

MEDIASTENİN DEV TERATOMU

A GIANT TERATOMA OF MEDIASTINUM

Soner GÜRSOY

Ahmet ÜÇVET

Serdar ŞİRZAI

Cemil KUL

Halil TÖZÜM

Ata ÖZTÜRK

Oktay BAŞOK

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Anahtar sözcükler: Teratom, mediasten

Key words: Teratomas, mediastinum

ÖZET

Teratomlar en sık rastlanan mediastinal germ hücreli tümörlerdir. Bununla birlikte anterior mediasten, ekstragonadal tutulumun en sık olduğu bölgedir. Matür teratomların büyük bir çoğunluğu histolojik olarak iyi diferansiye ve benignidir. Ankapsüle bir kitle ile karakterizedir ve yer yer kistik yer yer de solid alanlar içerirler. Bu sunumda, beş haftadır devam eden göğüs ağrısı şikayetiyle hastaneye yatırılan ve dev mediastinal kitle tespit edilen, 43 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. Torasik bilgisayarlı tomografi taramasında, sağ anterior mediasten kaynaklı, düzgün sınırlı ve yer yer yağ doku dansiteleri içeren heterojen bir kitle lezyonu görüldü. Fiberoptik bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Olguya sağ torakotomi yapıldı ve kistik bir lezyonla karşılaşıldı. Mediastinal plevra ve perikarda yaygın yapışıklıklar gösteren lezyon, cerrahi ile komplet olarak çıkarıldı. Histopatolojisi, "matür kistik teratom" şeklinde rapor edildi. Cerrahiye bağlı herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi. 15 aydır asemptomatik olarak takip edilmektedir.

GİRİŞ

Teratomlar, her üç germ yaprağından köken alan neoplazilerdirler. Sıklıkla gonadlarda olurlar. Gonad dışı yerleşimleri ise kranial kavite, mediasten, retroperitoneal bölge ve

SUMMARY

Teratomas are the most common mediastinal germ cell tumors. Moreover, the anterior mediastinum is the most common extragonadal primary site. The vast majority are mature teratomas that are histologically well differentiated and benign. It is an encapsulated mass characterized by the presence of cystic and solid areas. This is the report of a 43 years old woman presenting with chest pain for five months that was hospitalized with findings of a giant mediastinal masses. A smoothly lobulated mass with heterogeneous density suggesting fat tissue, which originated from the right anterior mediastinum was showed at thoracic computerized tomography scan. Endobronchial lesion was not seen in fiberoptic bronchoscopy. We performed right thoracotomy, observed a cystic lesion. Complete removal of the lesion was performed at the operation as it was adherent to the pericardium and mediastinal pleura. It was reported "mature cystic teratoma" on pathologically. No surgical complication was observed. She discharged at the 6.th day of the operation. The case is being followed asymptotically for fifteen month.

sakrokoksigeal alan gibi vücut orta hattı boyunca (1). Mediastende bu tümörlerin bulunuşu, embriyojenezis esnasında ürogenital yarıktan göçünü tamamlayamayan ve mediastende kalan primordiyal germ hücre-

leri hipoteziyle açıklanmaktadır (2). Tüm mediastinal tümörler içinde, germ hücreli tümörlere, %8-13 sıklıkla rastlanırken, anterior mediasten tümörlerinin de yaklaşık %12'sini oluşturlar.

Mediastinal germ hücreli tümörler morfolojik özelliklerine göre; 1. Teratomatöz tümörler 2. Seminomlar (Disgerminomlar) 3. Non-seminomatöz / non-teratomatöz tümörler (yolk sak tümörleri, embriyonal karsinomlar, koriyokarsinomlar) 4. Kombine teratomatöz tümörler olarak sınıflandırılırlar (3). Ve bunların en sık görüleni de, 3 primitif germ tabakasının en az ikisinden kaynaklanmış dokular içeren, benign teratomlardır. Bu tümörler, kistik ve solid olup, yavaş büyürler. Yaklaşık % 80'i benignidir ve bunların çoğu da kistiktir (4).

OLGU

43 yaşında kadın hasta, yaklaşık 5 aydır devam eden "göğüs ağrısı" şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. İlk başvuru anında olgunun genel durumu iyi, TA: 120/70 mmHg, nabız: 80/dk, solunum sayısı: 16/dk idi. Öz ve soy geçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Yaklaşık 10 paket yılı sigara içimi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede anormallik gösteren bulgu saptanmadı. Rutin laboratuvar parametreleri olağan bulunurken, saatlik sedimentasyonu 51 mm'ye yükselmisti. Solunum fonksiyon testlerine bakıldığında ise; FEV1: 3.03 (%114) FVC: 3.38 (%110) ORAN: %87 olarak bulundu.

