

# İNTRALİGAMENTER MYOMU TAKLİT EDEN OVARYAN WOLFFİAN TÜMÖR: NADİR GÖRÜLEN SOLİD BİR ADNEKSİYAL TÜMÖRÜ OLGUSU

Dr. Mete Gürol Uğur<sup>1</sup>, Dr. Ebru Öztürk<sup>1</sup>, Dr. Özcan Balat<sup>1</sup>, Dr. Ebru Dikensoy<sup>1</sup>, Dr. Abdullah Aydın<sup>2</sup>

## ÖZET

Ovaryan Wolffian tümör muhtemelen Wolffian (mezonefrik) kökenli ve oldukça nadir görülen bir neoplazmdır. Genelde benign davranışa sahip olmakla beraber düşük malign potansiyele sahip bir tümördür ve yıllar sonra bile rekürrens veya metastazlar olabildiği bildirilmiştir. Günümüzde ovaryan Wolffian tümörlerin tanısı morfolojik görünümüne dayanarak konulmaktadır. Tanısı karışabilen ve tedavi ile takipte farklı yaklaşımlar gerektirebilen tümörler nedeniyle ovaryan Wolffian tümörlerde ayırıcı tanının dikkatle yapılması ve muhtemel rekürrens veya metastazların bilinciyle olguların uzun süreli takibi çok önemlidir. Olgumuzdaki adneksiyal yerleşimli ama overin net olarak ayrı izlenebildiği çok nadir görülen bir Wolffian tümörünün klinik ve patolojik tanısının yanında, ayırıcı tanısı gözetilerek tartışılmasını sunmayı amaçladık.

*Anahtar kelimeler:* Wolffian; Tümör; Adneksiyal; Myom

## ABSTRACT

Wolffian tumor of the ovary is very rare and presumably originating from Wolffian (mesonephric) ducts. They generally behave in a benign fashion but they have a low malignant potential. There are reports concerning recurrence or metastasis decades after their surgery. Currently diagnosis of ovarian Wolffian tumors are made upon their morphologic appearance. A differential diagnosis is essential due to misdiagnosis of similar appearing tumors requiring different management options and follow-up. Long-term follow up should be done concerning the fear of recurrences or metastasis, which may occur after years. In this case report we aimed to present clinical and pathological features of an ovarian wolffian tumor with discussion concerning differential diagnosis.

*Key words:* Wolffian; Tumor; Adnexal; Myoma

## GİRİŞ

Ovaryan Wolffian tümör muhtemelen Wolffian (mezonefrik) kökenli ve oldukça nadir görülen bir neoplazmdır (1, 2). Çoğunlukla asemptomatik olup, bazı tümörler hormonal olarak aktif olabilmekte ve palpe edilecek kadar yeterince büyüdüklerinde veya pelvik ağrıya ve/veya abdominal distansiyona yol açtıklarında belirti verebilmektedirler. Bazen de başka pelvik patolojiler için uygulanan cerrahilerde karşılaşılabilen insidental bir tümördür. Genelde benign davranışa sahip olmakla beraber düşük malign potansiyele

sahip bir tümördür ve yıllar sonra bile rekürrens veya metastazlar olabildiği bildirilmiştir (3-5).

## OLGU

30 yaşındaki gravida ve paritesi 2 olan hasta kliniğe pelvik ağrı nedeniyle başvurdu. Yapılan pelvik muayenesinde sol adneksial alanda mobil ve sert kıvamda kitlesi saptandı. Ultrasonografide sol adneksiyal alanda over komşuluğunda ve sınırları overden çok net ayrılabilen 7X7 cm boyutlarında homojen ve solid görünümde intraligamenter myom olabileceği

