



Nadir Görülen Bir Klinik Olgu: Paratestiküler Bölgenin Adenomatoid Tümörü

A Rare Clinical Case: Adenomatoid Tumor of the Paratesticular Region

İlker Fatih ŞAHİNER¹, Hakan ANIL¹, Tangül PINARCI², Kaan KARAMIK¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya, Türkiye
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi
Correspondence Address

Hakan ANIL
S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Üroloji Kliniği,
Antalya, Türkiye
E-posta: dr.hakananil@gmail.com

Geliş tarihi \ Received : 11.04.2018
Kabul tarihi \ Accepted : 20.06.2018
Elektronik yayın tarihi : 04.10.2018
Online published

Bu makaleye yapılacak atıf:
Cite this article as:
Şahiner İF, Anıl H, Pınarcı T, Karamık K. Nadir görülen bir klinik olgu: Paratestiküler bölgenin adenomatoid tümörü. Akd Tıp D 2019; 5(2):376-9.

İlker Fatih ŞAHİNER
ORCID ID: 0000-0003-4505-6764
Hakan ANIL
ORCID ID: 0000-0002-6333-0213
Tangül PINARCI
ORCID ID: 0000-0003-2844-7819
Kaan KARAMIK
ORCID ID: 0000-0001-8288-5313

ÖZ

Adenomatoid tümörler erkek ve kadın genital traktunda nadir görülen benign kitlelerdir. Erkek hastalarda paratestiküler bölge tümörlerinin yaklaşık olarak %30'unu oluşturur ve en sık 3. ve 4. dekatta görülür. Klinik olarak genellikle semptom vermemekle beraber, ağrısız ele gelen kitle en sık başvuru nedenidir. Bu kitleleri radyolojik olarak malign tümörlerden ayırt etmek mümkün değildir. Preoperatif değerlendirmedeki yetersizlikler çoğu zaman gereksiz orşiektomileri beraberinde getirmekte olup, bu da adenomatoid tümörleri ürologlar açısından önemli hale getirmektedir. Biz de nadir görülen bu antiteyi 38 yaşında erkek hastada sunacağız.

Anahtar Sözcükler: Adenomatoid tümör, Benign kitleler, Paratestiküler bölge

ABSTRACT

Adenomatoid tumors are rare benign tumors usually found in the genital tract of males and females. They account for approximately 30% of paratesticular tumors in men and are most frequently seen in the 3rd and 4th decades. Although most cases do not have symptoms, the most common application is the presence of a painless palpable mass. It is not possible to radiologically differentiate these masses from malignant tumors. Insufficiencies in preoperative evaluations generally lead to unnecessary orchiectomies which makes these adenomatoid tumors important from the point of view of urologists. We will present this rarely-observed entity in a 38-year-old male patient.

Key Words: Adenomatoid tumor, Benign masses, Paratesticular region

GİRİŞ

1945 yılında ilk kez Gold ve Ash tarafından tanımlanan adenomatoid tümör, genellikle erkek ve kadın genital traktunda nadir görülen benign kitlelerdir (1). Genital trakt dışında adrenal bez, mesane, kalp, lenf nodları, intestinal mezenter, omentum ve plevrada bulunabilir. Klinik olarak genellikle semptom vermemekle beraber, ağrısız ele gelen kitle en sık başvuru nedenidir (2).

