

GEBELİKTE İMMATÜR TERATOM: OLGU SUNUMU

Dr. Sefa Kurt¹, Dr. Ömer Demirtaş¹, Dr. Emrah Beyan¹, Dr. Erçin Erdem Çelikel¹,
Dr. Sibel Demir Keçeci², Dr. İbrahim Uyar¹, Dr. Abdullah Taşyurt¹

ÖZET

Amaç: Reprodüktif dönemde en sık rastlanan genital neoplaziler over tümörleridir. Gebe bir kadında incelemenin fetus üzerinde yoğunlaşması, gebelikte adneksiyal kitle değerlendirilmesinin güçlüğü, birçok kez kitlenin gebeliği komplike etmesi ya da maling potansiyelinin gözden kaçması ile sonuçlanabilir. Bu çalışmada ki amacımız nadir görülen bir olgu nedeni ile gebelikte malingadneksiyal kitlelere yaklaşımı tartışmaktır.

Olgu: 20 yaşında, 22 haftalık ilk gebeliği olan hasta, rüptüreadneksiyal kitle ön tanısı ile kliniğe yatırıldı. CA125 değeri 66 U/ml idi. Araştırma laparotomisinde batında 100 cc hemorajik sıvı gözlemlendi. Sol overyal, solid, hemorajik görünümde, rüptüre kitle izlendi ve eksize edildi. Frozen sonucu borderlinesekordstromal tümör geldi. Fetalmaturiteyi takiben evreleme cerrahisi planlanan hasta takiplerine gelmeyip, 39. haftada yaygın assit ve batında kitle ile tekrar başvurdu. Sezaryen doğum (S/C) ve aynı seansta evreleme cerrahisi yapıldı. Patoloji sonucu immatürteratom olarak geldi ve adjuvankemoterapi başlandı.

Sonuç: Gebelikte adneksiyal kitlelere yaklaşım, kitlenin malign ve komplike olma olasılığına karşın, uygulanacak tedaviden fetusun zarar görmesi açısından önemlidir. Sonuç olarak, gebelikte adneksiyal kitlelerin elektif şartlarda değerlendirilip tedavi edilmesini önermekteyiz.

ABSTRACT

Objective: The most common type of genital neoplasia at reproductive age are ovarian tumors. The pregnancy can be complicated by the adnexial masses or malign potential can be missed; because of concentrating examination especially on fetus and difficulty in the assessment of adnexial masses at a pregnant woman. The aim of this case report, discussion of approach to malign adnexial mass in pregnancy with a rare case.

Case: A case of 20 years-old and 22 weeks of gestational ages, hospitalized with pre-diagnosis of ruptured adnexial mass. The value of CA 125 measured as 66 IU/ml. Exploration laparotomy showed 100 cc hemorrhagic liquid in abdominal space. Ruptured solid left ovarian mass with hemorrhagic appearance was observed and excised. Result of frozen was borderline sex-cord stromal tumor. The patient who was planned staging surgery after fetal maturity didn't refer to our clinic for pregnancy followup. At 39 weeks of gestational ages, she referred with abdominal mass and massive ascites. Caesarean section and staging surgery were performed during operation. Pathological examination revealed immature teratoma and adjuvant chemotherapy was given.

Conclusion: Approach to the adnexial masses in pregnancy, although the potential of being malignant and complicated, is important because of the damages of treatment on fetus. As a result, we recommend elective evaluation and treatment of adnexial masses in pregnancy.

Giriş

Ultrasonografinin yaygın kullanılmasına bağlı olarak, gebeliklerde adneksiyal kitlelerin saptanabilirliği artmıştır(1). Fonsiyonel kistler ilk trimesterde

daha sık izlenmekle birlikte ilerleyen gebelik haftalarında %70'i spontan regresyona uğrar(2). Persiste eden adneksiyal kitlelerin çoğunu ise dermoid kistler oluşturur(3). Over kanseri sıklığı, 20 yaş altında 100.000 kadında 0,7-1,4 iken, 20-49 yaşları arasında

