

Bir Olgu Sunumu: Matür Kistik Over Teratomu

Mature Cystic Ovarian Teratoma: A Case Report

Aysegül Pala¹, Aybars Ozkan², Öner Özdemir³, Olena Erkun¹

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

²Çocuk Cerrahisi Bölümü, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

³Çocuk Allerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

ÖZ

Teratomlar çocuklarda, özellikle genç kızlarda sık rastlanan genellikle iyi huylu tümörlerdir. Over teratomları en sık rastlanan germ hücreli tümörler olup over tümörlerinin %10-20'sini oluşturur. Over teratomları bir veya daha fazla embriyonik tabakadan geliştiğinden matür ve immatür alt tipleri bulunur. Bu olgu sunumunda karın ağrısı, karında şişlik ve solunum güçlüğü nedeniyle başvuran 14 yaş kız hastada nadir görülen matür kistik over teratomu tanısının konulması ve immatür teratomla ayırıcı tanısının nasıl yapıldığı irdelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: matür kistik teratom, over, salpingo-ooferektomi

ABSTRACT

Teratomas are mostly benign type of tumors with high incidence in children, especially in young girls. Ovarian teratomas are the most common germ cell tumors and comprise of 10-20% of ovarian tumors. Since ovarian teratomas originate from one or more embryonic layers, they are subdivided into mature and immature subtypes. In this case report, we aim to discuss how the diagnosis of rarely seen mature cystic ovarian teratoma is made and its differentiation from immature teratoma is told in a patient of 14-year-old girl who presented with abdominal pain, swelling and breathing difficulty.

Keywords: mature cystic teratoma, ovary, salpingo-oophorectomy

İletişim / Correspondence:

Dr. Aysegül Pala

Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

E-mail: aysegul.pala.21@gmail.com

Başvuru Tarihi: 11.07.2019

Kabul Tarihi: 06.03.2021

GİRİŞ

Teratomlar en sık rastlanan germ hücreli tümörlerdir. Matür ve immatür olabilirler. Çocuk ve puberte çağındaki kız çocuklarında görülen germ hücreli tümörlerin en sık yerleşim yeri overdir. Over teratomları overin primordial germ hücrelerinden köken alan benign yada malign neoplazmlardır. Over kitlelerinin %18'i matür teratom olup benign karakterde ve belirgin kistik yapıdadır (1).

İmmatür (malign) teratomlarda immatür nöroepiteliyal (nöroektoderm) dokunun varlığı hem tümörün malign olduğunu hem de agresif bir seyir izleyeceğini gösterir. Matür kistik teratomlar, diğer adıyla dermoid kistler, en az iki germ tabakasını (ektoderm, mezoderm veya endoderm) içeren kistik yapılardır. Matür (benign) teratomda ektodermal komponentler (kıl, diş, deri, saç...) ön plandadır. Matür kistik teratomlar genellikle asemptomatik olmalarına rağmen bazen karın ağrısı ve şişliği, karında kitle, konstipasyon, bulantı, kusma, enfeksiyon, anormal vajinal kanama, torsiyon veya rüptür gibi bulgularla karşımıza çıkabilirler (2). Burada, kliniğimize solunum sıkıntısı, karın şişliği ve ağrısı şikayetleri ile başvuran 14 yaşında kız hastanın klinik, radyolojik, histopatolojik bulguları değerlendirilip over matür kistik teratomu teşhisinin konulmasını ve immatür teratom ile ayırıcı tanısının yapılmasını sunmayı amaçladık.

