

STRUMA OVARIİ'DE TİROİD PAPİLLER KANSER: OLGU SUNUMU

Dr. Zeynep Bağlan¹, Dr. Gülşah Selvi Demirtaş¹, Dr. Murat Ulukuş¹,
Dr. Osman Zekioğlu², Dr. Hüseyin Yılmaz¹

ÖZET

Amaç: Struma ovarii overin nadir görülen tümörlerindedir. Tanısı genellikle postoperatif koyulur. Burada struma ovarii zemininde tiroid papiller karsinom gelişen bir vakanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Olgu; 56 yaşında, Gravida: 6, Parite: 6, vajinal kanama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ultrasonografi incelemesinde sağ overden kaynaklanan 85x61 mm çapında solid ve kistik komponentler içeren adneksial kitle tespit edildi. Tümör markerleri normaldi. Yapılan laparotomide, eksplorasyonda sağ adneksial kaynaklı düzensiz sınırlı, solid-kistik komponentli yaklaşık 7-8 cm çapında kitle tespit edildi. Frozen inceleme benign olarak rapor edildi. Kesin histopatolojik değerlendirmede struma ovarii zemininde tiroid papiller karsinom odağı tespit edildi.

Sonuç: Struma ovarii nadir görülen bir durumdur. Preoperatif tanısı genelde imkansızdır. Bu çalışmada struma ovarii zemininde gelişen tiroid papiller karsinom vakası sunuldu ve literatür ışığı altında tanı ve tedavi prosedürleri tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Struma Ovarii; Tiroid Papiller Kanser.

ABSTRACT

Objective: Struma ovarii is a medical rarity and diagnosis is generally done postoperatively. We herein report a struma ovarii case which has malign transformation as a thyroid papillary carcinoma and has been discussed considering the literature.

Case Report: Case, 56 years old, gravida:6, parite:6, was admitted to our clinic with vaginal bleeding. The ultrasonography revealed a right adnexial mass probably originating from the right ovary, measuring 85 X 61 mm and having both solid and cystic components. Tumor markers were normal. The patient underwent laparotomy. During exploration, it was seen that right ovary was enlarged forming a 7-8 cm mass. Frozen section was reported as benign. Final histopathologic evaluation showed a foci of thyroid papillary carcinoma in the struma ovarii.

Conclusion: Struma ovarii is a medical rarity and preoperative diagnosis is generally impossible. We herein report a struma ovary case and discuss diagnosis and treatment procedures under the light of literature.

Keywords: Struma Ovarii; Papillary Thyroid Cancer.

GİRİŞ

Germ hücreli tümörler tüm over tümörlerinin %15-20'sini oluşturur (1,2).

Struma ovarii özel bir germ hücreli tümör olup ilk kez 1895 yılında Van Kalden ve 1899 yılında Gattschalk tarafından tanımlanmıştır (3). Tüm over tümörlerinin %0.3 -1'ini, germ hücreli tümörlerin %2'sini oluşturur ve bu vakaların %5-10 kadarı maligndir (4). Struma ovarii olarak tanımlanabilmesi için over do-

kusunda tiroid dokusunun %50'sinden fazlasının bulunması gerekir (5,6,7,8). En sık 5. dekatta görülür (5,7,9).

Struma ovarii asemptomatik olabileceği gibi pelvik ve abdominal ağrı ile de kendisini gösterebilir. Hastaların yaklaşık %5-8'inde klinik hipertiroidizm mevcuttur (10). Malign struma ovarii nadiren metastaz yapar. Tanı genellikle postoperatif dönemde histopatolojik olarak konur. Nadir görülmesi nedeniyle özel-

Geliş tarihi: 24/01/2012

Kabul tarihi: 09/02/2012

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

İletişim: Dr. Murat Ulukuş

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Bornova, İzmir

E-Posta: murat.ulukus@ege.edu.tr

likle malign struma ovarii ile ilgili tanı ve tedavi stratejileri net olarak belirlenmemiştir.

Bu çalışmada struma ovarii zemininde gelişen tiroid papiller karsinom olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde incelenmiştir.

