

Akardiyak ikiz tanısı ile karışan sakrokoksigeal teratom

Elif MEŞECİ (*), Ferah ALBAYRAM (*), Ertan ADALI (*), Nazlı KARATAŞ (*), Necdet SÜER (**)

SUMMARY

Differential diagnosis between sacrococcygeal teratoma and acardiac twin

*Perinatal neoplasia account 2.6 % of childhood tumours; 35 % of them are teratomas. 80 % of urogenital and anorectal tumours that cause anatomical and fuctional problems are sacrococcygeal teratomas. 21 years old, G1 woman referred to our hospital with a mass lesion in the fetus at 38 th gestational weeks of pregnancy. The ultrasonography result was 97*72 mm solid mass containing 53*45 mm cystic lesion in it. We perform second level ultrasonography at our clinics. Since the patient referred at very late gestational weeks; mass lesion could not be localized accurately. With these findings possible differential diagnosis are sacrococcygeal teratoma or acardiac twin.*

Key words: Sakrokoksigeal teratom, akardiyak ikiz

Anahtar kelimeler: Sacrococcygeal teratoma, acardiac twin

Teratomlar 0.25-0.28/10.000 canlı doğumda bir görülen tümörlerdir. Kız/erkek oranı 4/1'dir. İyi huylu olup kistik, yarı kistik, solid yapıda olabilirler. Bu tümörler oluştuıkları dokunun histolojik yapısından farklı olarak her üç germ tabakasından da köken alan dokular taşıyabilir. Etiyolojisi bilinmemektedir. Sadece bir olgu sunumunda 10 yıl arayla doğmuş iki kardeşle servikal teratomun tekrarladığı bildirilmiştir (1).

Histolojik olarak bu tümörlerin önemli bölümünde (% 68) nöral doku vardır. Tümörün kistik ve içi sıvı dolu bölümleri tümörün hızlı büyümesi sonucu gelişir. Fetal hematolojik ve biyokimyasal parametrelerle ilgili çok sınırlı bilgi vardır. Habis bir servikal teratom olgusunda amniyon sıvısı alfa-fetoprotein (AFP) düzeyi yüksek bulunmuştur. Biri servikal biri sakrokoksigeal iki teratom olgusunda ise yenidoğan serum AFP düzeyi yüksek

olarak saptanmıştır (2). Tümördeki hızlı büyüyen nöral dokular AFP yükselmesinden sorumlu tutulmuştur.

Ultrasonografide solid ve kistik alanların birlikte bulunması, kıkırdak dokusundan ve kalsifiye alanlardan kaynaklanan ufak ekojenitelerin varlığı teratomu düşündürmelidir. Bu tümörlerin çoğunun histolojik olarak selim olmasına karşın, fetus ve yenidoğanda ise tümör lokalizasyonuna ve boyutuna göre prognoz değişir.

OLGU

Ağustos 2002'de 21 yaşında, G1, 38 haftalık gebe Sakarya SSK Hastanesi'nden lokalizasyonu net belirlenemeyen 97*72 mm boyutlarında içerisinde 53*45 mm kistik alan içeren solid komponentte kitle-malforme eks fetus-tanısı ile sevk edilmişti. Rutin antenatal takiplerini yaptırmayan gebenin öz ve soygeçmişinde belirgin özelliği yoktu.

Kliniğimizde yapılan ultrasonografisinde fetusta perine seviyesinde, fetusla beraber hareket eden, içerisinde 52 mm'lik septalı kistik komponent bulunan, total boyutu 119*103*71 mm olan semisolid kitle mevcuttu. Lezyon, solid kısımları çevresinde sıvı ve santral kesimde septayla ayrılmış kistik alan izlenmekteydi. Bu sonografik görünümle akardiyak ikiz veya sakrokoksigeal teratom olduğu düşünüldü. Bulgular doğrultusunda aile bilgilendirildi ve gebelik sezeryan ile sonlandırıldı.

Doğum sonrasında bebeğin sağ gluteal bölgesini tamamen kaplayan, yumuşak kıvamlı, cilde göre hafif ekimotik 10*10*7 cm, sol gluteal bölgede cilt ile aynı renkte, daha sert kıvamlı 5*4 cm boyutlarında kitle gözlemlendi (Resim 1-2). Haricen kız, anüsü açık, dört ekstremitede aktif hareketi (+) olan yenidoğanın serum AFP düzeyi 1210 ng/ml olarak saptandı. Sakrokoksigeal teratom olduğu düşünülen hasta Çocuk Cerrahisi kliniğine sevk edildi. Yapılan operasyon sonrasında kitlenin histopatolojik olarak teratom olduğu doğrulandı.



Resim 1-2. 3500 g, 50 cm kız bebek. Perianal bölgede sakrokoksigeal teratom görülüyor.



TARTIŞMA

Sakrokoksigeal teratom fetüsün sakral bölgesinden gelişir, değişik boyutlarda olup boyut ile klinik seyir arasında ilişki vardır. Sakrumdan dışa doğru gelişip çok büyük boyutlara ulaşan olgularda hemodinamik sistemde sorunlar oluşabilir. Habaset potansiyeli düşük olan sakrokoksigeal teratomlarda yenidoğan döneminde ameliyat sonrası prognoz iyidir.

Teratomun gelişim hızı ve tipi nedeniyle intrauterin problemler gelişebilir. Dışa doğru hızla büyüyüp hemodinamik sistemi etkileyen olgularla pelvis içine büyüyüp çevre dokulara bası yapan olgular intrauterin cerrahi tedaviye adaydır. Pelvise doğru gelişip büyük damarlara bası yapan sakrokoksigeal teratomlarda hidrops ve plasentomegali sık görülür (3).

Sakrokoksigeal teratomun büyüklüğüne ve gelişme yönüne göre gebelik yönetimi değişebilmektedir. Çapı 10 cm'nin üzerinde olan olgularda gebeliğin sonlandırılmasında sezeryan tercih edilmelidir (4).

Hızlı büyüme, plasentomegali, hidrops, kardiyak aritmi

gibi kötü prognoz gösteren olgular gebelik haftasına göre değerlendirilip sonlandırılmalıdır. Büyük sakrokoksigeal teratomlarda pulmoner kan akımı olumsuz etkilendiği için doğum sonu akciğer problemlerinin oluşabileceği unutulmamalıdır (5).

Prenatal tanı sonrası erken yenidoğan evresinde karşılaşılabilecek problemlerin üstesinden gelinebilmesi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu amaçla, antenatal tanısı konulabilen olgular uygun merkezlere yönlendirilmelidir (6).

KAYNAKLAR

1. **Gonzalez-Crussi F:** Teratomas of the neck. In: Atlas of Tumor Pathology: Extragonadal Teratomas. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology 118-128, 1984.
2. **De Catte L, DeBacker A, Goosens A, et al:** Teratoma. The Fetus 2(1):2381-1-6, 1992.
3. **Carney JA, Thompson DP, Johnson CL, et al:** Teratomas in children: Clinical and pathologic aspects. J Pediatr Surg 7:271, 1982.
4. **Weiner S, Scharf JI, Bolognes RJ, et al:** Antenatal diagnosis and treatment of a fetal teratoma. J Reprod Med 24:39, 1980.
5. **Eskes TK, et al:** Pregnancy care and prevention of birth defects. J Perinat Med 20:253, 1992.
6. Prenatal Treatment. In: Golbus S (ed). Genetics in Obstetrics and Gynecology. Philadelphia: WB Saunders Company 223, 1992.