cord stromal tumors at early stages.

Geliş tarihi: 04/01/2010

Kabul tarihi: 18/01/2010

¹Etilik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

²Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü ANKARA

³Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü ANKARA

İletişim: Dr. Hakan Yalçın

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü ANKARA

Tel: 0532 422 19 77

E-posta: drhyalcin@yahoo.com

GİRİŞ

Reprodüktif çağda pelvik kitleleri çoğu benign veya fonksiyoneldir. Nadiren bu yaşlarda over kanseri de görülebilir. Epiteyal over kanserleri postmenopozal dönemde artış gösterirken, seks kord stromaş tümörler her yaşta görülebilir (1). Genç yaşlarda sıklıkla germ hücreli tümörler düşünülmelidir. Jinekolojik kanserlerin ortalama %8'i dördüncü dekadın altında görülür, bu nedenle fertilitte koruyucu cerrahi tedavi planlamasında önemli bir yer tutmaktadır (2). Aynı zamanda germ hücreler üzerinde kemoterapinin yan etkileri de fertil kadınlarda göz ardı edilmemelidir. Bu yazıda seks kord stromal tümörü olan bir hastada fertilitte koruyucu cerrahi ve adjuvan kemoterapi sonrası gebeliğin olmasını ve jinekolojik kanseri olan genç bir hastada fertilitte koruyucu cerrahinin önemi ni belirtmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

İnfertilite departmanımıza karın ağrısı olan ve ikinci gebeliğini isteyen 31 yaşında gravida 1 parite 1 yaşayan 1 olan bir hastayı ele aldık. Hastanın özgeçmişinde ve aile hikayesinde jinekolojik açıdan önemli özellik yoktu. Hasta menstrüel siklusunda bir değişiklik farketmemişti. Hirşutizme ait veya diğer endokrinolojik bozukluk düşünderecek bir bulgu yoktu. Transvajinal ultrasonografide sol adneksiyal alanda 58x38 mm boyutlu düzensiz sınırlı kitle tespit edildi. Tümör markerları normal, enfeksiyon parametrelerinde anormallik yoktu.

Hastaya laparoskopik değerlendirme yapıldı. Operasyon esnasında sol overden kaynaklanan yaklaşık 5 cm çapında solid kitle tespit edildi. Buna dayanarak sol salpingo oofektomi ve peritoneal lavaj yapıldı. Frozen sonucu seks kord stromal tümör lehine idi. Fertilitteyi korumak için gross olarak normal görünen sağ over, sağ fallopian tüpü ve uterus bırakıldı. Patoloji preparatlarının ileri incelemesinde farklı alanlarında hem gronüloza hücre hem de sertoli leyding hücre tümörlerini içeren over kanseri tanısı alındı.

Postoperatif karboplatin ve etoposid içeren dört kür kemoterapi aldı. Hastanın takiplerine klinik, laboratuvar ve ultrasonografi bulguları normal sınırlardaydı. Kemoterapiyi takiben üç ay sonra gebelik gelişti.

Hamileliğinde sıkıntı olmadı ve bir adet sağlıklı 3100 gram erkek bebek sezeryan/seksiyo ile doğurtuldu. Operasyon esnasında karşı overden biyopsi alındı ve normal over hitolojisi rapor edildi. Şu an hasta kanser tedavisinde 2 yıl sonra halen hastalısız olarak izlemde.

TARTIŞMA

Primer over kanserlerinin yaklaşık %6'sı seks kord stromal tümörleridir (3). Bu tümörler nadir olarak malign özellik gösterir. Bu over kanserleri ayrıca nadiren östrojen veya testesteron üretebilirler ve buna bağlı olarak bazı olgularda virilizasyon veya anormal menstürel siklus şeklinde endokrinolojik sorunlar gözlenebilir (4-6). Bu nedenle hastalar kitleye bağlı pelvik rahatsızlık şeklinde bulgu vermeden erken yaşlarda tanı alabilir.

Seks kord stromal tümörler genellikle Evre 1A iken tanı alır ve sadece %2-8'inde bilateral overyan tutulum vardır (7). Tümörün bu davranışı nedeniyle fertilitte isteyen genç hastalarda tek taraflı salpingo oofektomi ve cerrahi evreleme yapmak mümkündür. Evreleme; sitoloji için periton yıkaması, multiple periton biyopsisi pelvik ve paraaortik lenf nodu değerlendirmesini içerir. Aynı zamanda eşlik etmesi olası uterin glanduler hiperplazi, adenokarsinoma in situ, invazif karsinoma nedeniyle endometrial biyopsi alınmalıdır (8).

Fertilitte isteyen hastalarda kemoterapi over fonksiyonlara zarar vermesi nedeniyle halen problemdir ve uygun kemoterapi rejimi belirlenmelidir. Seks kord stromal tümörü olan hastalarda platinyum temelli BEP, PVB rejimleri mevcuttur (9, 10). Vinblastin, alkilleyici ve antimetabolik ajanlar overler üzerinde en fazla toksik olan ajanlardır ve toksisiteleri ajanın türüne, dozuna ve hastanın yaşına bağlıdır. İlerlemiş hastalık olması veya evre 1 olup tümör boyutu büyük olması, yüksek mitotik indeks ve tümör rüptürü olması gibi kötü prognostik faktörlerin varlığında adjuvan kemoterapi gündeme gelir. Adjuvan kemoterapi verilmeden fertilitte koruyucu cerrahi evre 1 iyi diferansiye seks kord stromal tümörü olan hastalarda düşünülebilir (7).

Bu vakada erken evre seks kord stromal tümörü olan hastalarda fertilitte koruyucu cerrahinin iyi bir seçenek olduğu gösterilmiştir. Cerrahi sonrası sito-

toksik kemoterapiye rağmen sağlıklı bir gebelik ve uzun dönem sağkalım elde edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ram Eitan and Dennis S Chi. Successful Pregnancies Following Fertility-Preserving Treatment For Ovarian Carcinoma. *Nature Clinical Practise Oncology* 2005;2:647-650.
2. Surveillance, Epidemiology, and End Results. A vailable at <http://seer.cancer.gov/>.
3. Tohya T. Ovarian seks cord-stromal tumor, unclassified:case report of endocrinologic findings and review of the literature. *Int J gynecol Cancer* 2005;15:1153-1155.
4. Talerma A Huhesdon PE, Anderson MC: Diffuse non-lobular ovarian androblastoma usually associated with feminisation. *Int J Gynecol Pathol* 1982;1:155-71.
5. Sedman JD: Unclassified ovarian gonadal stromal tumors. A clinicopathologic study of 32 cases. *Am J surg pathol* 1996;20:699-706.
6. Simpson JI, Micheal H, Roth LM. Unclassified seks cord stromal tumors of the ovaria report of eight cases. *Arch pathol Lab Med* 1998;22:52-55.
7. Savage P, Constenla D, Fisher C, et al: Granulosa cell tumors of the ovary: Demographics, survival and the management of advanced disease. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1998;10:242-245.
8. Brumenfeld Z, Haim N. Prevention of gonadal damage during cytotoxic therapy. *Ann Med.* 1997;29:199-206.
9. Zambetti M, Escobedo A, Pilotti S, De Palo G. Cis-Platinum/Vinblastine/Bleomycin combination chemotherapy in advanced or recurrent granulosa cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 1990;36:317-320.
10. Homesley HD, Bundy BN, Hurteau JA, Roth LM. Bleomycin, etoposid and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal malignancies: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 1999;72:131-137.