OLGU SUNUMU

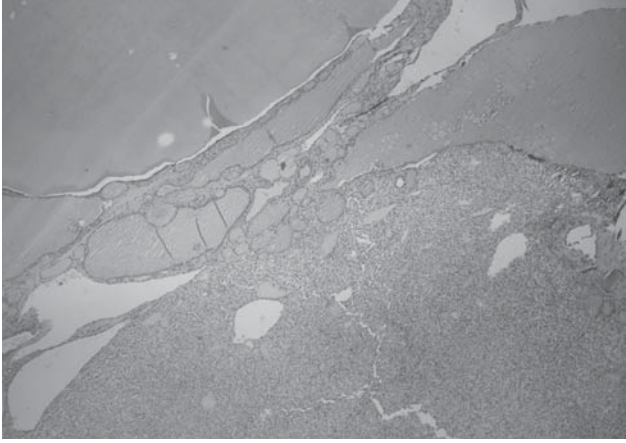
Olgu 56 yaşında, gravida:6, parite:6, vajinal kanama şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Pelvik muayene ile sağ adneksiyal kitle tesbit edildi. Ultrason incelemesinde sağ adneksiyel alanda, sağ overle ilişkili kistik ve solid yapılar içeren 85 x 61 mm boyutlarında bir kitle tesbit edildi. Tümör belirteçleri (CA 125:31,5 U/mL, CA19. 9:1,88 U/mL, CA 15. 3:16,97 U/mL, CEA:2,62 ng/mL, AFP:3,54 ng/mL, β HCG:3,2 mIU/mL) normal sınırlar içerisindeydi. Öz ve soy geçmişinde herhangi bir kanser öyküsü yoktu. Multinoduler guatr nedeniyle geçirilmiş tiroid operasyonu olan oğunun tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Rutin preoperatif hazırlığı takiben laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda sağ overin 80x70 mm'lik bir kitle oluşturacak şekilde büyüdüğü izlendi. Diğer pelvik dokularla kitle arasında adezyon yoktu. Uterus, tubalar ve sol over normaldi. Sağ salpingoofektomi yapıldı. Yapılan frozen incelemesinin benign olarak rapor edilmesi üzerine sol adneks dahil histerektomi yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif histopatolojik değerlendirmede struma ovarii zemininde 0,5 cm tiroid papiller karsinom odağı tesbit edildi. Tümör kapsülünde invazyon tebit edilmedi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

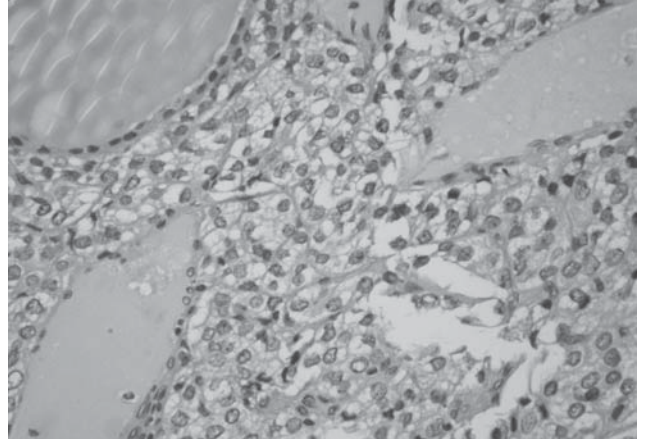
Struma ovarii overlerin monodermal bir tümördür ve büyük miktarlarda tiroid dokusu içerir. Tüm germ hücreli tümörlerin %2'sini oluşturur (11). Genellikle reproduktif dönemde görülür. Struma ovarii vakalarının %5-10'u maligndir (12). İnsidans yaşla birlikte artmaktadır. Genellikle tek taraflı kitleler olarak izlenirler ve çok küçük boyutlardan 10 cm çapa kadar değişebilen büyüklüklerde olabilirler (8). Vakaların %10'unda tümör bilateraldir(4). Birçok malign struma ovarii vakasının hipertiroidizm yaptığı gözlenmiştir. Vakaların yaklaşık %5'inde tirotoksikoz belirti ve bulguları vardır. Asit vakaların üçte birinde ortaya çıkar (13). Literatürde struma ovarii rezeksiyo-