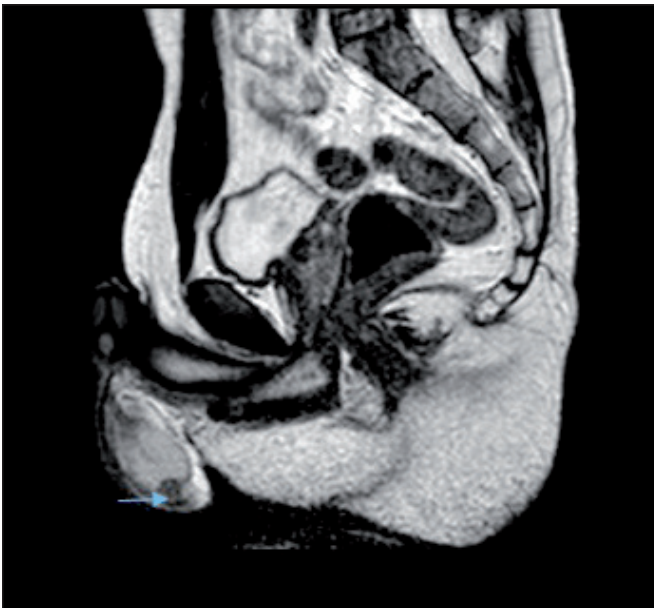
Mezotelyal hücrelerden köken alan bu tümör 'benign mezotelyama' olarak da adlandırılmaktadır (3). Biz de nadir görülen bu tümörü bir olgu sunumu ile tartışacağız.

OLGU SUNUMU

Otuz sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık üç gündür var olan sol skrotal ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Tıbbi öyküsünde yaklaşık 6 ay önce sol testisinde ele gelen kitle hissettiğini ve kitle boyutunda bir artma olmadığını söyledi. Özgeçmişinde skrotal travma, inmemiş testis ve geçirilmiş skrotal cerrahi öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede sol testis ağrılı

ve hassastı. Sol testis posteroinferior epididim kuyruğuna yakın 1 cm'lik kitle palpe edildi. Ayırıcı tanıda epidimorşit ve testis tümörü düşünülen hastanın laboratuvar incelemelerinde tam idrar tahlili steril, serum tümör markerları β -hCG (0,2 mIU/mL), α -feto protein (2,60 ng/mL), laktat dehidrogenaz 211 U/L olup, normal aralıktaydı. Yapılan renkli skrotal doppler ultrasonografisinde sol testis inferior kesimde kapsül düzeyinde 8x7 mm boyutunda hipoeoik solid nodüler lezyon ve lezyon çevresindeki yumuşak dokuda hafif derecede vaskülarite saptandı. Klinik şüphe olduğu için çekilen dinamik alt abdomen manyetik rezonans görüntülemesinde ise sol testis inferior kesimde 8mm çapta T1A sekanslarda izointens, T2A sekanslarda hipointens izlenen, dinamik serilerde heterojen kontrastlanan düzgün sınırlı kitlesel lezyon izlendi (Şekil 1). Hasta onamı alındıktan sonra, inguinal yaklaşımlı testiküler eksplorasyon prosedürü planlanan hasta kliniğimize yatırıldı. Testiküler eksplorasyon sırasında lezyonun gubernakulum testis yerleşimli olduğu, testis parankimiyle bağlantısı olmadığı saptandı ve frozen inceleme için örnek gönderildi. Frozen inceleme sonucunun benign olarak raporlanması üzerine testis korunarak kitle eksize edildi. Hasta post operatif 1. günde tam iyilik hali ile taburcu edildi.

Patolojik spesmenin mikroskopik incelemesinde minimal infiltratif sınırlı testis ve epididim dokusundan ayrılan, kollagenöz ya da hyalinize stromaya sahip bir kısmı kistik özellikte gland benzeri yapılar, solid ada veya kordonlardan oluşan lezyon izlendi. Lezyon granüler eozinofilik sitoplazmalı, mikronükleole sahip normokromatik düzgün nükleer membrana sahip nükleuslu hücrelerden oluşmaktaydı. Lezyon ortasında iskemik nekroz alanı mevcuttu.



Şekil 1: T2 sekanslarda sagittal kesitte, testis posteroinferior kesimde 8 mm'lik hipointense kitle (mavi ok).