Geliş tarihi: 08/02/2012

Kabul tarihi: 23/02/2012

¹Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İZMİR

²Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Birimi, İZMİR

İletişim: Dr. Sefa Kurt

Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İZMİR

E-Posta: sefakurt@gmail.com

100.000 kadında 1,6-16,6'ya kadar yükselmektedir(4). Reprodüktif dönemde izlenen tümörlerin histolojik dağılımına baktığımızda en sıklıkla germ hücreli tümörler, epitelyal over tümörleri, stromal over tümörleri, lenfomalar ve mixt tümörler izlenmektedir. Gebelikte izlenen ovaryan germ hücreli tümörlerin yaklaşık %75'ini disgerminomlar oluşturur(5) Gebelik sırasında yapılan cerrahinin maternal ve fetal morbiditeye yol açmasından çekinilirken, takibe bırakılan olgularda torsiyon, rüptür gibi komplikasyonlar ve kitlenin olası malign potansiyeline bağlı progresyon, istenmeyen durumlardır(6). Gebelikte adneksiyal kitle için önerilen tedavi zamanı 2. trimester olup acil koşullarda(torsiyon, rüptür) yapılan girişimlerde gebelik kaybı ve erken doğum riski artmaktadır(7). Bu nedenle olguların tersiyer bir merkezde değerlendirilip elektif koşullarda tedavileri önerilmelidir. Gebeliğin erken dönemlerinde laparaskopi, ileri gebelik haftalarına göre daha kolaylıkla yapılabilir. Malignite kuşkusunda laparotomi tercih edilmelidir. Çalışmamızda, 22 haftalık gebeliği olan, rüptüre adneksiyal kitle tanısı ile acil cerrahi uygulanan ve malign over tümörü saptanan bir olgu nedeniyle, gebelikte adneksiyal kitlelere yaklaşımı tartışmayı amaçladık.

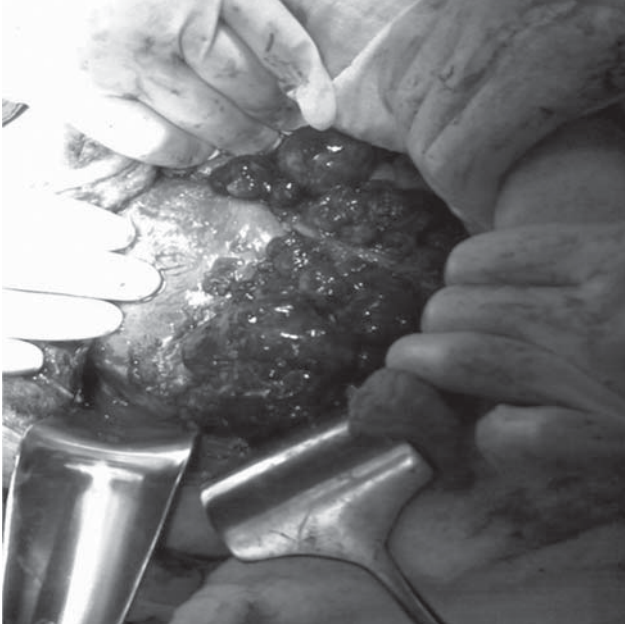
OLGU

20 yaşında, son adet tarihine göre 22 haftalık ilk gebeliği olan hasta, rüptüre adneksiyal kitle ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Yapılan ultrasonografide sol adneksiyal alandan Douglas boşluğuna uzanan, 12?14 cm boyutlarında, lobule konturlu, hiperekojen, kistik alanlar içeren, etrafında serbest sıvı bulunan solid kitle izlendi. Kitle doppler çalışmasında Rezistans İndeks(RI): 0.42 ve CA125 değeri 66 U/ml olarak saptandı. Hastanın yazılı ve sözlü onamı alındıktan sonra araştırma laparotomisi yapıldı. Batın gözleminde 22-23 gebelik haftası büyüklüğünde uterus, 100 cc hemorajik sıvı ve sol over kökenli 12?14 cm boyutlarında, rüptüre, düzensiz yüzeyli, yer yer kistik, solid alanlar içeren hemorajik görünümde kitle izlendi. Diğer batın içi organlar ve sağ over normal görünümdeydi. Serbest sıvıdan örnek alınıp sol ooforektomi yapıldı. Frozen sonucunun borderline sex kord stromal tümör olarak bildirilmesi üzerine operasyona son verildi. Operasyon patolojisinde kitle, 14 cm boyutunda, solid, nekrotik, yer yer kistik görünümde, yoğun kanama alanları içeren ve mikroskopik invazyon saptanan, yük-

