

MEDIASTİNAL İMMATÜR TERATOM: OLGU SUNUMU

MEDIASTİNAL IMMATURE TERATOMA: CASE REPORT

Zühre SARP TAYMAZ¹ **Ahmet Emin ERBAYCU**¹ **Fevziye TUKSAVUL**¹
Salih Z. GÜÇLÜ¹ **Mehmet GÜLPEK**¹ **Kenan Can CEYLAN**² **Nur YÜCEL**³

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

¹Göğüs Hastalıkları Kliniği, ²Göğüs Cerrahisi Kliniği, ³Patoloji Bölümü

Anahtar sözcükler: İmmatür teratom, mediasten tümörü

Key words: Immature teratoma, mediastinal tumor

ÖZET

Mediasten tümörlerinin büyük bölümü benign olsa da ön kompartmandaki kitlelerin malign olma olasılığı daha fazladır. Kırkdokuz yaşında erkek hasta göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde ön mediasteni dolduran, içinde nekroz alanları ve kalsifikasyon içeren kitle lezyonu izlendi. Tanı ve tedavi amaçlı torakotomide çevre dokulara invazyonu nedeniyle unrezektabl immatür teratom teşhis edildi. Dört yıllık takip sonrasında kitle lezyonunun regrese olduğu ve belirgin bir semptom olmadan sebat ettiği görüldü.

GİRİŞ

Mediasten tümörleri çok geniş ve farklı hastalık durumlarını içerir. Kitlenin yerleşimi ve içeriği ayırıcı tanıda önemlidir. Mediasten tümörlerinin üçte ikisinden fazlası benign olsa da ön kompartmandaki kitlelerin malign olma olasılığı daha fazladır. Ön mediasten yerleşimli en sık nedenler timoma, teratom, tiroid hastalığı ve lenfomadır (1).

Bu yazıda, ön mediasten yerleşimli, immatür teratom tanısı almış ve dört yıl izlenmiş bir olgu sunulmaktadır.

SUMMARY

Although major part of the mediastinal tumors are benign, masses those localized on anterior compartment have higher possibility to be malignant. A 49 yearsold man admitted to hospital with chest pain. A mass was detected in thorax computed tomography, that filling anterior mediastinum and containing necrotic fields and calcification. Unresectable immature teratoma was diagnosed with its invasion to surrounding tissues in thoracotomy that was performed for diagnosis and treatment. After a four year follow-up, it was seen that mass lesion showed a regression and was still present without any symptom.

OLGU

Kırk dokuz yaşında erkek hasta göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Üç yıl önce başka bir merkezde açık akciğer biopsisi ile non-spesifik interstisyel pnömoni tanısı konulmuş. Otuz paket yılı sigara öyküsü tanımlıyordu. Annede hipertansiyon mevcuttu, baba karaciğer sirozu nedeniyle vefat etmişti.

Genel durumu iyi, vital bulguları, solunum sistemi ve diğer sistem bakıları olağandı.

Akciğer radyogramında sol paramediastinal alanda homojen dansite artışı mevcuttu.

Toraks bilgi sayarlı tomografisinde (BT)'de ön mediasteni dolduran, mediasten yapılarından sınırları net ayırlamayan, içinde nekroz alanları ve kalsifikasyon içeren kitle lezyonu izlendi (Resim 1).

Lökosit: 10900/mm³, hemoglobin: 15.2 gr/dl, sedimentasyon: 20 mm/saat, rutin biyokimyasal tetkikleri olağan idi. Solunum fonksiyon testlerinde FVC: 3.18 litre (%86), FEV-1: 2.50 litre (%82) FEV-1/FVC: 78 (%100) idi. Tüm batin ultrasonografisi normaldi.

Bronkoskopide sol ana bronş mukozası ileri derecede frajil ve ödemli, üst lob apikoposterior segment girişinde üzeri beyaz vejetan kitle mevcuttu. Aşırı kanama eğilimi nedeniyle doku biopsisi alınamadı, fırça biopsi ve bronş aspirasyonu sitolojisi benign idi.

