

## İMMATÜR TERATOM VE KARACİĞER METASTAZI: OLGU SUNUMU

Dr. Yılmaz Dikmen<sup>1</sup>, Dr. Mustafa Coşan Terek<sup>1</sup>, Dr. Gülşah Selvi Demirtaş<sup>1</sup>,  
Dr. Ahmet Mete Ergenoğlu<sup>1</sup>, Dr. Aydın Özşaran<sup>1</sup>, Dr. Osman Zekioglu<sup>2</sup>

### ÖZET

İmmatür over teratomu nadir görülüp erken yaşlarda ortaya çıkan ve erken metastaz yapan germ hücreli tümördür. Saf olarak yada miks olarak germ hücrelerle birlikte bulunabilirler. İmmatüriteyi belirleyen nöral doku komponenti olup bu tümörlerin malign yayılımı direkt komşu organlara intraperitoneal yayılım yoluyla olmaktadır. Burada, sol overde saf immatür teratom ve karaciğer metastazi olan kemoterapi ve cerrahi ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İmmatür teratom, Karaciğer metastazi.

### ABSTRACT

Immature ovarian teratoma is a rare germ cell tumors occurring in early ages with early metastasis. It is found either in pure form or a component of mixed germ cell tumor. Immaturity is determined by neural tissue and spread of this tumors directly to the adjacent tissue by peritoneal spread. We present a case with left ovarian immature teratoma and hepatic metastasis and treated with combination of chemotherapy and surgery.

**Key Words:** Immature teratoma, Hepatic metastasis.

### GİRİŞ

Germ hücreli tümörler tüm over kanserlerinin %3'ünden azını oluşturur. Bu tümörler çocuklarda ve 30 yaş altında ortaya çıkarlar. İmmatür over teratomu disgerminom, endodermal sinüs tümöründen sonra üçüncü sıklıkla görülen germ hücreli tümördür. Bu tümörler matür teratomlardan ayırt edilmelidirler. Malign ve benign tümör ayrımı nöral ve glial hücrelerden oluşan nöroekdodermal komponent varlığıdır (1). Malign teratom sıklıkla tek taraflı olmakla birlikte %5 karşı taraf overde dermoid kist ile birlikte bulunurlar. İmmatür teratomlar tipik olarak matür kistik teratomlardan daha büyük boyutlara ulaşırlar. Matür kistik teratomlar benign lezyonlar olmakla birlikte

%1-2 oranında malign transformasyon riskleri bulunmaktadır.

İmmatür teratomun daha nadir rastlanması nedeniyle klinik ve radyolojik bulguları hakkında literatürde az sayıda yayın bulunmaktadır. İmmatür kistik teratomların matür kistik teratomlardan gelişip gelişmediği kesin olarak bilinmemektedir (2).

### OLGU

Olgumuz 39 yaşında olup dış merkeze ishal ve karında şişlik yakınması ile başvurmuş ve yapılan tetkiklerinde batında tümöral kitle saptanması üzerine kliniğimize yatırılmıştır. Virgo olan hastanın yapılan rektal tuşesinde umbilikusa kadar uzanan solid kitle

Geliş tarihi: 01/01/2011

Kabul tarihi: 15/01/2011

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

İletişim: Dr. Mustafa Coşan Terek

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İZMİR

E-posta: Mustafa.cosan.terek@ege.edu.tr

palpe edildi. Yapılan BT taramasında karın orta hattı dolduran pelvik bölgeden başlayarak suprapubik alana uzanım gösteren 20 cm çapında kalsifikasyon ve yağ dansiteleri içeren solid komplike kitle izlenmiştir ve ayrıca karaciğer 7. ve 8. segmentte ekstrahepatik subdiafragmatik alana uzanım gösteren 10 cm çapında heterojen dansite metastaz lehine yorumlanmıştır. Krukenberg tümör şüphesi ile üst ve alt gastrointestinal taraması yapılan hastanın taraması normal olarak bulunmuştur. Hastaya laparotomi ile sol salpingooferektomi ve cerrahi öncesi batın yıkama uygulandı. Batın gözleminde sol overden kaynaklanan 20 cm çapında içerisinde yağ dansiteleri içeren kitle saptandı ve batında yaklaşık 300 cc yağ parçacıkları içeren seröz sıvı izlendi. Sol over rüptüre edilmeden çıkarıldı. Materyal frozen patolojik incelemeye gönderildi. Frozen inceleme sonucu matür kistik teratom olarak geldi. Genel cerrahi konsültan hekimi tarafından cerrahi sırasında yapılan eksplorasyonda karaciğerde kitle saptanmadı. Hastanın kesin patolojik tanısının immatür teratom olarak gelmesi üzerine jinekolojik onkoloji konseyinde görüşülen olgunun 3 kür kemoterapi alması kararlaştırıldı. Tedavi sonrası AFP düzeyi 8 ng/mL'ye düştü. Konseyde tekrar görüşülen olguya 1 kür daha kemoterapi verilmesi ve PET tarama ile tekrar değerlendirilmesi önerildi. PET taramada karaciğerde 15 x 12 cm çapında kitlenin sebat etmesi üzerine genel cerrahi ile operasyon açısından görüşülmesine karar verildi. Genel cerrahi kliniğinde 6. ve 7 segment rezeksiyonu ve subdiyafragmatik tümör infiltrasyon alanlarının rezeksiyonu uygulandı. Batın gözleminde kitlenin karaciğer ile diafragma arasında kaldığı izlendi. Rezeke edilen parçanın patoloji sonucu teratom metastazı olarak gelmesi üzerine 4 kür VIP tedavisi verildi. Kemoterapi sonrası hastanın AFP ve diğer tümör markerleri normal bulundu.