sek dereceli immatür teratom olarak bildirildi. Batın serbest sıvı sitolojisi benign özellikteydi. Hastanemiz perinatoloji konseyince değerlendirilip bilgilendirilen hastanın ısrarla gebeliğin devamını istemesi üzerine, fetal maturiteyi takiben S/C doğum ve evreleme cerrahisi planlanarak takibe alındı. Takiplerine gelmeyen ve kendisine ulaşamayan hasta, 39. haftada karında aşırı şişlik, distansiyon, dispne yakınmaları ile tekrar başvurdu. Obstetrik muayenesinde, biometrisi 39 hafta 3 gün ile uyumlu, baş prezentasyonunda tekil gebelik saptandı. Ayrıca batında yaygın asit ve kitle varlığı dikkati çekti. Laparotomide, batında 3500 cc hemorajik görünümlü sıvı izlendi ve aspire edildi. Uterin alt segmente yapılan transvers insizyonla 3050 gr canlı kız bebek 1. dakika APGAR skoru 8, 5. dakika 9 ile doğurtuldu. Sezaryen doğumu takiben batın gözleminde uterus ve batın ön duvarında, umblikus ve cilt altında en büyüğü 3?4 cm'lik, multiple tümöral implantlar izlendi(**Resim 1**). Omentum, omental kek halinde ve tamamen tümöral doku ile infiltre idi. Periton, bilateral parakolik alanlar, tüm kolon, mesane serozası, uterus ve douglasta en büyüğü 6?7 cm'lik multiple vejetatif tümöral lezyonlar izlendi(**Resim 2**). Sağ over, karaciğer ve dalak parankimi salim olarak izlendi. Uterus ve sağlam over dokusu korunarak cerrahi evreleme ve optimal sitoredüksiyon yapıldı. Operasyon patolojisi; immature teratom, grade 3 olarak değerlendirildi. Barsak mezosu, serozası, batın ön duvarı, parakolik, cilt altı, umblikus, omentum ve peritoneal implantlar immatür teratom ile uyumluydu ve appendiks tutulumu vardı. Omentumdan alınan örneklerde küçük fokal alanlarda, immün histokimyasal incelemede AFP(+), BHCG(-), CD30(-), yolk sak komponentleri izlendi(**Resim 3**). Pelvik bölgeden alınan 15 lenf nodunda reaktif değişiklikler izlenirken, paraaortik alandan alınan 5 adet lenf nodunun birinde metastaz izlendi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta, hastanemiz onkoloji konseyince değerlendirilerek bleomisin, etoposid ve sisplatin(BEP) den oluşan adjuvan kemoterapi rejimine alındı.

TARTIŞMA

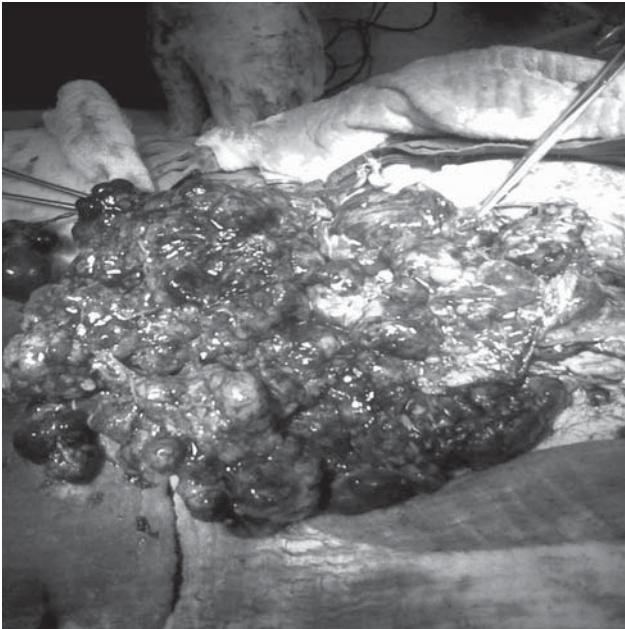
Gebelikte adneksiyal kitlelerin çoğu, gebelik için yapılan rutin ultrasonografi değerlendirmelerinde rastlantısal olarak saptanmaktadır. Ultrasonografinin yaygın kullanılmasına bağlı olarak, gebeliklerde adneksiyal kitlelerin saptanabilirliği artmıştır(1). Fonksiyonel over kistleri genellikle 2. trimesterde spontan



