



Gebelik Luteoması: Olgu Sunumu

Luteoma of Pregnancy: A Case Report

Selma ŞENGİZ ERHAN,¹ Aylin EGE GÜL,² Sevinç HALLAÇ KESER,²
Hüseyin EKİCİ,³ Ayşe Nimet KARADAYI²

¹Darıca Farabi Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kocaeli;

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul;

³Darıca Farabi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kocaeli

Özet

Gebelik luteoması overin luteinize hücrelerinin solid proliferasyonu ile karakterize farklı bir nonneoplastik lezyondur. Bir çok olgu semptomsuzdur. Ovarian büyüme genellikle insidental olarak sezaryan ya da postpartum tüp ligasyonu sırasında saptanır. Olgumuz da makat prezentasyon endikasyonu ile sezaryana alındı ve sol overdeki büyüme tipik olarak ameliyat sırasında tespit edildi. Gönderilen biyopsi materyaline bölümümüzde gebelik luteoması tanısı verildi. Nadir olan bu olgu literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Anahtar sözcükler: Gebelik luteoması; over; sezaryan.

Summary

Luteoma of pregnancy is a distinctive non-neoplastic ovarian lesion characterized by solid proliferations of luteinized cells. The majority of patients are asymptomatic. The ovarian enlargement is usually discovered incidentally at cesarean section or during postpartum tubal ligation. Our case underwent a cesarean section as a result of breech presentation and left ovarian enlargement was detected during the operation. The diagnosis of pregnancy luteoma was made by the pathology department. This rare case is presented in the context of the current literature.

Key words: Luteoma of pregnancy; ovary; cesarean section.

Giriş

İlk kez Sternberg tarafından tanımlanan gebelik luteoması; nadir görülen nonneoplastik hiperplastik ovarian lezyonlardan biridir. Çoğunlukla sezaryan veya postpartum tüp ligasyonu sırasında insidental olarak saptanmaktadır.^[1-4] Olguların en az 1/3'ü iki taraflı ve yarısı multinodüler olarak izlenmektedir.^[5,6] Postpartum dönemde spontan olarak regrese olan bu lezyonlarda genellikle tedavi gerekmemektedir. Nadir olarak sonraki gebelikte de izlenebilir.^[7] Büyük çoğunluğu semptomsuz olan lezyonlar semptomlu olduklarında; karşımıza en yaygın klinik bulgu olarak maternal hir-

sutizm ve virilizasyon ile çıkmaktadır.^[8-10] Seyrek olarak palpabl pelvik kitle yanı sıra; kanama veya torsiyona sekonder akut batın tablosuna yol açan olgular da bildirilmiştir.^[11-13] Biz bu yazıda sezaryan sırasında tespit edilen ve histopatolojik olarak gebelik luteoması tanısı alan nadir bir olguyu literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Nisan 2009 tarihinde son adet tarihine göre 36 haftalık gebeliği olan ve takipleri sırasında herhangi bir sorun gözlenmeyen 22 yaşındaki primigravida olgumuza

İletişim: Dr. Selma Şengiz Erhan.
Dr. Zeki Acar Caddesi, No: 62,
Darıca, Kocaeli
Tel: 0262 - 656 43 44 / 1733

Başvuru tarihi: 12.11.2012
Kabul tarihi: 05.04.2013
Online baskı: 10.03.2015
e-posta: selmasherhan@hotmail.com