Çevre testis ve epidimal doku normal histolojik yapıda idi. Testis kaynaklı germ cell neoplazi, sex cord-stromal tümörler ve hematolenoid tümör ayırıcı tanısı için yapılan CD30, PLAP, OCT 3/4, glipican, inhibin, CD117, Pax8, AFP, beta-HCG ve CEA, EMA ile negatif boyanma izlendi (Şekil 2A-D). Calretinin ve WT-1 gibi mezotelyal markerlar ile CK7, CK8/18, PanCK ile pozitif boyanma mevcut idi (Şekil 3). Olgu mevcut histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde 'Adenomatoid Tümör' olarak raporlandı. Hasta şu an post operatif 10. ayında olup nüks ya da metastaz izlenmemiştir.

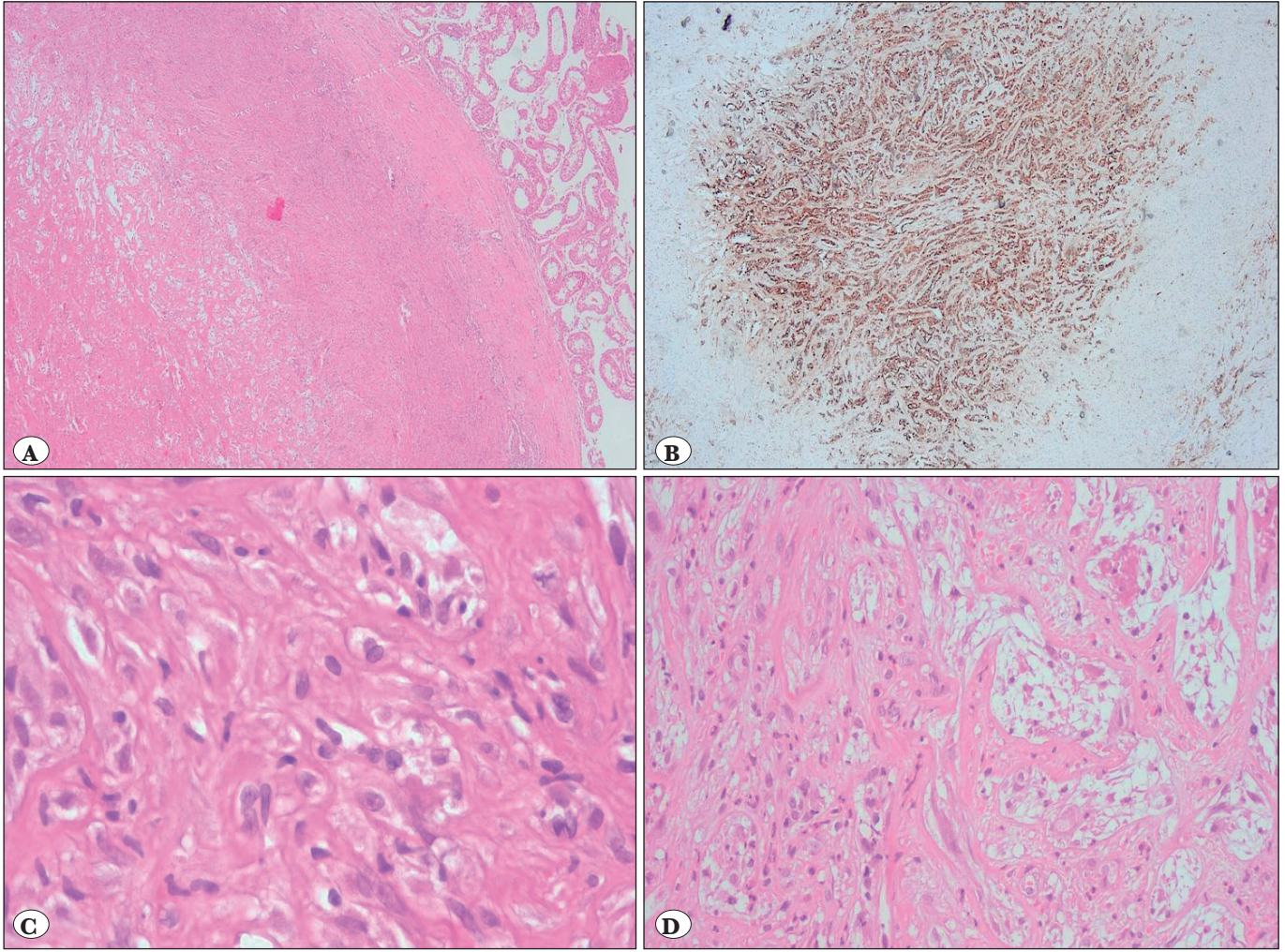
TARTIŞMA

Adenomatoid tümörler erkek ve kadın genital traktunda nadir görülen benign kitelerdir. Erkek hastalarda paratestiküler bölge tümörlerinin yaklaşık olarak %30'unu oluşturur ve en sık 3. ve 4. dekatta görülür (4). Erkeklerde genital traktta en sık epididimde görülmekle beraber, spermatik kord, prostat, ejakülatuar duktus ve nadiren testis parankiminde ortaya çıkabilir. Kadınlarda en sık uterusda görülmekle beraber, fallop tüpü ve ovarian hilusda gözlenebilir (5).

Histopatolojik olarak adenomatoid tümörlerin makroskopik incelemelerinde, genellikle iyi sınırlı, solid ve küçük boyutlu, gri-beyazımsı renkte, kapsülsüz olarak görülürler. Adenomatoid tümörler; adenoid veya tübüler, solid, anjiomatoid, kistik ve transizyonel histolojik formlarda bulunabilir. Mikroskopik incelemede tümörün mezotelyal hücre orijinli olduğu kabul gören genel kanıdır. Mitoz tipik olarak görülmez ve tümör hücrelerinin