nu sonrası ortaya çıkan bir hipotiroidizm vakası da yayınlanmıştır (7). Bizim sunduğumuz olguda tümör tek taraflı yerleşim göstermekteydi. Struma ovaride genellikle preoperatif tanı ve/veya benign-malign ayırımı yapılamaz. Vakaların %5-8'inde ortaya çıkan hipertiroidizm preoperatif tanıya yardımcı olabilir (10). Ayrıca ultrason incelemesinde solid görümlü bir teratom izlendiğinde struma ovarii tanısı akla gelmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi tanı hemen her zaman bir overyan kitle nedeniyle yapılan operasyon sonrası postoperatif dönemde konulur. Olgumuzda olduğu gibi malign dokunun fokal yerleşimi nedeniyle malign struma ovarii tanısı genellikle frozen incelemeleriyle konulamaz(10). Bazı malign struma ovarii vakaları da benzer nedenle

yanlışlıkla benign tanısı alırlar (7). Struma ovaride tiroid karsinomunun en sık rastlanan histopatolojik tipi papiller karsinom olup (%44) bunu foliküler karsinom (%30), üçüncü olarak papiller karsinomun foliküler varyantı (%26) izler (10). Malign struma ovarii vakalarının büyük çoğunluğu pelvik kitle (%45) ve karın ağrısı (%40) şikayetiyle başvururlar. Hastaların %9'unda adet düzensizliği ve yaklaşık %5'inde hipertiroidizm görülür. Olgumuzun başvuru şikayeti vajinal kanama idi. Malign struma ovarii vakalarının yaklaşık olarak %5'inde metastaz izlenir ve bunlar genellikle intraabdominal metastazlardır (14). Tümör bölgesel lenfatiklerle pelvik ve paraaortik lenf nodlarına, direk yayılımla omentuma, peritoneal kaviteye, karşı overe, hematolojik yayılım yoluyla da kemik, akciğer, karaciğer ve beyine yayılım gösterir (1,5,7,15,16). Operasyon gerektiren matür kistik teratomlar, sadece kistektomi veya oofektomi ile tedavi edilebilirler. Malign struma ovarininin tedavisi için halen ortaya konulmuş net stratejiler yoktur. Bu durum, tümörün nadir görülmesinden ve benign-malign ayırımının yapılmasındaki güçlükten kaynaklanmaktadır (17). Çocuk sayısını tamamlamış postmenapozal kadınlarda total abdominal histerektomiyle birlikte bilateral salpingoofektomi ve omentektomi tercih edilir. Fertilitenin korunması arzulandığında ve kapsül invazyon ile gros metastaz izlenmediğinde tek taraflı oofektomi yapılabilir. Malign struma ovarii tanısı operasyon sırasında konulduğunda peritoneal yıkama ve lenf nodu örneklemeyle tam bir evreleme yapılmalıdır. Malign struma ovarii tanısı genellikle postoperatif dönemde konulduğu için adjuvan terapiye ihtiyaç duyulabilir(10). Malign transformasyon gösteren olgular genellikle lokal invazyon gösterir, kapsül dışına yayı-



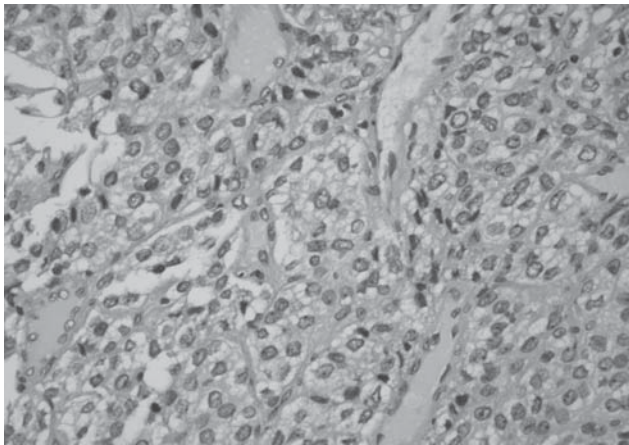
Şekil 1–Hematoksilen eozin (genel görünüm).



Şekil 3–Hematoksilen eozin (tiroid follikülleri ve tümör hücreleri).

lim prognozu olumsuz yönde etkiler. Olgumuzda kapsül dışına yayılım izlenmemiştir.