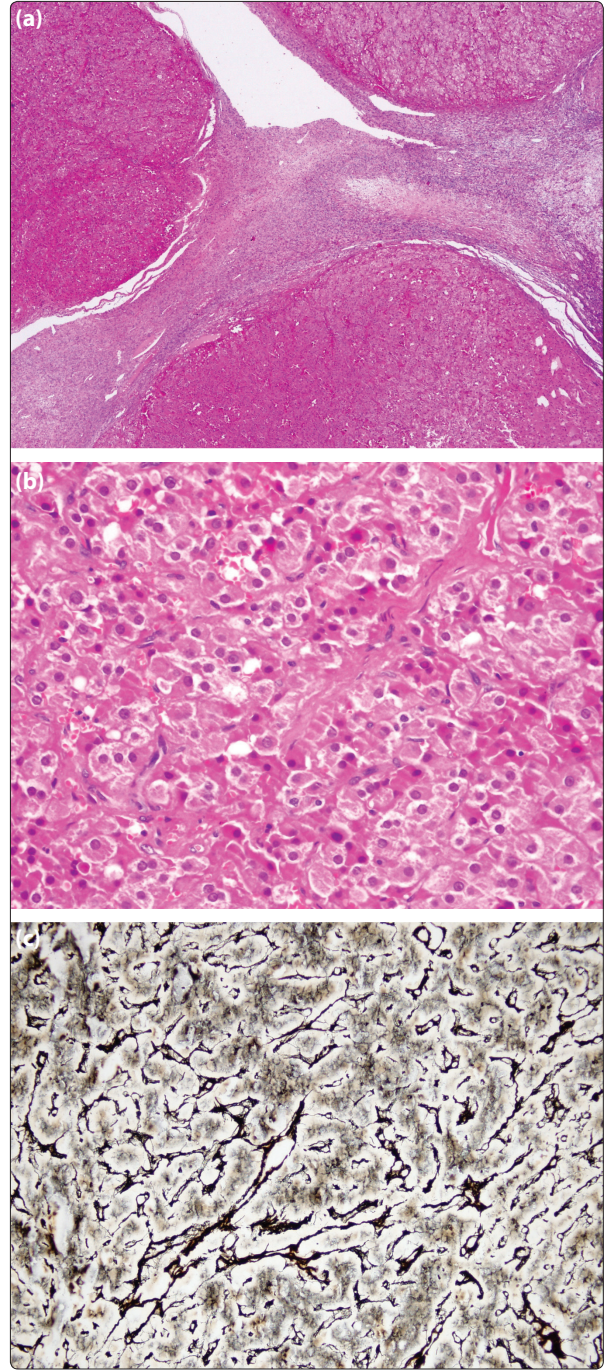


makat prezentasyonu nedeniyle sezaryan ameliyatı uygulanarak 3100 gram ağırlığında ve 50 cm boyunda sağlıklı kız bebek doğurtuldu. Sezaryan sırasında insidental olarak sol overde saptanan büyüme nedeniyle wedge biyopsi yapıldı ve histopatolojik incelemeye gönderildi. Makroskopik incelemede 18x11x6 mm boyuttaki gri kahverenkli dokunun seri kesitlerinde; en büyüğü 5 mm çapında turuncu renkli, düzgün sınırlı nodül yapıları dikkati çekmişti. Tümü işleme alınan dokunun hematoksilin eozin (HE) kesitlerinde; over stroması içinde farklı boyutlarda nodüler yapılar mevcuttu (Şekil 1a). Bu yapılar genelde organoid paternde izlenen hücre gruplarından oluşmaktaydı. Hücreler yuvarlak-poligonal biçimli olup; ince granüler yapıda geniş eozinofilik sitoplazmaya sahipti (Şekil 1b). Hücre gruplarını, retikülin boyasında belirgin olarak izlenen vasküler yapılardan zengin ince fibröz septalar çevrelemekteydi (Şekil 1c). Hücrelerin nükleusları yer yer büyük ve pleomorfikti. On büyük büyütme alanında bir-iki mitoz mevcuttu. Ayırıcı tanıya öncelikle gebelik korpus luteumu alındı. Santral kavite, hyalin cisimcikler ve granuloza-teka lutein tabakalarının olmamasıyla bu tanıdan uzaklaşıldı. Nükleer atipi ve mitozun çok belirgin olmaması, lipokrom pigmentinin gözlenmemesi ve multipl nodüller şeklinde izlenmesiyle seks kord stromal tümörlerden; infiltratif patern göstermeyen ve nükleer atipi içermeyen hücrelerden oluşan düzgün sınırlı nodüllerin varlığı ile de metastatik karsinomdan ayrımı yapıldı. Bu bulgular eşliğinde olguya gebelik luteoması tanısı verildi.

