

GEBELİKTE OVARYEN İMMATÜR TERATOM

Dr. Müjdegül Zayıfoğlu Karaca, Dr. Oğuz Devrim Yardımcı, Dr. Eralp Başer, Dr. Cihan Toğrul,
Dr. Hatice Bayramoğlu, Dr. Tayfun Güngör

ÖZET

Gebelikte over tümörlerine oldukça nadir rastlanılmaktadır. Bu olgular, genellikle gebelik takibi sırasında yapılan ultrasonografide tespit edilirler. Gebelerin genellikle genç yaşta olmaları nedeniyle, malign ovaryen kitlelerin germ hücre kökenli olma ihtimali ileri yaş grubuna göre daha fazladır. Bu yazıda, tekiz bir gebelikte 16. haftada cerrahi tedavi uygulanan bir ovaryen immatür teratom olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebeler; Germ Hücreli Tümör; İmmatür Teratom.

ABSTRACT

Malignant ovarian tumors are rarely encountered during pregnancy. These cases generally present as adnexal masses, which are diagnosed during ultrasonographic examination. Due to the young age of these patients, malignant ovarian tumors are more frequently of germ cell origin comparing to older women. In this paper, we present a case of an ovarian immature teratoma, which was surgically treated in the 16th week of a singleton pregnancy.

Key Words: Pregnancy; Germ Cell Tumor; Immature Teratoma.

Giriş

Gebelikte ovaryen malignitelere çok nadir olarak rastlanılmaktadır. Daha önce yapılan araştırmalarda, gebelikteki over kanseri insidansının 1:10.000 ile 1:100.000 arasında değişim gösterdiği bildirilmiştir (1). Olguların yaklaşık %40'ı germ hücre kökenlidir. Germ hücreli tümörlerin bir alt tipi olan immatür teratom, tüm ovaryen malignitelerin yaklaşık %1'ini teşkil etmektedir (2). Bu yazıda, gebeliğin 16. haftasında tanı alan ve cerrahi tedavi uygulanan bir ovaryen immatür teratom olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Hastanemize karın ağrısı şikayetiyle başvuran 30 yaşında, 8 haftalık tekiz gebeliği bulunan bir kadında yapılan ultrasonografik incelemede sol adneksiyel alanda yaklaşık 20x10 cm'lik septalı semisolid kitle tespit edildi. Uterin kavitede tek canlı fetus tespit edildi. Fetal CRL (crown rump length) ölçümü 15mm olup yaklaşık 8 haftalık gebelikte uyumlu idi. Batında asit mayii saptanmadı. Kitlenin Doppler incelemesinde, rezistans indeksi (RI) 0.40 olan akım saptandı. Fizik muayenede karında kitleye bağlı şişlik dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Serum tümör belirteci

Geliş tarihi: 29/08/2012

Kabul tarihi: 17/09/2012

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Ankara

İletişim: Dr. Eralp Başer

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Ankara

Tel: 0312 306 53 04

E-Posta: eralpbaser@gmail.com

düzeylerinden CA125: 132.5 IU/ml, CA 19-9: 298.7 IU/ml, Alfa-fetoprotein (AFP): 52.6 IU/ml olarak belirlendi. CA 15-3 ve CEA düzeyleri, tam kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri normaldi.

Hasta jinekolojik onkoloji bölümüne konsülte edildi. Hastanın bilgilendirilmesini takiben, gebeliğin 14. haftasından sonra eksploratif laparotomi yapılmasına karar verildi. Gebeliğin 12. haftasında hasta yeniden değerlendirildi. Ultrasonografide adneksiyel kitlenin çapında bir değişiklik olmadığı görüldü. İlk trimester trizomi taraması yapıldı, sonucunda Down sendromu için yüksek risk saptanmadı. Gebeliğin 16. haftasında tekrar obstetrik muayene yapıldı. Gebeliğin haftasıyla uyumlu olarak normal gelişim gösterdiği izlendi. Yapılan preoperatif hazırlıkları takiben tanısal laparotomi uygulandı. Batın yıkama sitolojisi alındı. Eksplorasyonda, sol overden kaynaklanan yaklaşık 20 cm kitle tespit edildi (Şekil 1). Sağ over ve peritoneal yapılar normaldi. Sol salpingo-ooforektomi yapıldı. Kitlenin frozen patolojik incelemesinde yüksek ihtimalle germ hücre kökenli olan bir malignite olduğu bildirildi. Bunun üzerine, total omentek-