Malign struma ovarii tanısı postoperatif dönemde konulduktan sonra metastaz taraması yapılmalıdır. Iyot 131 ve serum tiroglobulin düzeyleri ile olgu izlenmelidir. Rezidüel malign hastalık varlığında total tiroidektomi işlemini takiben I 131 ile radyoablasyondan oluşan adjuvan terapi yapılmalıdır(18,19). Malign struma ovarii olgumuzda frozen benign olarak rapor edildiği, eksplorasyon normal olduğu ve metastaz düşündürülen herhangi bir intraabdominal lezyon izlenmediğinden sadece total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılmıştır. Evreleme cerrahisi yapılmamıştır. En az on yıl boyunca tiroglobulin düzeylerinin ölçümü ile yakın takip yapılmalıdır (10).



Şekil 2–Hematoksilen eozin (Nükleer brraklaşma gösteren tümör hücreleri)

KAYNAKLAR

1. Willemse PHB, Oosterhuis JW, Aalders JG, Piers DA, Sleijfer DT, Vermey A, Doorenbos H. Malignant struma ovarii treated by ovariectomy, thyroidectomy, and I-131 administration. *Cancer* 1987;60:178–82.
2. Kabukcuoglu F, Baksu A, Yilmaz B, Aktumen A, Evren I. Malignant struma ovarii. *Pathol Oncol Res* 2002;8:145–7.
3. Dardik RB, Dardik M, Westra W, Montz F. Malignant struma ovarii: two case reports and a review of the literature. *Gynecol Oncol* 1999;73:447–51.
4. Checrallah A, Medlej R, Saade C, Khayat G, Halaby G. Malignant struma ovarii: an unusual presentation. *Thyroid* 2001;11:889–92.
5. Berghella V, Ngadiman S, Rosenberg H, Hoda S, Zuna R. Malignant struma ovarii. A case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 1997;42:68–72.
6. Kabukcuoglu F, Baksu A, Yilmaz B, Aktumen A, Evren I. Malignant struma ovarii. *Pathol Oncol Res* 2002;8:145–7.
7. Ayhan A, Yanik F, Tuncer R, Tuncer ZS, Ruacan S. Struma ovarii. *Int J Gynaecol Obstet*. 1993:143-6.
8. Carvalho JP, Carvalho FM, Lima de Oliveira FF, Asato de Camargo RY. Hypothyroidism following struma ovarii tumor resection: a case report. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2002;57:112-4.
9. Rosenblum N, LiVolsi V, Edmonds P, Mikuta J. Malignant struma ovarii. *Gynecol Oncol* 1989;32: 224–22
10. Makani S, Kim W, Gaba AR. Struma Ovarii with a focus of papillary thyroid cancer: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2004; 94:835-9.
11. Rotman-Pikielny P, Reynolds JC, Barker WC. Recombinant human thyrotropin for the diagnosis and treat-

- ment of a highly functional metastatic struma ovarii. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:237-44.
12. Zakhem A, Aftimos G, Kreidy R, Salem P. Malignant struma ovarii: report of two cases and selected review of the literature. *J Surg Oncol* 1990; 43:61-5.
 13. Rosenblum N, LiVolsi V, Edmonds P, Mikuta J, Malignant struma ovarii. *Gynecol Oncol* 1989;32: 224-22
 14. McDougall I, Krasne D, Hanbey J, Collins J, Metastatic malignant Struma Ovarii presenting as paraparesis from a spinal metastasis. *Med* 1989; 30:407.
 15. Chan S, Farrell S, Metastatic thyroid carcinoma in the presence of struma ovarii. *Med J* 2001;175:373-4.
 16. Young R, New and unusual aspects of ovarian germ cell tumors. *Am J Surg Pathol* 1993;17: 1210-24.
 17. Woodruff J, Rauh J, Markley R. Ovarian Struma. *Obstet Gynecol* 1966; 27:194-202.
 18. O'Connell M, Fisher C, Harmer C. Malignant Struma Ovarii: presentation and management. *Br. J. Radiol* 1990; 63:360-3.
 19. DeSimone C, Lele S, Modesitt S, Malignant Struma Ovarii: a case report and analysis of cases reported in the literature with focus on survival and I131 therapy. *Gynecol Oncol* 2003;89:543-8.