Tanı ve tedavi amaçlı sol anterolateral torakotomide anterior mediasten kökenli tümörün üst lobu invazyonla tamamen işgal ettiği, lingula da dahil olmak üzere üst lobun tamamen konsolide bir hal aldığı izlendi. Fissür diseksiyonunda tümörün alt lobu invaze ettiği saptandı. Aortiko-pulmoner pencerede tümöral kitle nedeniyle pulmoner arter diseke edilemedi. Tümörün perikarda sıkı yapışıklık göstermesi nedeni ile peri-



Resim 1. Toraks BT'de ön mediasteni dolduran, mediasten yapılarından sınırları net ayırlamayan, içinde nekroz alanları ve kalsifikasyon içeren kitle lezyonu görüldü.



Resim 2. Dört yıl sonra çekilen toraks BT'de kitle lezyonunda regresyon olduğu ve aortiko-pulmoner pencereye olan invaziv uzanımının devam ettiği görüldü.

kard açıldığında pulmoner arterin intraperikardial olarak invaze olduğu izlendi. Kitleden insizyonel biyopsi yapıldığında içinde nekrotik, kötü kokulu materyal ve bol miktarda kılın bulunduğu gözlemlendi. Biyopsinin histopatolojik incelemesi sonucunda "immatür teratom" rapor edildi. Olgu "unrezektabl" olarak değerlendirilerek takibe alındı.

Dört yıl düzenli izlenen hastanın yeni toraks BT'sinde kitlenin regrese olduğu, ancak aortikopulmoner pencereye olan invaziv uzanımının devam ettiği görüldü (Resim 2).

TARTIŞMA

Mediastinal germ hücreli tümörler morfolojik özelliklerine göre şu şekilde sınıflandırılır: 1. Teratomatöz tümörler, 2. Seminomlar (disgerminomlar), 3. Non-seminomatöz / non-teratomatöz tümörler (yolk sak tümörleri, embriyonal karsinomlar, koriyo-karsinomlar), 4. Kombine teratomatöz tümörler (7,8). Mediastinal germ hücreli tümörlerin en sık görüleni, en az üç primitif germ tabakasının ikisinden kaynaklı doku içeren benign teratomlardır. Ektodermal dokular sıklıkla saç, kıl, ter bezleri, diş ve benzeri dokular içerir. Mezodermal dokular yağ,

kıkırdak, kemik ve düz kas, endodermal yapılar ise solunum ve barsak epiteli gibi dokuları içerir. Mediastinal teratomların çoğunluğu matür teratom yapılarıdır. Eğer bir teratom fetal doku veya nöroendokrin doku içerir ise, immatür ve malign olarak tanımlanır (2,3).

Moran ve Suster'in serisinde 1-79 yaş (ortalama 40 yaş) arası 322 olgunun sadece ikisi kadın iken 320'si erkekti. Olguların %43'ünde teratom, %37'sinde seminom, %16'sında non-seminomatöz / non-teratomatöz tümörler ve %4'ünde kombine teratomatöz tümörler teşhis edildi (8).

Davis ve ark. (6)'nın çalışmasında benign mediastinal neoplazmi olan olgularda tanı anında semptom varlığı yüzdesi %46 bulunmuştur. Semptomlar başta öksürük olmak üzere, göğüs ağrısı, ateş/titre ve nefes darlığıdır. Hastamızda tek semptom göğüs ağrısıdır. Dört yıllık bir takip sürecinde de başka bir yakınması ortaya çıkmamıştır.

Radyolojik olarak keskin sınırlı, düzgün veya lobüle konturlu dururlar. Periferik kalsifikasyon ve nadiren diş veya kemik dokusu görülebilir (5).