patognomik özelliği sitolojik atipi ile beraber vakuolize sitoplazmaya sahip olmalarıdır. Stroma fibröz yapıda olup, düz kas komponenti içerebilir. İmmünohistokimyasal incelemede Wilms Tümör1, D2-40 ekspresyonu gösterip, kalretinin ve vimentin ile pozitif olarak boyanırlar (3-6).

Adenomatoid tümörlerin tanımlanmasıyla birlikte moleküler ve genetik düzeyde yapılan çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Goode ve ark.'nın, genital trakt yerleşimli adenomatoid tümörü olan 31 hastada yaptıkları çalışmada, hastaların tümünde TRAF7 gen mutasyonu saptamışlardır. TRAF7'deki bu genetik mutasyon anormal olarak NF-kB yolunu aktive etmekte ve adenomatoid tümör oluşumuna zemin hazırlamaktadır (7).

Ultrasonografi (USG) skrotal ve testiküler patolojilerin değerlendirilmesinde birinci tercih değerlendirme yöntemidir. USG'de genellikle 2cm'den küçük, düzgün sınırlı, homojen solid kiteler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Adenomatoid tümörler USG'de genellikle hipoeoik olarak görülürler ve renkli doppler USG'de kanlanmaları azalmış, artmış ya da normal olarak görülebilir. Adenomatoid tümörleri, malign tümörlerden ayıracak herhangi bir USG bulgusu bulunmamaktadır. Manyetik Rezonans görüntü-



Şekil 2: PanCK ile (**B:** PanCKx2) daha net olarak tespit edilen , minimal infiltratif sınırla testis dokusundan ayrılan (**A:** H&Ex2), kollagenöz-hyalinize stromaya sahip (**C:** H&Ex40) bir kısmı kistik özellikle gland benzeri yapılar, solid ada veya kordonlardan oluşan lezyon izlenmektedir. (**D:** H&Ex10).