İlk olarak çekilen PA akciğer grafisinde (Resim 1); sağ parakardiyal alanda yerleşmiş, hilusu silen ve çevre akciğer parankiminde bası bulguları veren, yuvarlak, nonhomojen, kitle lezyonu tespit edildi. Yapılan tüm batın ultrasonografi olağan bulundu. Lezyonun daha ayrıntılı izlenebilmesi için toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT sonucu, "sağ hemitoraksta, ön-üst mediastende, 9 cm

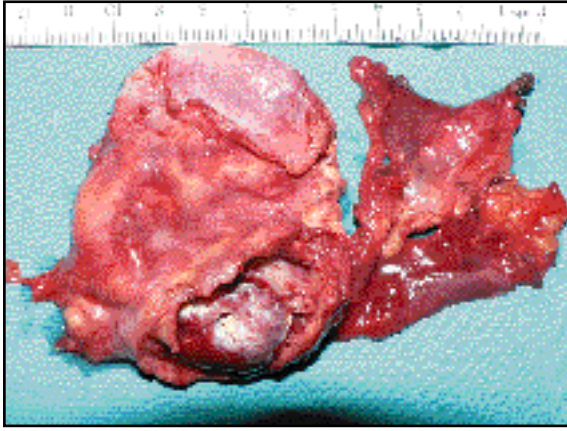
çaplı, lobule konturlu, santrali hipodens çevresi hiperdens kitle lezyonu" olarak raporlandı (Resim 2). Radyolojik tanı olarak "timoma, lenfoma, teratoma" olarak bildirildi. Ayrıncı tanı için trans torasik ince iğne biopsisi (TTİAB), lezyonun kistik karakterde olduğu ve solid komponent taşımadığı ve rüptür riskinin ölümcül komplikasyonlara neden olma ihtimali gerekçesi ile radyoloji birimi tarafından önerilmedi. Bunun yerine, ayrıncı tanıya olanak sağlayabilmesi ve lezyonun mediastinal yapılarla ilişkilerini daha doğru değerlendirebilmesi nedeniyle, manyetik rezonans görüntülemesi yapılabileceği bildirildi. Ancak lezyonun toraks BT ile rezektable izlenmesi nedeni ile buna gerek gör-



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

medik. Son olarak, serum değerlerinde ki yüksekliğin, germ hücreli tümörlerde artış kaydedebileceği bildirilen ve tanı destekleyicisi olarak kabul edilen, CEA, AFP ve CA19-9 tümör markerleri incelemeleri de, olağan sınırlarda bulundu.

Hastaya bu halde kesin tanı ve tedavi amaçlı "sağ posterolateral torakotomi" yapıldı. Kitle komplet olarak ekstirpe edildi (Resim 3). Yaygın ve sıkı perikardial yapışıklıklar nedeni ile, lezyonun bu bölgesi perikard ile birlikte rezeke edildi. Oluşan perikard defekti bölgesine prolene mesh ile rekonstrüksiyon yapıldı. Kesin histopatolojik inceleme sonucu "matür kistik teratom. Deri, bronş, kartilaj, matür nöral doku, timus dokuları içermektedir. Plevra ve perikarda yapışık olmakla birlikte invazyon yoktur. Komşu akciğer parankiminde konjesyon dikkati çekmektedir." olarak bildirildi. Operasyona bağlı herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi. Yaklaşık 15 aylık takip sürecinde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Benign ya da malign tüm mediastinal teratomlara sıklıkla erken adult dönemde rastlanır (2). Bizim olgumuz ise, genelin tersine olarak, orta yaş döneminde (43 yaş) tanı

aldı. Lezyonların yaklaşık %3-8'inin arka mediastende yerleştiği bildirilse de genellikle ön mediastende yerleşirler. Olgumuzda lezyon ön-üst mediasten yerleşiminde bulunmaktaydı. Mediastinal teratomlar %50'den fazla asemptomatiktir ve göğüs grafisinde rastlantısal olarak saptanır (5). Semptomatik olan olgularda ise en sık semptom bizim olgumuzda da olduğu gibi "göğüs ağrısı" olarak ortaya çıkar (6).

Benign teratomlar üç germ yaprağının en az ikisinden kaynak alan dokular içermelidirler. Olgumuzda ektoderm kaynaklı deri ve kıl, mezoderm kaynaklı kıkırdak ve bronş ve endoderm kaynaklı ise nöral ve timik dokular bulunmaktaydı. Lezyonun fetal dokular içermesi halinde ise "immatür teratom" olarak adlandırılır ve malign olarak kabul edilirler. Her ne kadar bazı araştırmacılar malign dejenerasyon eğiliminin olmadığını düşünseler de (7), bazı araştırmacılar da sarkoma veya karsinomaya dönüşebileceklerini iddia etmektedirler (8). Olgumuzun şu ana kadar ki tanı, tedavi ve takip sürecinde herhangi bir malign dejenerasyon izlenmemiştir.