Geliş tarihi: 17/10/2011

Kabul tarihi: 06/11/2011

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, GAZİANTEP

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, GAZİANTEP

İletişim: Dr. Mete Gürol Uğur

Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği, GAZİANTEP

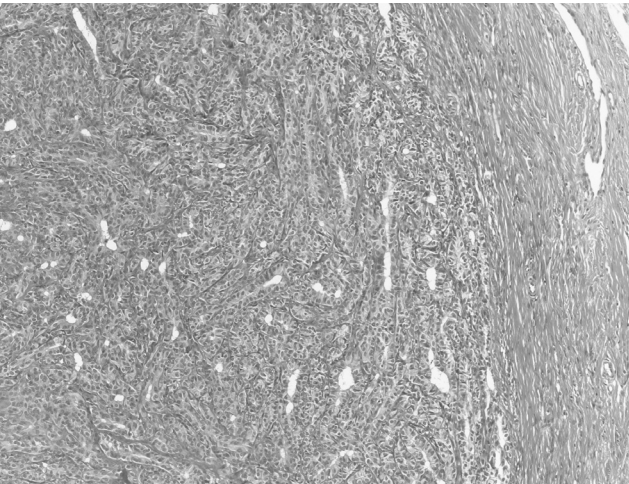
TEL: 0342 360 60 60

E-mail: metegurolugur@hotmail.com

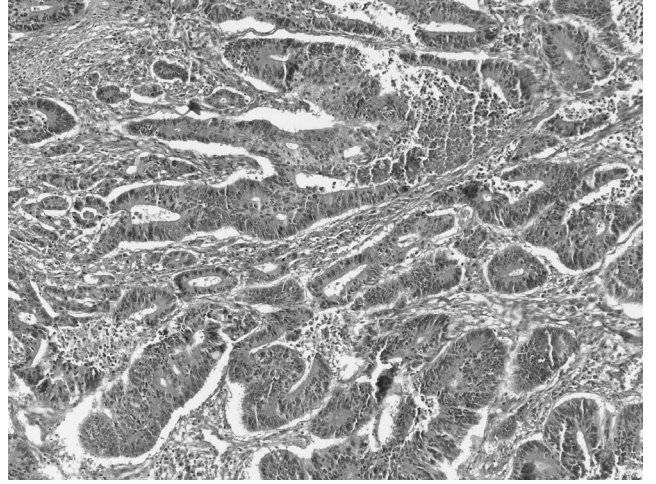
düşünülen kitle ve uterin fundusta 3x4 cm boyutlarında subseröz myoma uteri izlendi. Hastanın tam kan sayımı, biyokimyasal parametreleri, tümör belirteçleri ( $\beta$ -hCG:3 mIU/ml, CA-125: 23 U/ml, CA-19-9: 15.4 U/ml, AFP:1.8 ng/ml ve CEA: 5.1 ng/ml) normal seviyelerdeydi ve estradiol seviyesi siklusu ile uyumluydu. Şüpheli adneksiyal kitle nedeniyle hastaya eksploratif laparotomi uygulandı.

Intraoperatif gözlemede sol over normal olarak izlendi ve frozen inceleme sonucu seks-kord stromal tümör olabileceği bildirilince organ koruyucu yaklaşım benimsenerek mezovaryumdan köken alan 7X7 cm'lik kitle ile 4X3 cm'lik subseröz myom eksize edildi. Patolojik incelemede kesit yüzü sarı-turuncu renkli, solid yapıda olan ovaryan kitlenin histopatolojik incelemesinde sıkıca biraraya gelmiş tübüller ve elektrik benzeri yapı izlenmesi üzerine ovaryan wolffian tümör tanısı konuldu (Şekil 1). İmmünohistokimyasal belirteçler ile yapılan incelemede vimentin (+), aktin (+), kalretinin (+), pansitokeratin(+), EMA (+), CK7 (+), inhibin (-), S100(-) olarak değerlendirildi (Şekil 2). Kapsül intakt olan olguda pleomorfizm ve izole mitoz da mevcuttu.

Klinik takibinde herhangi bir sorun olmayan ve ek tedavi uygulanmayan hastada postoperatif 6. ve 12. ayında ek bulgu saptanmadı ve hasta hala sorunsuz olarak takip edilmektedir.



**Şekil 1**—Ovaryan Wolffian tümörde sıkıca bir arada düzenli ve düzensiz toplanmış az sitoplazmalı yuvarlak uniform nukleuslu küboidal hücrelerle döşeli tübüller (hematoksilin-eozin, orjinal büyütme x100).



**Şekil 2**—Wolffian tümörde tübül benzeri yapıları döşeyen küboidal epitelin kalretinin ile pozitif boyanması (Kalretinin, orjinal büyütme X 200).