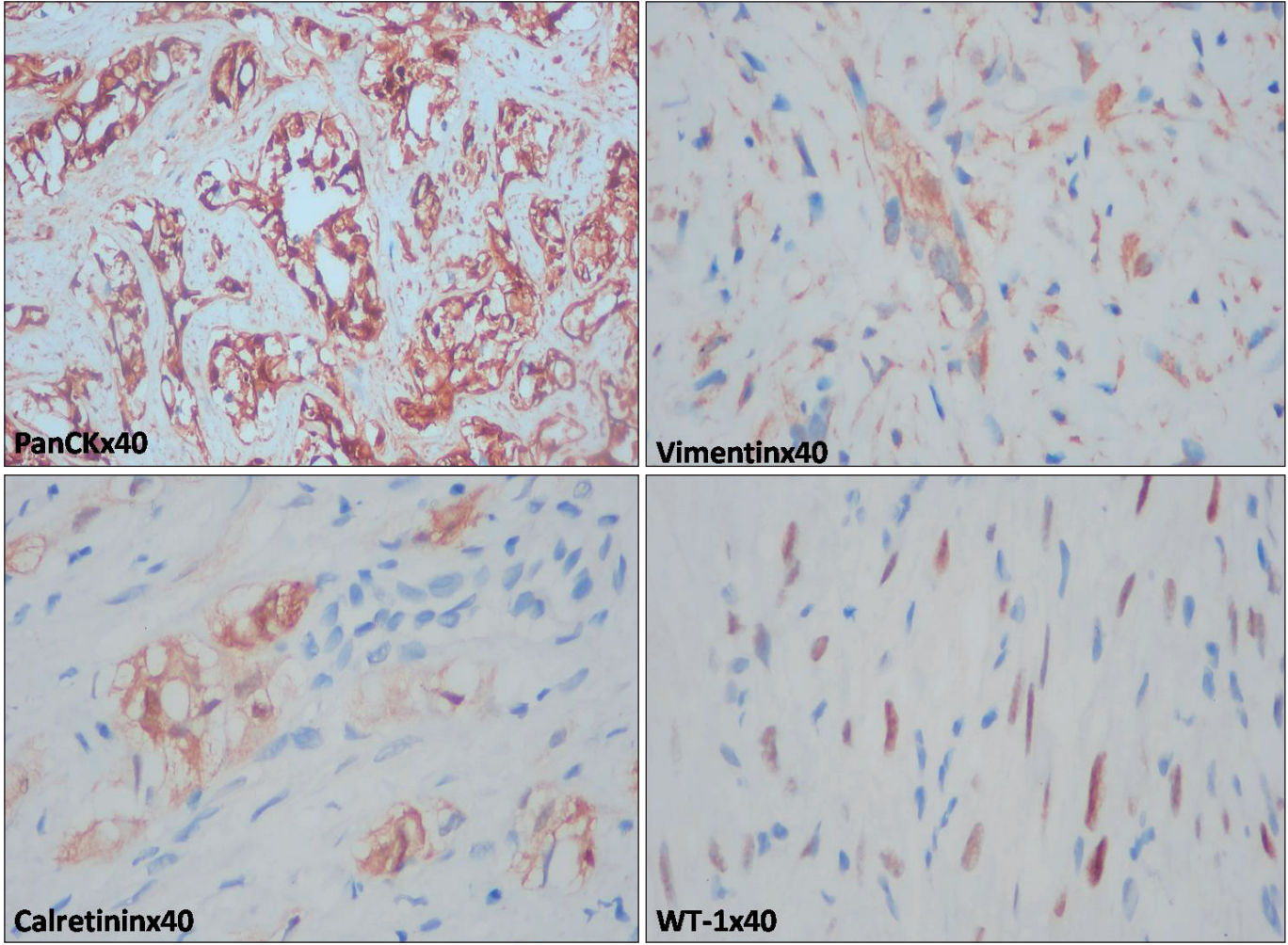
lemede ise T2 ağırlıklı sekanslarda testis parankimine göre hipointens, postkontrast görüntülerde ise genellikle testisle benzer kontrast tutma paterni gösterirler. Adenomatoid tümörleri radyolojik olarak malign kitlelerden ayırmak şu an için mümkün değildir (8,9).