Tartışma

Nadir olarak gebelik sırasında maligniteyi taklit edebilen hiperplastik ovaryan lezyonlar görülebilmektedir. Gebelik luteoması da bu lezyonlardan biridir. Literatürde 200'den az olgu bildirilmiştir.^[2,3,10] Üçüncü-dördüncü dekatlarda ortaya çıkmaktadır ve olguların büyük çoğunluğu multipardır.^[1,2] Olgumuz primigravida olup; sezaryan sırasında lezyon tespit edilmiştir.

Genellikle semptomsuz olarak izlenen olgular yanı sıra; olguların bir kısmında gebeliğin ikinci yarısında daha çok belirginleşen hirsutizm veya virilizasyon gözlenmektedir. Virilize olan annelerin yarısında bebeklerinde kliteromegali ve labial füzyon izlenebilmektedir.^[10,14] Bu olguların plazma testosteron ve diğer androjen seviyelerinde normalin 70 katı kadar (normal gebelikte erişkin düzeyin üç-dört katı kadar) bir yükselme izlenir.^[15] Maternal androjen seviyelerine fetüslerin hassasiyetinin; maruz kaldıkları fetus yaşına ve plasenta



Şekil 1. (a) Over stroması içindeki nodül yapıları HEx40. (b) Yuvarlak-poligonal biçimli eozinofilik sitoplazmalı hücreler HEx400. (c) Vasküler yapılardan zengin fibröz septalarla çevrili hücre grupları Retikülin x200. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.keahdergi.com).

ta aromatisasyonuna bağlı olduğu bildirilmektedir. Testosteronun gebelerde yükselmiş olmasına rağmen kordon kanında normal seviyelerde izlenebilmesinin nedeni; plasenta aromatisasyonunun koruyucu etkisi

olabilir. Bu nedenle kız bebekler genellikle etkilenmemektedir. Ancak virilizasyon izlenen bebeklerde plasentada aromatisasyon defekti veya plasentanın aromatisasyon kapasitesini aşan yüksek androjen seviyeleri olabileceği vurgulanmaktadır.^[16] Bu lezyonlar doğum sonrası birkaç gün içinde regrese olmaya başlar ve birkaç haftada over boyutları normale yakın hale gelebilir. Benzer olarak eğer yükselmiş hormon seviyeleri varsa postpartum iki hafta içinde normal değerlerine indiği bildirilmiştir.^[1,2,17] Ancak olguların pek çoğu belirti vermediğinden ve insidental olarak sezaryan ya da tubal ligasyon sırasında saptandığından tanı genellikle nodüler lezyonun eksizyonu ile konulmaktadır.^[2,17] Nadir olarak ureter gibi komşu organlara bası sonucu hidronefroz benzeri kitle etkisine bağlı komplikasyonlar, torsiyon veya rüptüre bağlı hemoraji nedeniyle akut batın tablosu ve doğum sırasında pelvik yolun tıkanıklığı gibi atipik bulgu veren olgular da bildirilmiştir.^[4,10,12,13] Olgumuz insidental olarak saptanmıştı. Gebelik süresince luteoma ile ilgili klinik bulgu mevcut olmadığından lezyona yönelik hormonal ve radyolojik incelemeler yapılmamıştı.

Gebelik luteomasının sıklıkla human korionik gonadotropin (HCG) stimülasyonuna bağlı luteinize stromal hücrelerin proliferasyonu sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ancak üçüncü trimesterde de devam ediyor olması, gelişiminde HCG'nin tek bir faktör olmadığını da göstermektedir.^[2]

Radyolojik olarak ultrasonografik ve manyetik rezonans bulguları nonspesifik olup; tek ya da multipl nodüller şeklinde solid kitle veya kompleks kistik yapılar olarak izlenebilmektedir.^[18-20]