## TARTIŞMA

İlk olarak 1973'te "muhtemelen Wolffian kökenli kadın adneksiyal tümörü" olarak tanımlanmasından bu yana çok az sayıda adneksiyal veya ovaryan Wolffian tümör bildirilmiştir (1, 6). Literatürdeki olguların yaşları 15 ile 83 yaş arasında değişmektedir (6). Bildirilen tümörlerin tümü unilateraldir ve çapları ortalama 12 cm'dir (1-25 cm arasında olgular mevcuttur) (7). Bizim olgumuz nispeten genç (30 yaş), küçük çapta (7cm) ve tek taraflıydı. Wolffian tümörler teorik olarak embriyolojide geliştiği düşünülen mezonefrik kanalların bulunduğu broad ligament yaprakları arasında, over hilumunda veya broad ligament ya da tuba uterinalarda saplı yapıda olabilir (2). Tümörün klinik bulguları irdelendiğinde, hastaların %53'ünde tanının insidental olarak konulduğu, en sık bulgunun batında/pelviste ağrı olduğu ve bunu sırasıyla batında şişkinlik, vajinal kanama, konstipasyon, sık idrara çıkma, kilo kaybı ve tenezmin takip ettiği rapor edilmiştir (2). Bizim olgumuzda da hastanın başvuru yakınması pelvik ağrıydı. Literatürdeki ovaryan Wolffian tümör olgularında serum tümör belirteçlerinde anlamlı bir artış bildirilmemiştir ve bizim olgumuzda da solid ve şüpheli adneksiyal kitle görünümü nedeniyle istenen tüm belirteçler ( $\beta$ -hCG, CA-125, CA-19-9, AFP ve CEA) normal seviyelerdeydi ve estradiol seviyesi siklusu ile uyumluydu (6). Ovaryan Wolffian tümörlerin günümüzdeki en etkin tedavisi total cerrahi rezeksiyondur. Biz de olgumuzda sadece adneksiyal kitleyi rezeke ettik.

Günümüzde ovaryan Wolffian tümörlerin tanısı morfolojik görünümüne dayanarak konulmaktadır. Bizim olgumuzda da gözleendiği üzere, olguların hemen hemen tümünde sıkıca bir arada toplanmış tübüller, elek benzeri bölgeler ve solid yapılar tanımlanmıştır (1, 4, 8). Ovaryan Wolffian tümörlerin patolojik tanısında zorluklar yaşanabilmektedir. Bazen heterojen morfolojik görünüm nedeniyle seks-kord stromal tümörlerden, adenomatoid tümörlerden ve adenokarsinomlardan ayrımı yapılması gerekebilmektedir. Bir çalışmada 25 konsültasyon vakasında görüşü alınan patoloğların sadece %17'si doğru tanıyı teyit etmiştir (9). Wolffian tümörler özellikle frozen inceleme sırasında yanlışlıkla adenokarsinom veya seks-kord stromal tümörlerle karıştırılabilirler. Bizim olgumuzda da benzer bir şüphe bildirilmiş ve kesin tanı parafin kesitlere ve immünohistokimyasal boyamalara bırakılmıştır. İmmünokimyasal çalışmaların da tanıdaki yeri tartışmalıdır ve bazen tanıya katkısının aksine komplike hale de getirebilmektedir. Örneğin tübüller yapıda pansitokeratin için güçlü bir immünreaktivite vardır ve bu durum adenokarsinomlarla karışabilir (9, 10). İnhibin için immün reaktivite ve nükleer olukların varlığı erişkin granuloza hücreli tümörünü andırabilir. Yine kalretinin ve vimentin hem Wolffian hem de erişkin granuloza hücreli tümörlerde pozitif saptanabilmektedir (9, 10). Bizim olgumuzda da immünohistokimyasal belirteçler vimentin (+), aktin (+), kalretinin (+), pansitokeratin (+), EMA (+), CK7 (+), inhibin (-), S100(-) şeklinde değerlendirildi.