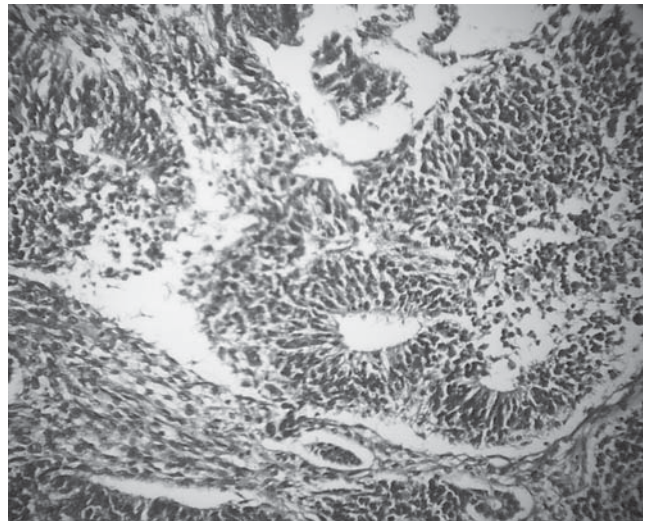


Şekil 1

tomi, bilateral pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu, apendektomi uygulanarak operasyon sonlandırıldı. Takibinde herhangi bir komplikasyon olmayan hasta postoperatif 5.günde hastaneden taburcu edildi. Nihai patolojik inceleme sonucunda, sol overdeki kitle grade 2 ovaryen immatür teratom olarak rapor edildi (Şekil 2). Pelvik-paraaortik lenf nodları, omentum, apendiks ve batın yıkama sitolojisinde malign hücreye rastlanmadı. Bu bulgular ışığında tümörün cerrahi evresi FIGO Ia olarak belirlendi. Medikal onkoloji bölümüne danışılan hastaya, tümör derecesinin 2 olması nedeniyle gebelik sırasında 3 kür adjuvan kemoterapi uygulanması önerildi (Bleomisin, etoposid, sisplatin-BEP).

TARTIŞMA

Gebelikte malign adneksiyel kitlelere çok nadir olarak rastlanılmakta, ve bu olgular klinisyenler için oldukça zorlayıcı olabilmektedir (3). Gebelerde over kanserinin optimal yönetimi tartışmalı bir konu olmakla birlikte, konservatif cerrahi yaklaşımla olumlu maternel ve fetal sonuçlar bildiren yayınlar mevcuttur (2). Gebelikte saptanan over kanseri olgularının çoğu erken evrede karşımıza çıkar(4). Gebelikte belirlenen adneksiyel kitlelerin ancak %6'sı maligndir(5). Bunların da %49-75'i epitelyal, %6-40'ı germ hücreli, %9-16'sı seks kord-stromal tümörlerdir(5). Bu tümörlerin tanısında en etkili araç ultrasonografidir (6). Erken tanı sayesinde, bu olgularda konservatif yaklaşım



Şekil 2

mümkün olmaktadır(6). Gebelikteki evreleme ve debulking prensipleri, gebe olmayan kadınlarla aynıdır (3). Cerrahi tedavi mümkünse, gebeliğin zarar görme ihtimalinin en az olduğu ikinci trimestere kadar ertelenmelidir(7).

Overde malign germ hücreli tümör tespit edilen genç kadınlar, fertilitate koruyucu cerrahi açısından uygun olgulardır (8,9). Diğer germ hücreli tümörler gibi, ovaryen immatür teratomlar sıklıkla genç hastalarda ortaya çıkmakta, ancak gebelikte oldukça nadir görülmektedirler (9). Bu tümörler her üç germ hücre yaprağından (endoderm, mezoderm, ektoderm) kaynaklanabilen, matür teratomdan farklı olarak immatür ve embriyonel komponentler içeren neoplazilerdir (10). Histolojik dereceleri 1 ile 3 arasında olup, bu sınıflama selüler immatüritenin derecesi ve oranına göre yapılmaktadır. Tümörderecesi, olguların prognozu ile yakından ilişkilidir (11). Grade 2 -3 ve FIGO evresi Ia'dan ileri olan olgulara adjuvan kemoterapi uygulanması önerilmektedir (12). FIGO evresi Ia ve grade 1 olgularda cerrahi tedavi yeterlidir (13). Sunduğumuz olguda tümör grade 2 olduğundan, adjuvan kemoterapi verilmesi planlanmıştır.