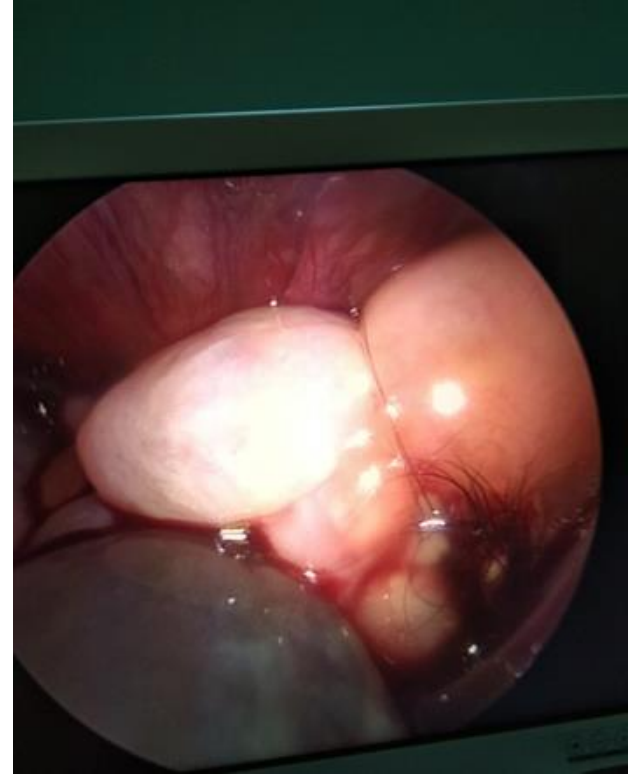
VAKA SUNUMU

On dört yaşında kız hasta karında ağrı ve şişkinlikle beraber nefes almada güçlük şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde bir yıldır devam eden karında şişlik ve nefes almada güçlüğü giderek artması üzerine kliniğimize başvurduğu anlaşıldı. Hastanın genel durumu orta, ateş 36.9C, nabız 60/dak, tansiyon 110/65 mmHg, solunum sayısı 25/dak iken yapılan fizik muayenesinde her iki hemitoraks bilateral eşit havalanıyordu, ral ve ronküs duyulmadı, kardiyovasküler sistem ritmik, ek ses ve üfürüm duyulmadı. Batında yaygın distansiyon olup, tüm karında hissedilen yaygın kitle palpe ediliyordu. Karında hassasiyet ve defans mevcut iken rebound yoktu. Servise yatırılan hastanın tetkiklerinde: HBG:13.3 g/ dl, RBC:4.63 M/uL, HCT: %39.8,

WBC: 5.630 K/uL, CRP:<3 mg/l, AFP:0.37 ng/ml, β-HCG:< 1.2 U/l, APTT: 25,9, INR: 1,25, PT: 13,6, ALT: 12 U/L, AST: 22 U/L, LDH:218 U/L, üre:33,45 mg/dL, kreatinin: 0,43 mg/dL olarak saptandı. Hastaya intravenöz hidrasyonla birlikte ağrı kesici ve antibiyotik tedavisi başlandı. Batın ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi.

Batın USG'sinde tüm batını dolduran, en geniş çapı 35 cm ölçülen, solid komponentleri olan komplike yapıda kistik lezyon ve kalınlığı 3-4 cm ölçülen yaygın serbest sıvı tespit edilirken; batın BT'sinde batın ve pelvisi büyük oranda işgal eden yaklaşık 45x25 cm boyutlarında kalın internal septasyonları olan milimetrik boyutlarda heterojen, kontrast tutan kistik lezyon gözlemlendi.

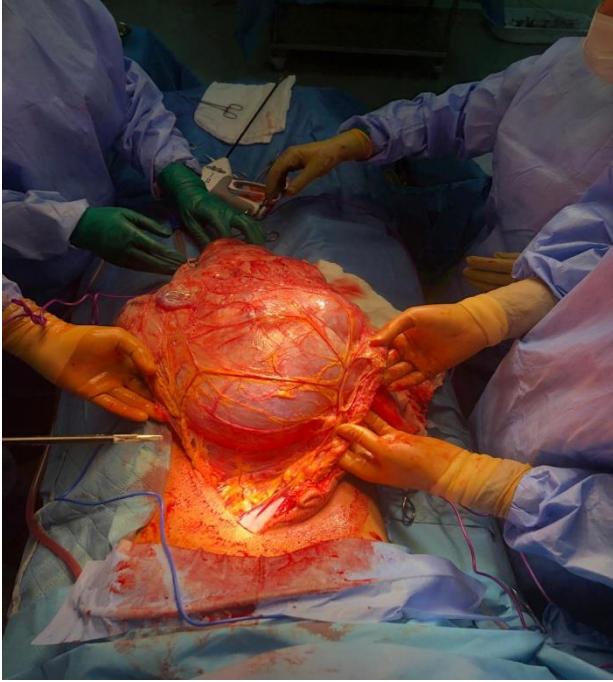
Şikayetleri devam eden hastaya tanısal laparoskopi yapıldı (Resim 1) ve tedavi amaçlı tek taraflı (sağ taraflı) salpingooferektomi operasyonu gerçekleştirildi.



Resim 1: Kitlenin laparoskopik görüntüsü;

Genel anestezi altında sırtüstü pozisyonunda sağ ve sol phannenstiel kesi ile katlar geçilerek hastanın peritonu açıldı ve batına girildi. Batın içinde sağ overden kaynaklanan 50x40 cm kistik, solid ve

etrafı yapışık olmayan tümör kitlesi görüldü (Resim 2).