## TARTIŞMA

Germ hücreli tümörler tüm over tümörtümörlerinin %3 ünden azını oluşturur. Bu tümörler çoğunlukla 30 yaş altında ortaya çıkarlar. Erken metastaz, sık tekrarlar ve yüksek mortalite özelliğine sahip tümörlerdir.

İmmatür teratom germ hücreli tümörler içerisinde en sık görülen 3. tümör olup tüm teratomların %3 ünü tüm malign teratomların ise %20'sini oluşturur-

lar. Saf olarak ya da miks germ hücreli tümörlerin komponenti olarak bulunabilirler (3). Matür teratomda ayırıcı en önemli özelliği içerdiği nöroektodermal komponentidir (1). Malign tümörler sıklıkla tek taraflı olurlar ve %5 oranında diğer overde dermoid kist ile birliklilik gösterirler. Bu tümörlerin malign yayılımı direkt komşu organlara intraperitoneal yayılım yoluyla olmaktadır. Spontan olarak operatif tümör kapsül rüptürü tümör hücrelerinin yayılımı açısından artmış risk oluşturur (4). Saf over immatür teratomunun karaciğere yayılımının olası nedenleri; periton difüzyonu ile ve nefes alıp verme sırasında tümör hücrelerini içeren sıvının subdiafragmatik alana doğru çekilmesi, tümör hücrelerinin kolaylıkla sağ diafragmatik alana yayılabilmeleri, tümör hücrelerinin lenfatik sistem yoluyla diafragmatik alana ulaşabilmeleri nedeniyle olabilir (5).

Qingbo ve arkadaşlarının(6) yayınladıkları bir çalışmada 1947 ve 1999 tarihleri arasında tespit edilen immatür teratomların karakteristik özelliklerini, hepatik metastazların tanı ve tedavisini belirtmişlerdir. Bu çalışmada 75 patolojik olarak immatür teratom tanısı konulmuş ve serum AFP değerleri normal olan hasta incelenmiş olup bu hastalardan 64'ünde saf immatür teratom mevcuttu ve 11 hasta miks germ hücreli tümör olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların 18 inde hepatik metastaz saptanmış olup bu hastaların yaş ortalamaları 24.8 bulunmuştur. Bizim olgumuz ise 39 yaşında olup karaciğer metastazı ile saptanmıştır. Olgumuzun cerrahi öncesi serum AFP değeri ise 681 ng/ml bulunmuştur ve tedavi sonrası normal düzeye inmiştir.

Hepatik metastazlar karaciğer fonksiyonlarını bozacak büyüklüğe erişip bası yapmadığı sürece bir belirti vermezler. Karaciğer metastazları ultrasonografi ve BT ile saptanabilirler de genellikle parankimal metastaz şeklinde ortaya çıkarlar. Bu tümörler genellikle parankimi infiltrate etmek yerine karaciğer yüzeyine implante olurlar. Karaciğerde tekrar tümörün ortaya çıkması periton metastazı olarak çıkmakta ve kan veya lenfatik yollarla olmamaktadır. Olgumuzda cerrahi öncesi yapılan batın BT incelemede karaciğer sol lob 6. ve 7. subsegment komşuluğunda ekstrahepatik subdiyafragmatik alana uzanım gösteren 10 cm boyutunda heteroekojen dansitede solid kitle içerisinde kistik alanlar ve noktasal yağ dansiteleri saptanmıştır. Karaciğerde parankimal metastazı ise sap-

tanmamıştır. İlk cerrahi işlem sırasında bu kitle karaciğer ile diafragma arasına yerleştiği için ayrı bir kitle olarak ortaya konamamıştır.