Mediastinal bir lezyonun varlığının %97 oranında direkt toraks radyografileri ile ortaya konabileceği bilinmektedir (9). Ancak non-invazif yöntemlerle kesin ayırıcı tanıya gidilebilmesi zordur. Özellikle TTİİAB'nin ayırıcı tanıdaki yeri tartışmalıdır. Tüm olgularda denenmesi gerektiğini bildiren otörler olduğu gibi, her olgunun kendi içinde tek tek değerlendirilmesi gerektiğini bildiren otörler de vardır. Öncelikle kesin tanı koydurucu oranları düşüktür. Yine bu yöntemle, timomaların lokal ya da plevral implantasyonuna neden olunabilir (10). Ön mediasten lezyonlarında, timomalar, lenfomalar ve malign germ hücreli tümörler arasında tanı karışıklıkları oluşabilir (11). Biz olgumuzda hem lezyonun tamamının kistik komponent

lerden oluşması hem de radyolojik olarak rezeksiyonunun mümkün izlenmesi nedeni ile TTİAB kullanmadık. Olgu kendi içinde değerlendirildiğinde, olası ön tanılarımızın tamamında cerrahi tedavi uygulanacağı için, ayrıca invaziv girişimlerle preoperatif kesin tanı gereğini duymadık.

Nadir olarak kistik teratomlar, plevra, perikard, mediasten veya trakeobronşiyal ağaca perforolabilirler ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilirler. Matür kistik teratom histopatolojik olarak benign olmasına

rağmen, potansiyel rüptür riskinden dolayı cerrahi rezeksiyonu önerilmektedir (12). Zaten cerrahi dışı yöntemlerle tanı alınmaması durumunda hem kesin tanı hem de tedavi amaçlı cerrahi gereği ortaya çıkmaktadır. Akciğerin atelektatik olması, komşu yapılarda kompresyon ya da yapışıklık ya da malign transformasyon varlığı cerrahiye engel teşkil etmez (5). Komplet rezeksiyonlar sonrası sonuçlar mükemmeldir. İnkompaket rezeksiyonlar sonrasında bile sonuçların yüz güldürücü olduğu bildirilmiştir (13).

KAYNAKLAR

1. Ege G, Akman H, Kuzucu K, Kalaycı G. Mediastinal kistik teratomun spontan rüptürü. *Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi* 2004; 10: 127-30.
2. Güngör A. Mediasten, klinik cerrahi onkoloji. Ankara, Özkan Matbaacılık, 1997: 448-9.
3. Lillington GA. Mediastinal lesions. A Diagnostic approach to chest diseases. 3rd ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 1988: 396.
4. Gündoğdu C, Samurkaşoğlu AB, Topçu S, Çakıroğlu E, Uğur P. Trichorea semptomu veren bir mediastinal teratom olgusu. *Solunum Hastalıkları* 1992; 3: 217-21.
5. Eryiğit H, Ürek Ş, Öрки A, Aksoy F, Kutlu CA. Sol parakardiak kitlelerin ayırıcı tanısında matür kistik teratom. *Akciğer* 2006; 12: 92-5.
6. Ekim H, Demircan A, Demir İ. Mediasten tümörleri. *GKDC Derg* 1995; 3: 121-126.
7. Lewis BD, Hurt RD, Payne WS. Benign teratoma of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86: 727-31.
8. Kaul TK, Bakran A. Endocrine secreting malignant mediastinal teratoma. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 38: 251-253.
9. Balcı AE, Ayan E, Özalp K, Duran M, Vuraloğlu S. Dev mediastinal teratom. *Toraks Dergisi* 2006; 7(2):135-7.
10. Cameron D, Wright MD, Douglas J, Mathisen MD. Mediastinal Tumours: Diagnosis and treatment. *World J Surg* 2001; 24: 204-9.
11. Adler OB, Rosenberger A, Peleg H. Fine needle aspiration biopsy of mediastinal masses: Evaluation of 136 experiences. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 140: 893-6.
12. Cheung Y, Ng Sh, Wan Y. Ruptured mediastinal cystic teratoma with intrapulmonary bronchial invasion: CT demonstration. *The British Journal of Radiology* 2001; 74: 1148-9.
13. Yalçinkaya İ. Bir Olgu Nedeniyle Mediastinal Benign Teratom. *Van Tıp Dergisi* 1997; 4(3).

Yazışma Adresi:

Dr. Serdar ŞİRZAI
Sakarya Cad. Nazmiye Hanım Apt., 22/12
Bornova / İZMİR
e-posta: sirzai@hotmail.com