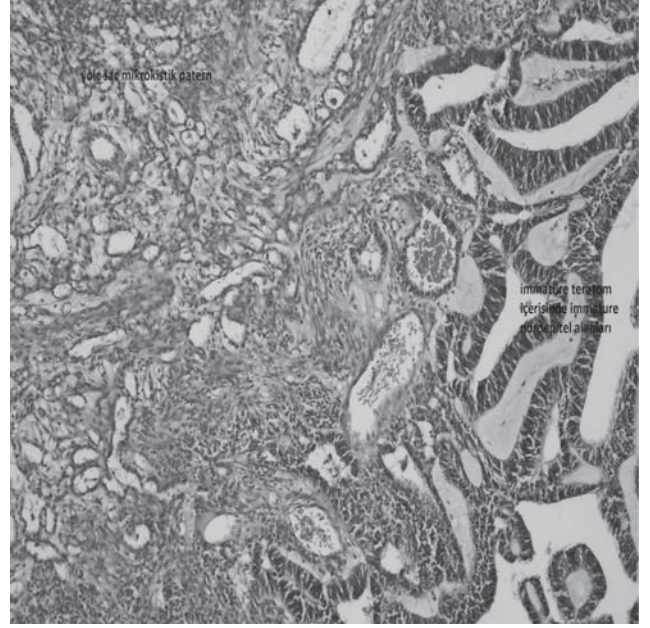
Şekil 1–Uterus ön duvarında tümöral implantlar.

olarak kaybolmasına karşın, neoplastik kistler ve/veya kitleler büyümeye devam etmekte ve torsiyon, rüptür gibi akut batın bulgularıyla gebeliği komplike edebilmektedirler(8).

Adneksiyal kitleler gebeliklerin yaklaşık olarak 1/600'ünde görülürler ve malign olma potansiyelleri %5-6 oranında değişmektedir(6).



Şekil 2–Omentumda tümöral implantlar.



Şekil 3–Omentumdan alınan örneklerde küçük fokal alanlarda, yolk sak komponentleri ve immatür teratom içerisindeki immatür nöroepitel alanları.

Hill ve arkadaşları 7996 gebeyi kapsayan çalışmalarında, fonksiyonel over kistlerinin gestasyonel yaş ilerledikçe azaldığını 2. ve 3. trimesterde persistans oranının %4,1 olduğunu ve en sık benign kistik teratomun görüldüğünü belirtmişlerdir(9). Olguların önemli bir kısmının(%86) asemptomatik olması, gebelik takibinde adneksiyal alanların ultrasonografik olarak değerlendirilmesinin önemini artırmaktadır. Gebelikte adneksiyal bir kitlenin varlığının bilinmesi hem tanısal(ultrason, doppler, tümör belirteçleri çalışmaları), hem de izlem açısından olası komplikasyon(torsiyon, rüptür vs) ve progresyonu öngörmede önemlidir.

Gebelikte adneksiyal kitlelerin tedavisi tartışmalıdır. Gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimlerin hem annede, hem de fetusta istenmeyen yan etkiler oluşturabileceği, uygulanacak agresif tedavi karşısında fetusun savunmasızlığı, bekleme tedavisinde ise kanserin yayılması veya komplikasyonların gelişmesi sofistike konular olarak durmaktadır. Acil şartlarda yapılan cerrahi girişimlerde gebelik kaybı ve erken doğum riski yüksektir. Bu nedenle bu olguların rutin gebelik takipleri sırasında tanısının konularak elektif koşullarda ve tersiyer bir merkezde tedavilerinin yapılması önerilmelidir. Malignite kuşkusu varlığında mutlak tedavinin kanser tedavisi olduğu ve

hiçbir şeyin bunun önüne geçmemesi gerektiği unutulmamalıdır(10). Opere edilen adneksial kitlelerin yaklaşık %5'i maligndir. Bunların %49-75'i epitelyal tümör, %9-16'sı sex-kord stromal tümör, %6-40'ı germ hücreli tümörlerdir(11). İmmatür teratom genellikle tek taraflı izlenen ve içerdiği nöral komponente göre derecelendirilen bir germ hücreli over tümörüdür. Grade arttıkça malignite potansiyeli artmaktadır. Tümör derecesi ve fokal yolk sak tümör alanlarının varlığı ekstra ovaryan yayılım ve tümör agresivitesinin önemli bir bulgusudur(12). İpsilateral infundibulopelvik ligament içindeki zengin lenf nodları aracılığıyla erken dönemde hematogen metastaz(karaciğer ve akciğer) yapma eğilimindedir. Olgumuzda da immatür teratomun derecesi 3 olup yer yer fokal yolk sak tümör alanları izlenmiş ve klinik seyir oldukça agresif olmuştur. AFP ve LDH, bazı olgularda yükselirken nadir izlenen bir paraneoplastik sendrom, anti-N-Metil-D-Aspartat(NMDA) reseptör ensafaliti matür ve immatür teratomlarda seyrek te olsa izlenen bir klinik durumdur(13).