Gebelik luteoması mikroskopik boyuttan maksimum 20 cm çapa varan boyutlara kadar izlenebilmektedir.^[2] Luteomaların kesit yüzeyleri solid, yumuşak, iyi sınırlı parlak, turuncu renklidir ve olguların yarısında over parankiminin yerini alan hemorajik odaklar içeren multinodüler yapısıyla tipik makroskopik görünümüne sahiptir. Mikroskopik olarak nodüler yapılar organoid paternde yuvarlak hücre gruplarından oluşmaktadır. Lezyonu oluşturan hücre boyutları komşu foliküllerde yer alan luteinize teka ve luteinize granüloza hücreleri arasında olup; geniş eozinofilik sitoplazmalıdır. Nükleus santral yerleşimli olup; hafif pleomorfizm gösterebilir. On büyük büyütme alanında 7-10 mitotik figür izlenebilmekle birlikte; genellikle mitoz iki-üç arasındadır. Stroma dar olup; hücre grupları retikülün fibrilleri ile çevrilidir.^[1,2]

Gebelik luteoması tipik makroskopik görünümüyle ameliyat sırasında gebeliğin büyük soliter luteinize folikül kisti, multipl luteinize folikül kistleri ve gebeliğin korpus luteumundan kolayca ayrılabilir. Tek ve solid nodül olarak saptandığında; granüloza hücreli tümör, steroid hücreli tümör, leydig hücreli tümör ve tekoma ile ayrımı önemlidir.^[3,23] Bu tümörler genellikle tek taraflıdır. Granüloza hücreli tümör ve tekomalarda nonluteinize odaklar da gözlenir; daha yoğun retikülün paterni vardır ve aşırı intrasellüler lipid içerirler. Steroid hücreli tümörlerde daha yoğun retikülün paterni ve intrasellüler lipid yanısıra lipokrom pigmenti içerebilirler. Leydig hücreli tümörler ise hiler lezyonlar olup; Reinke kristaloidlerinin varlığı ayırıcı tanıda yardımcıdır. Gebelik luteomaları iki taraflı ve multipl nodüller şeklinde izlendiğinde; amelanotik melanom ya da karsinom gibi metastatik tümör olarak yorumlanabilir.^[3,21-23] Melanomda melan A, HMB-45 ve S-100 immunreaktivitesi, metastatik karsinomda ise belirgin nükleer atipi yanı sıra keratin ve epitelyal membran antijen gibi immünohistokimyasal belirleyicilerin ekspresyonları ayırıcı tanıda yardımcı olabilmektedir.^[24]

Sonuç olarak; gebelik luteoması nadir görülmesi ve postpartum dönemde regrese olması nedeniyle ovaryan neoplazilerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken antiteler arasında olmalıdır. Gebelik sırasında tespit edilen adneksiyel lezyonun klinik izlemi ve postpartum dönemde laboratuvar ve radyolojik bulgularla birlikte korele edilmesi, tanıya ulaşmada ve olguların takibinde önemlidir.^[25] Atipik prezentasyonlu olgular ve komplikasyon gelişen olgularda ise ameliyat sırasında frozen ile biyopsi; reproduktif dönemde gereksiz ooferektomiden kaçınılarak overin korunmasına izin vereceği gibi, anne ve fetusu da riske sokmayacaktır.^[26]

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Sternberg WH, Barclay DL. Luteoma of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1966;95(2):165-84.
2. Clement PB. Tumor-like lesions of the ovary associated with pregnancy. Int J Gynecol Pathol 1993;12(2):657-62.
3. Scully RE, Young RH, Clement PB. Tumor-like lesions. In: Gonads M, Tube F, Ligament B, editors. Tumors of the ovary. Washington, DC; 1996. p. 422-4.
4. Irving JA, Clement PB. Nonneoplastic lesions of the ovary. In: Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. 6th ed. New York: Springer Science+Business Media; 2011. p.