Saf immatür teratomların karaciğer metatazlarının tedavisi primer konservatif cerrahi ve sisplatin temelli kemoterapidir. Kemoterapi sonrası radyolojik olarak saptanan anormalliklerde tekrar cerrahi işlem gerekebilmektedir. Cerrahi olarak lezyonlar büyümeden, çoklu organ yetmezliği yapmadan ve malign transformasyon olmadan her evrede çıkarılmalıdır (7,8). Karaciğer metastazlarının genellikle yüzeysel olması nedeniyle intrahepatik arteriyel kateterizasyon ile kemoterapi infüzyonunun yapılması bu hastalarda yararlı değildir. Cerrahi sonrası grade 1 ve evre 1 hastalarda tahmin edilen tekrarlama riski %20 olup, evre 1 derece 2,3 tümörlerde ise %50-75'dir (9). Quingbo ve arkadaşlarının (6) çalışmasında 8 grade 0 hepatik metastazlı hastaya adjuvan kemoterapi verilmiş ancak bu hastalarda klinik olarak belirgin sonuçlar ortaya çıkmamıştır. Bu nedenle bu yayında bu tür hastalara kemoterapiye yanıtız olmaları nedeniyle kemoterapi önerilmemekte ve tekrarlayan cerrahi önerilmektedir.

Karaciğer metastazlı saf immatür teratomların kemoterapi ile tedavi öncesinde prognozları kötü idi. Çoklu ajan kemoterapisi bu hastalarda sağ kalma oranlarını belirgin arttırmıştır. 1984 yılında Lian ve arkadaşları (10) 10 immatür teratomlu ve karaciğer metatazlı olgunun %50 oranında cerrahi ile %50 sağ kalım oranı bildirmişlerdir. Quingbo ve arkadaşlarının (6) çalışmasında ise cerrahi oran %94.5 ve sağ kalım oranı ise %77.8 olarak belirtilmektedir. Bu göstermektedir ki erken cerrahi girişim karaciğer metastazlarında gereklidir. Bizim olgumuzda 4 kür kemoterapi sonrası karaciğerdeki metastatik kitleye yönelik cerrahi girişim uygulanmıştır.

Evre 1a grade 1 immatür teratomlu olgular tek taraflı salpingooferektomi ile güvenli bir şekilde ve kemoterapiye gerek kalmadan tedavi edilebilirler. Evre 1 derece 2, 3 immatür teratomlu olgular ise cerrahiye ek olarak 6 kür Bleomisin, Etoposid ve Sisplatin içeren kemoterapi verilmektedir (11). Diğer over ve uterus hastalık ile etkilenmediği sürece fertilitenin korunması mümkündür (12). Bizim olgumuzda da fertilitenin korunması için sol salpingooferektomi yapılmış sağ over ve uterus bırakılmıştır.

Sonuç olarak olgumuzun cerrahi öncesi BT'sinde solid kitle içerisinde kistik alanlar ve noktasal yağ dansiteleri olması, solid komponent ağırlıklı kitle olması, kitle lezyonun ileri boyutlara ulaşması (20 cm) ve hastanın genç yaşta olması nedeniyle ayırıcı tanıda immatür kistik teratomu düşünülmüştür. Yapılan salpingo-ooforektomi sonrası PET taramada karaciğerde kitle saptanmış ve olgu karaciğerdeki kitlenin çıkartılması için yeniden opere edilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Ulbrigh TM. Germ cell tumors of gonads: Aselective review amphasizing problems in differential diagnosis, newly appreciatedand controvevrsial issues. Mod Pat-hol 2005;18:61-79
2. Kido A, Togashi K, Konishi I, et al. Dermoid cysts of the ovary with malignant transformation:MR appearance. AJR Am J Roentgenol 1999;172:445-449
3. Gershenson DM,del Junco G, Silva EG,Copeland LJ, Wharton JT, Rutledge FN. Immature teratoma of the ovary.Obtet Gynecol 1986;68:624-629
4. Nogales FF,Jr, Favara BE, Major FJ, Silverberg SG. Immature teratoma of the ovary ith a neural component(solid teratoma) A clinicopathologic tudy of 20 cases. Hum pathol 1976;7:625-642
5. Lian LJ. Gynaecologic tumor. Beijing: People's Health Publiher; 1994;489-526
6. Qingbo F, Huifang H, Lijuan L. Characteritic, diagnosis and treatment of hepatic metatasis of pure immature ovarian teratoma. Chinese Medical Journal 2001;114:506-509
7. Culine S, Lhomme C, Kattan J, et al. Pure malignantimmature teratoma of the ovary:the role of chemotherapy and secondlook surgery. Int J Gynecol Cancer 1995;5:432-437.
8. Kattan J, Droz JP,Culine S, et al. The growing teratoma syndrome:aoman ith non-eminomatous germ cell tumor of the ovary. Gynecol Oncol 1993;49:395-399
9. Norris HJ, Zirkin HJ, Benson WL.Immature teratoma of the ovary. A clinicaland patholojic tudy of 58 cases. Cancer 1976;37:2359-2372
10. 1Lian LJ,Wu BZ, Tang MY, et al. Recurrence of immature teratoma in the liver and lung. Chin Med J 1986;99:551-554
11. Chow SN, Yang JH, Lin YH,et al. Malignant ovarian germ cell tumor. Int J Gynecol Obstet 1996;53:151-158
12. Huang HF.Treatmentof ovarian malignant germ cel tumor with the preservative surgery. Pract J Obstet Gynecol 1996;12:232-233