Zarchi ve ark. 28 haftalık gebede Evre 3C, grade 3 immatür teratom olgusunu BEP kemeoterapisi ile başarılı şekilde tedavi ettiklerini ve sağlıklı bir bebek dünyaya geldiğini rapor etmişlerdir(14). Takahashi ve arkadaşları BEP kombinasyonu ile tedavi ettikleri immatür teratomlu kadınların bebeklerinde, serebral atrofiye sekonder ventrikülomegali geliştiğini bildirmişlerdir(15). Konuyla ilgili deneyimler olgu sunumlarıyla sınırlı olup, tedavi algoritmaları için geniş tedavi serilerinin deneyimine gereksinim vardır.

SONUÇ

Gebeliklerin takibinde adneksiyal bölgelerin değerlendirilmesi önemlidir. Tedavinin planlanacağı dönem 2. trimesterdir. Cerrahi girişimin uygun klinik değerlendirme sonucunda tersiyer bir merkezde elektif koşullarda yapılması, fetal ve maternal morbiditeyi azaltacaktır. Gebeliğin erken haftalarında laparoskopik girişim, komplikasyon oranı daha az olarak gerçekleştirilebilirken, ileri gebelik haftası ve malignite şüphesi varlığında laparotomi tercih edilmelidir. Kuvvetli malignite şüphesinde tedavi primer hastalığa yönelik olmakla birlikte bireysel tedavi seçenekleri göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Roberts CL, Weston MJ, Bilateral massive ovarian edema: a case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:65-7.
2. Giuntoli RL 2nd, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49: 492.
3. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, et al. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1098.
4. Leitao MM Jr, Chi DS. Fertility-sparing options for patient with gynecologic malignancies. *Oncologist* 2005;10: 613-622.
5. Bakri YN, Ezzat A. Malignant germ cell tumors of the ovary. Pregnancy considerations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 90:87.
6. Vasconcelos A, Couceiro C, Cunha TM. Massive ovarian oedema. *Eurad* 2001, Nov 2: case 1323.
7. Şahiner H, Sezik M, Özkaya O, Karahan N, Kaya H. Gebelikte bilateral ovaryal kitle. *Perinatoloji dergisi* 2004;12(4): 203-207.
8. Umesaki N, Tanaka T, Miyama M, Kawamura N. Sonographic characteristics of massive ovarian edema. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16: 479-81
9. Hill BP, Printz DA, Roth J. Massive ovarian edema: Ultrasound and MR Characteristics. *J Computer Assist Tomogr* 1993;17:477-9.
10. Bülent Özçelik. Over Kanserlerinde Fertilitate Koruyucu Yaklaşımlar. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2008;30(2):100-106.
11. Giuntoli II RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(3):492-505.
12. Woodruff JD, Protos P, Peterson WF. Ovarian teratomas. Relationship of histologic and ontogenic factors to prognosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1968;102(5):702.
13. Iizuka T, Sakai F, Ide T, Monzen T, Yoshii S, Iigaya M, Suzuki K, Lynch DR, Suzuki N, Hata T, Dalmau J. Anti-NMDA receptor encephalitis in Japan: long-term outcome without tumor removal. *Neurology.* 2008 Feb 12;70(7):504-11. Epub 2007 Sep 26.
14. Zarchi MK, Behtash N, Gilani MM. Good pregnancy outcome after prenatal exposure to bleomycin, etoposide and cisplatin for ovarian immature teratoma: a case report and literature review. *Arch Gynecol Obstet* (2008)277:75-78.
15. Takahashi N, Kai S, Kohmura H, Ishikawa K, Kuroyanagi K, Hamajima Y, et al (1986) Reproduction studies of VP 16-213. Part 1: oral administration to rats prior to and in the early stages of pregnancy (in Japanese). *J Toxicol Sci* 11:(Suppl.1)177-194.