Bilgisayarlı tomografi incelemesi mediastinal kitlelerin araştırılması, çevre dokular ile olan ilişkisinin saptanması ve kistik, vasküler ve yumuşak doku yapılarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Nadir durumlarda BT anjiyografi ve üç boyutlu rekonstrüksiyon ek bilgi sağlayabilir. Vasküler invazyon veya kardiyak tutulumun düzeyini saptamada manyetik rezonans görüntüleme değerlidir (6). Sunulan hastanın toraks BT'de mev-

cut kitlenin ön mediasteni doldurmakla birlikte mediasten yapılarından sınırlarının net ayrılamadığı ve kitle içinde nekroz ve kalsifikasyon bulunduğu saptandı. Operasyon materyalinde ise kitle içinde nekrotik, kötü kokulu materyal ve bol miktarda kılın bulunduğu görüldü.

Lezyonun incelenmesinde doku tanısı hemen her zaman gereklidir. Eğer bir kitle başlangıç inceleme sonrası benign özellikte ise biyopsi yapılmadan tanı ve tedavi amacıyla cerrahi olarak çıkarılabilir. Aksi durumda, transtorasik veya transbronşiyal iğne aspirasyonu, mediastinoskopi, ön mediastinotomi veya video yardımcı torasik cerrahi ile anatomik yerleşim ve lezyonun radyolojik görünümüne göre tanısal amaçlı biyopsi örneği elde edilir. Tam cerrahi rezeksiyon tedavi seçeneğidir. Metastatik lezyonu olan ve kötü prognostik faktörlerden birine sahip olgularda sisplatin bazlı kemoterapi kullanılmaktadır (1,9). Bu nedenle başlangıç radyolojik özellikleri ile öncelikli olarak benign karakterde bir kitle düşünülmesi nedeniyle hastamızda hem tanı hem de tedavi amacıyla torakotomi yapılmıştır. Ancak kitlenin lokal genişleme ile çevre yapılara invaze olduğu görülmüş ve tanı elde edildikten sonra "unrezektabl" kabul edilmiştir. Kemoterapi veya radyoterapi tedavisi planlanmamıştır.

İmmatür teratomlu hastada rezeksiyon yapılamamasına rağmen dört yıllık bir izlem sonrasında kitlenin regrese olduğu, takip sırasında yeni bir semptomun ortaya çıkmadığı ve hastalığın hastanın yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Mediastinal tumors. Chest 2005; 128: 2893-909.
2. Beder S. Mediasten hastalıkları. Solunum Sistemi ve Hastalıkları. Numanoğlu N (ed). Antip, Ankara, 1997: 651-64.
3. Moran CA, Suster S. Primary germ cell tumors of the mediastinum: I. Analysis of 322 cases with special emphasis on teratomatous lesions and a proposal for histopathologic classification and clinical staging. Cancer 1997; 80: 681-90.

4. Nichols CR. Mediastinal germ cell tumors: clinical features and biologic correlates. Chest 1991; 99: 472-9.
5. Carter C, Bibro MC, Touloukian RJ. Benign clinical behaviour of immature mediastinal teratoma in infancy and childhood. Cancer 1982; 49: 398-402.
6. Davis RD, Oldham NH, Sabiston DC. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results. Ann Thorac Surg 1987; 44: 229-37.
7. Lillington GA. Mediastinal lesions. In: A Diagnostic Approach To Chest Diseases. 3rd ed. Williams and Wilkins, 1988: 396.
8. Silverman NA, Sabiston DC. Mediastinal masses. Surg Clin North AM 1980; 60: 757-77.
9. Polat G, Usluer O, Polat SK, Gürsoy S, Başok O, Ermete S. Mediastinal disgerminom (Olgu sunumu). İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2004; 18: 45-8.

Yazışma Adresi:

Dr. Ahmet Emin ERBAYCU
İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi,
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
35110 Yenışehir/İZMİR
Tel: 433 33 33 / 363
E-mail: drerbaycu@yahoo.com