Resim2: Batın içinde sağ overden kaynaklanan kistik, solid ve etrafı yapışık olmayan kitle;

Sağ over kaynaklı kitle total olarak tuba uterinası bağlanıp eksize edildi. Kitle makroskopik olarak teratom lehine değerlendirildi. Çıkarılan kitle patolojiye yollandı (Resim 3).



Resim3: Ameliyat sonrası çıkarılan kitlenin makroskopik görüntüsü;

Servis takibine alınan hasta vitalleri stabil seyrederken solunum sıkıntısı olmadı. Patoloji sonucuna göre 45x31x7 cm ölçülerinde 6.888 gram ağırlığında kitle mevcuttu. Materyal açıldığında

içerisinden 4.318 gram serohemorajik sıvı çıktı. Yapılan kesitlerinde bağırsak dokusu, diş, saç, yağ doku mukoid materyal izlenmiş olup, kitle multipl septal ve yer yer solid alanlar içerdiğinden matür kistik teratom tanısı konuldu. Postop sıkıntısı olmayan hasta önerilerle taburcu edildi (Hastadan şifahen onam alındı).

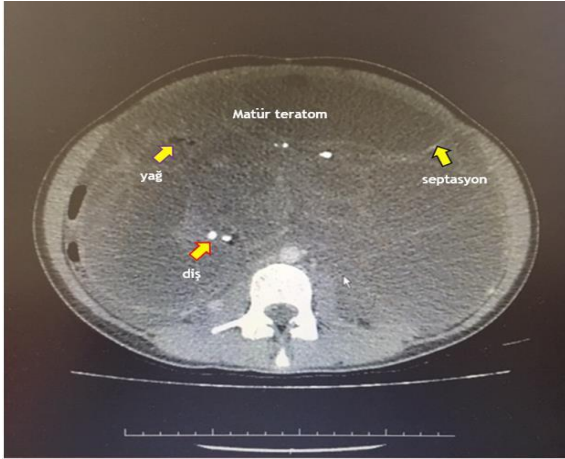
TARTIŞMA

Over teratomları üç germinal epiteliumdan köken alır. Ektodermal (deri, kıl, yağ bezleri), mezodermal (kas, üriner) ve endodermal (akciğer, gastrointestinal) doku kalıntılarını içerebilir.

Matür teratom tipik olarak fibröz veya miksoid stroma içerisinde kas, kemik, kıkırdak, nöral, tiroid dokusu, skuamöz epitel, bronş epitel veya inestinal duvar gibi çeşitli erişkin dokuları içerir. İmmatür teratomlar ise embriyonik ve fetal gelişimde görülen histolojik özellikteki dokuları içerirler (3). Çocukluk çağında matür ve immatür teratom benign olarak kabul edilirken postpubertal dönemde hepsi malign karakter kazanır ve yüksek metastatik potansiyel gösterirler.

Matür kistik teratomlar (dermoid kistler) germ hücrelerinden köken alan ve üç germ tabakasını da içerebilen kistik yapılardır. En sık görülen benign over tümörüdür. Matür kistik teratomlar benign lezyonlar olmakla birlikte %1-2 oranında malign transformasyon riski bulunmaktadır.

Genellikle uzun dönemde semptom görülmez ancak bazen karın ağrısı ve şişliği, karında kitle, bulantı, kusma, enfeksiyon gibi bulgular verebilir. Sıklıkla unilateral yerleşim göstermektedirler (4). Olgumuzda 40x50 cm gibi büyük boyutlarda içinde kalsifikasyon ve yağ içeren, yer yer kistler izlenen, etrafı yapışık olmayan, kontrast madde tutulması gösteren solid kitle gösterilmiştir (Resim 4). Bu özellikleri ile matür kistik teratom ile uyumlu idi.



Resim4: Batın BT'de batın ve pelvisi büyük oranda işgal eden internal septasyonları olan, sınırları belirgin, içinde yağ ve kemik yoğunluğunda (diş) bileşenler bulunan matür teratom kitlesi.

İmmatür teratomlar her üç germ hücrelerini içeren lezyonlardır. Ancak matür kistik teratomlara göre immatür teratomlar daha erken yaşlarda daha büyük boyutlara, daha fazla solid ve daha az kistik komponent, küçük yağ dansiteleri, dağınık kalsifikasyon içermekle birlikte kitle duvarında perforasyon göstererek komşu dokulara invaze olabilmektedir. Lezyon içinde kanama görülebilir (4).