Gubernakulum testis (GT) embriyonel dönemde testislerin normal anatomik pozisyona yerleşmesinde rol alır ve doğum sonrası dönemde skrotal ligament olarak adlandırılır. GT yapısında uzunlamasına yerleşmiş kollejen lifler ve baskın olarak fibroblastlar bulunmaktadır. Proksimal ve distal olmak üzere iki tip bağlantı göstermektedir. Proksimal kısmı epididim ekleriyle bağlantılı olup, distal tipi skrotal, kremasterik ve tunika vaginalis eklerinden oluşmaktadır (10). Gubernakulumu oluşturan eklerin bu kompleks yapısı

ve adenomatoid tümörün görüldüğü genital organlar olgumuzla örtüşmektedir.

Ayırıcı tanıda malign mezotelyoma, testisin adenokarsinoması, yolk salk tümörü, histiyositik hemanjioma, büyük hücreli kalsifiye sertoli hücre tümörü yer alır. Adenomatoid tümörler tedavisi cerrahi eksizyondur. Cerrahi eksizyon sonrası rekürrens, malign dejenerasyon veya metastaz gözlenmemiştir.

Sonuç olarak, küçük boyutlu, serum tümör markerları normal, testisteki kitle boyutunda uzun süredir ilerleme olmayan hastalarda yapılacak olan intraoperatif frozen inceleme agresif cerrahi tedavilerin önüne geçip, gereksiz orşiektomileri önleyecektir. Bu da endokrin fonksiyonların ve fertilitenin korunmasına katkı sağlayacaktır.



Şekil 3: Solid ada, gland benzeri yapılar PanCK, vimentin, calretinin ile sitoplazmik boyanırken, WT-1 ile nükleer boyanma göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Golden A, Ash JE. Adenomatoid tumors of the genital tract. *Am J Pathol* 1945;21(1):63-79.
2. Delahunt B, Eble JN, King D, Bethwaite PB, Nacey JN, Thornton A. Immunohistochemical evidence for mesothelial origin of paratesticular adenomatoid tumour. *Histopathology* 2000;36(2):109-15.
3. Amin W, Parwani AV. Adenomatoid tumor of testis. *Clin Med Pathol.* 2009;2:17-22.
4. Fabiani A1, Maurelli V, Filosa A, Fioretti F, Mammana G. Rare case of intra-testicular adenomatoid tumour. *Arch Ital Urol Androl* 2015;87(2):181-2.
5. Sangoi AR, McKenney JK, Schwartz EJ, Rouse RV, Longacre TA. Adenomatoid tumors of the female and male genital tracts: A clinicopathological and immunohistochemical study of 44 cases. *Mod Pathol.* 2009;22(9):1228-35.
6. Wachter DL, Wunsch PH, Hartmann A, Agaimy A. Adenomatoid tumors of the female and male genital tract. A comparative clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 47 cases emphasizing their site-specific morphologic diversity. *Virchows Arch* 2011;458(5):593-602.
7. Goode B, Joseph NM, Stevers M, Van Ziffle J, Onodera C, Talevich E, Grenert JP, Yeh I, Bastian BC, Phillips JJ, Garg K, Rabban JT, Zaloudek C, Solomon DA. Adenomatoid tumors of the male and female genital tract are defined by TRAF7 mutations that drive aberrant NF-kB pathway activation. *Mod Pathol* 2018;31(4):660-73.
8. Aganovic L, Cassidy F. Imaging of the scrotum. *Radiol Clin North Am* 2012;50(6):1145-65.
9. Sun AY, Polackwich AS, Sabanegh ES Jr. Adenomatoid tumor of the testis arising from the tunica albuginea. *Rev Urol* 2016;18(1):51-3.
10. Cavalie G, Bellier A, Marnas G, Boisson B, Robert Y, Rabattu PY, Chaffanjon P. Anatomy and histology of the scrotal ligament in adults: Inconsistency and variability of the gubernaculum testis. *Surg Radiol Anat* 2018;40(4):365-70.