Gebelikte tümör belirteçlerinin düzeyleri değişkenlik göstermektedir (14). Olgumuzdaki CA 125 ve AFP düzeylerindeki yükseklik gebeliğe veya overdeki kitleye bağlı olabilir. Bu olgularda postoperatif belirteç düzeyleri takip edilmeli, eğer cerrahi sonrası düşme varsa takipte kullanılmalıdır. Daha önce yapılan çalışmalarda CA19-9 düzeylerinin teratomlarda yüksek olabildiği bildirilmişse de, bu belirtecin ayırıcı özellikleri kısıtlıdır (15).

Özetle, gebelikte over kanseri nadir olarak karşımıza çıkan bir durumdur. Genellikle erken evrede tespit edilen bu olgularda, maternal ve fetal sonuçlar olumlu olmaktadır. Bu olgulara optimal yaklaşım net olmamakla birlikte, bu konuda gelecekte yapılacak daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Pavlidis NA (2002) Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist* 7 (4):279-287
2. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA (1996) Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 51 (2):125-134
3. Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, Beijnen J, Lagae L, Hanssens M, Heyns L, Lannoo L, Ottevanger NP, Vanden Bogaert W, Ungar L, Vergote I, du Bois A (2009) Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer* 19 Suppl 1:S1-12. doi:10.1111/IGC.0b013e3181a1d0ec
4. Zhao XY, Huang HF, Lian LJ, Lang JH (2006) Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 16 (1):8-15. doi:10.1111/j.1525-1438.2006.00422.x
5. Giuntoli RL, 2nd, Vang RS, Bristow RE (2006) Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 49 (3):492-505
6. Goff B, Paley P, Koh W, al. e (2000) Cancer in the pregnant patient. . In: Hoskins W, Perez C, Young R (eds) *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 501-528
7. Tewari K (2007) Cancer in pregnancy. In: DiSaia P, Creasman W (eds) *Clinical Gynecologic Oncology*. 7th edn. Mosby Elsevier, Philadelphia,
8. Zanetta G, Bonazzi C, Cantu M, Binidagger S, Locatelli A, Bratina G, Mangioni C (2001) Survival and reproductive function after treatment of malignant germ cell ovarian tumors. *J Clin Oncol* 19 (4):1015-1020
9. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH (2006) Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol* 101 (2):315-321. doi:10.1016/j.ygyno.2005.10.022
10. Deodhar KK, Suryawanshi P, Shah M, Rekhi B, Chinoy RF (2011) Immature teratoma of the ovary: a clinicopathological study of 28 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 54 (4):730-735. doi:10.4103/0377-4929.91508
11. Friedlander M, Hacker N (2010). In: Berek J, Hacker N (eds) *Berek and Hacker's Gynecologic Oncology*. 5th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p 518
12. Dark GG, Bower M, Newlands ES, Paradinas F, Rustin GJ (1997) Surveillance policy for stage I ovarian germ cell tumors. *J Clin Oncol* 15 (2):620-624
13. Gershenson DM, del Junco G, Silva EG, Copeland LJ, Wharton JT, Rutledge FN (1986) Immature teratoma of the ovary. *Obstet Gynecol* 68 (5):624-629
14. Aggarwal P, Kehoe S (2011) Ovarian tumours in pregnancy: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 155 (2):119-124. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.11.023
15. Dede M, Gungor S, Yenen MC, Alanbay I, Duru NK, Hasimi A (2006) CA19-9 may have clinical significance in mature cystic teratomas of the ovary. *Int J Gynecol Cancer* 16 (1):189-193. doi:10.1111/j.1525-1438.2006.00284.x