Tümörün güvenli kesin tanı koydurucu bir belirteci yoktur. Akut olmayan durumlarda cerrahi öncesi değerlendirmede AFP, β -HCG düzeyi, USG ve sıklıkla karın ve pelvik BT görüntüleme istenmektedir. BT en duyarlı yöntem olarak kabul edilmektedir. İntravenöz kontrast madde verildikten sonra lezyondaki kontrast tutulum değerinin belirlenebilmesi yağ, kemik, ve kistik komponenti olan teratomların tanısında BT'yi en değerli kılan tanı yöntemidir (2,3).

Erken evre immatür ile matür teratom radyolojik ayırıcı tanısı yapılamayabilir. Matür ve immatür over kistini karşılaştırmak için BT ve patoloji en güvenli yöntemlerdir. Bu durumda kesin tanı patolojik inceleme ile mümkündür (5). Olgumuzda batın BT sonucuna göre yaygın kistik lezyon saptandı, ancak dermoid ve enterik kist şüphesi olduğundan çıkarılan kitle kesin tanı açısından patolojiye gönderildi. Patoloji sonucuna göre matür kistik teratom olarak değerlendirildi.

Laparoskopik yada laparotomi yöntemiyle cerrahi eksizyonda kesin tanı konulmasının yanında operasyon sonrası daha az ağrı ve komplikasyon

geliştiğinden sık tercih edilen bir yöntemdir. Laparoskopik yaklaşım matür kistik teratomların tedavisinde oldukça popüler, güvenli ve etkin bir yöntemdir. İntraoperatif kanamanın ve post-op ağrının ve komplikasyonların az olması, hastanın kısa sürede taburcu edilebilmesi, post-op adezyonların daha az olması ve kozmetik görüntünün daha iyi olması laparoskopik tekniğinin avantajlarıdır (6,7). Son yıllardaki cerrahide teknolojik gelişmelerle daha güvenli bir metot olan sistektomi tercih edilse de, ooforektomi pediatrik hastalarda hala sık kullanılan cerrahi bir yöntemdir. Geniş kist, gizli germ hücre malignite şüphesi, torsiyon varlığı, kalan over doku canlılığının azalması ve içerik dökülmesi gibi vakalarda ooforektomi yıllardır kullanılan bir yöntemdir [8]. Hastamızda tanısal laparoskopi yöntemiyle unilateral (sol taraf) salpingooforektomi operasyonu gerçekleştirildi. Açılan batında, sağ overde solid, adezyonu olmayan 50x40 cm ölçüsündeki teratom çıkarıldı. 45x31x7.0 cm boyutlarında, 4.318 gram serohemorajik sıvı olan toplamda 6.888 gram ağırlığında kitle tespit edildi. Histopatolojik bulgularda bağırsak dokusu, diş, saç, yağ doku, mukoid komponent içeren, multiple septal ve yer yer solid alanlar görüldü.

Sonuç olarak; solunum sıkıntısı, karın şişliği ve ağrısı şikayetleri ile başvuran hastalarda diğer nedenler yanında nadir görülen bu tür bir teratomun da saptanabileceğini akılda tutmalıyız.

KAYNAKLAR

1. Young RH, Clement PB, Suilly RE. The ovary, in Diagnostic surgical pathology, S.S. Sternberg, Editor. 1994, Ravan press: New York. p. 2195.
2. Alotaibi MO, Navarro OM. Imaging of ovarian teratomas in children: a 9-year review. *Can Assoc Radiol J.* 2010; 61(1):23-8.
3. Virgone C, Alaggio R, Dall'Igna P, Buffa P, Tonegatti L, Ferrari A, et al. Epithelial Tumors of the Ovary in Children and Teenagers: A Prospective Study from the Italian TREP Project. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015; 28(6):441-6
4. Pantoja E, Noy MA, Axtmayer RW, Colon FE, Pelegrina I. Ovarian dermoids and their complications. Comprehensive historical review. *Obstet Gynecol Surv.* 1975;30(1):1-20.
5. Al Jama FE, Al Ghamdi AA, Gasim T, Al Dakhiel SA, Rahman J, Rahman MS. Ovarian tumors in children and adolescents--a clinical study of 52 patients in a university hospital. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(1):25-8.
6. Shalev E, Bustan M, Romano S, Goldberg Y, Ben-Shlomo I. Laparoscopic resection of ovarian benign cystic teratomas: experience with 84 cases. *Hum Reprod.* 1998;13(7):1810-2.
7. Morgante G, Ditto A, la Marca A, Trotta V, De Leo V. Surgical treatment of ovarian dermoid cysts. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998; 81(1):47-50.
8. O'Neill KE, Cooper AR. The approach to ovarian dermoids in adolescents and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(3):176-180.