- 580-624.
5. Mazza V, Di Monte I, Ceccarelli PL, Rivasi F, Falcinelli C, Forabosco A, et al. Prenatal diagnosis of female pseudohermaphroditism associated with bilateral luteoma of pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2002;17(3):821-4.
 6. Thomas E, Mestman J, Henneman C, Anderson G, Hoffman R. Bilateral luteomas of pregnancy with virilization. A case report. *Obstet Gynecol* 1972;39(4):577-84.
 7. Kerber IJ, Bell JS, Camacho AM, Fish SA. Luteoma of pregnancy: recurrent or persistent? *South Med J* 1969;62(11):1343-8. [CrossRef](#)
 8. Çelik Ö. Gebelik luteoması. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2000;7(3):274-5.
 9. Dahl SK, Thomas MA, Williams DB, Robins JC. Maternal virilization due to luteoma associated with delayed lactation. *Fertil Steril* 2008;90(5):2006.e17-9.
 10. Wang YC, Su HY, Liu JY, Chang FW, Chen CH. Maternal and female fetal virilization caused by pregnancy luteomas. *Fertil Steril* 2005;84(2):509. [CrossRef](#)
 11. Honoré LH, O'Hara KE. Incidental pregnancy luteoma associated with ectopic tubo-ovarian pregnancy: evidence in favor of origin from theca interna of an atretic follicle. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1978;8(1):15-9.
 12. Yalçın ÖT, Özalp S, Yıldırım A, Şener T, Cevrioğlu AS. Ruptüre luteoma nedeniyle bilateral ooferektomi uygulanan 8 haftalık bir gebelikte yaklaşım. *Perinatoloji Dergisi* 1996;4(4):212-4.
 13. Tan ML, Lam SL, Nadarajah S. Pregnancy luteoma presenting as ovarian torsion with rupture and intra-abdominal bleeding. *Singapore Med J* 2008;49(3):78-81.
 14. Spitzer RF, Wherrett D, Chitayat D, Colgan T, Dodge JE, Salle JL, et al. Maternal luteoma of pregnancy presenting with virilization of the female infant. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(10):835-40. [CrossRef](#)
 15. Wu AHB. *Tietz clinical guide to laboratory tests*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2006. p. 1014.
 16. Nagamani M, Gomez LG, Garza J. In vivo steroid studies in luteoma of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982;59(6 Suppl):105S-11S.
 17. Joshi R, Dunaif A. Ovarian disorders of pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1995;24(1):153-69.
 18. Choi JR, Levine D, Finberg H. Luteoma of pregnancy: sonographic findings in two cases. *J Ultrasound Med* 2000;19(12):877-81.
 19. Wang HK, Sheu MH, Guo WY, Hong CH, Chang CY. Magnetic resonance imaging of pregnancy luteoma. *J Comput Assist Tomogr* 2003;27(2):155-7. [CrossRef](#)
 20. Kao HW, Wu CJ, Chung KT, Wang SR, Chen CY. MR imaging of pregnancy luteoma: a case report and correlation with the clinical features. *Korean J Radiol* 2005;6(1):44-6.
 21. Ozdegirmenci O, Kayickioglu F, Haberal A, Ozfuttu A. Krukenberg tumor mimicking pregnancy luteoma. *Gynecol Endocrinol* 2007;23(8):482-5. [CrossRef](#)
 22. Medeiros F, Bell DA. Pseudoneoplastic lesions of the female genital tract. *Arch Pathol Lab Med* 2010;134(3):393-403.
 23. Longacre TA, Gilks CB. Nonneoplastic lesions of the ovary. In: Goldblum JR, editor. *Gynecologic pathology*. 1st ed. Churchill Livingstone Elsevier; 2009. p. 367-91. [CrossRef](#)
 24. Young RH, Scully RE. Malignant melanoma metastatic to the ovary. A clinicopathologic analysis of 20 cases. *Am J Surg Pathol* 1991;15(9):849-60. [CrossRef](#)
 25. Phelan N, Conway GS. Management of ovarian disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2011;25(6):985-92. [CrossRef](#)
 26. Masarie K, Katz V, Balderston K. Pregnancy luteomas: clinical presentations and management strategies. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65(9):575-82. [CrossRef](#)