Olguların çoğunda Wolffian tümörler benign bir natürde davranmakla beraber bazen yıllar sonrasında bile rekürrensler ve uzak metastazlar olabilmektedir (3, 4, 5, 11). Bir olguda tanıdan 16 yıl sonra kemoterapi ve tekrarlayan cerrahi eksizyonlara rağmen rekürrens bildirilmiştir (12). Böyle bir agresif davranışı öngörmede yüksek mitotik aktivite, belirgin selüler atipi ve nekrozun varlığının anlamlı olabileceği öne sürülmüştür (4, 13). Fakat bu kriterlere uymayan olgularda da malign davranış bildirilmiş ve olumsuz bir klinik gidişatı tanımlamak adına büyük tümör boyutu, artmış selülarite, kapsül invazyonu ve tümöral implantlar ile kapsül rüptürünün daha uygun olduğu bildirilmiştir (4). Olgumuzda kapsül intakt olmakla beraber pleomorfizm ve izole mitoz izlenmesi üzerine hastaya düşük malign potansiyel riski de gözetilerek 6 aylık periyotlarla takip önerildi. Ovaryan Wolf-

fian tümörlerin malign tiplerinin tedavisinde adjuvan kemoterapi ve radyoterapinin yeri halen tartışmalıdır ve mevcut kemoterapilere zayıf yanıt vermektedirler (14).

Tanısı karışabilen ve tedavi ile takipte farklı yaklaşımlar gerektirebilen tümörlerle nedeniyle ovaryan Wolffian tümörlerde ayırıcı tanının dikkatle yapılması ve yıllar sonra bile rekürrens ve metastazlar olabileceğinin bilinciyle olguların

uzun süreli takibi çok önemlidir. Adneksiyal yerleşimli ama overin net olarak ayrı izlenebildiği lezyonlarda Wolffian tümör tanısı ayırıcı tanıda mutlaka yer almalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kariminejad MH, Scully RE. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin: a distinctive pathologic entity. *Cancer*. 1973;31:671-677.
2. Acien P. Embryological observations on the female genital tract. *Hum Reprod* 1992;7:437 – 445.
3. Fanghong Li, Arpad Szallasi and Robert H. Young. Discussion of Unusual Problems in Differential Diagnosis, and Literature Review Wolffian Tumor of the Ovary With a Prominent Spindle Cell Component: Report of a Case With Brief Discussion of Unusual Problems in Differential Diagnosis, and Literature Review *Int J Surg Pathol* 2008;16: 222.
4. Sivridis E, Giatromanolaki A, Koutlaki N, Anastasiadis P. Malignant female adnexal tumor of probable Wolffian origin: criteria of malignancy. *Histopathol*. 2005;46:709-722.
5. Atallah D, Rouzier R, Voatsadakis I, et al. Malignant female adnexal tumor of probable Wolffian origin relapsing after pregnancy. *Gynecol Oncol*. 2004;95: 402-404.
6. Ramirez PT, Wolf JK, Malpica A, Deavers MT, Liu J, Broaddus R. Wolffian duct tumors: case reports and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2002;86:225-230.
7. Wagatsuma S, Yaegashi N, Namiki T, Sato S, Yajima A. A case of female adnexal tumor of probable Wolffian origin: histologically tumor cells showed three different patterns. *Tohoku J Exp Med*. 1997;181:371-377.
8. Sivathondan Y, Salm R, Hughesdon PE, Faccini JM. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin. *J Clin Pathol*. 1979;32:616-624.
9. Devoussaoux-Shisheboran M, Silver SA, Tavassoli FA. Wolffian adnexal tumor, so-called Female Adnexal Tumor of Probable Wolffian Origin (FATWO): immunohistochemical evidence in support of a Wolffian origin. *Human Pathol*. 1999;30:856-863.

10. Tiltman AJ, Allard U. Female adnexal tumors of probable Wolffian origin: an immunohistochemical study comparing tumors, mesonephric remnants and paramesonephric derivatives. *Histopathol.* 2001;38:237-242
11. Daya D. Malignant female adnexal tumor of probable Wolffian origin with review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 1994;118:310-312.
12. Brescia RJ, Cardoso PC, Fuller AF, Dickersin GR, Robboy SJ. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin with multiple recurrences over 16 years. *Cancer.* 1985;56:1456-1461.
13. Young RH, Scully RE. Ovarian tumors of probable Wolffian origin. A report of 11 cases. *Am J Surg Path.* 1983;7:125-135.
14. Steed H, Oza A, Chapman WB, Yaron M, De Petrillo D. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin: a clinicopathological case report and a possible new treatment. *Int J Gynecol Cancer.* 2004;14:546-550.