

# SERTOLİ LEYDİĞ HÜCRELİ OVER TÜMÖRÜ

Sadiye EREN (1), Fuat DEMİRCİ (2), Mehmet ULUDOĞAN (2), Remziye BİLGİÇ (3),  
Bingül ARI (1), M. Nuri DELİKARA (4)

Nadir rastlanılan bir over tümörü olan Sertoli Leydig hücreli tümör, hastanemizde son 17 yıllık süre içinde iki olguda gözlemlendi. Olgu 1: Bayan C.T., 33 yaşında, 16 yıllık evli, 1985 yılında hastanemize müracaat etti. Primer amenore ve sol over tümörü ön tanıları ile yapılan laparotomide hastanın Rokitansky-Küster-Hauser sendromu olduğu ve sol overden kaynaklanmış 15 cm. çapında over tümörü olduğu saptandı. Piyes histopatolojisi "iyi differansiye Sertoli Leydig hücreli tümör" olan hasta halen takibimiz altındadır. Olgu 2: Bayan B.D., 22 yaşında, bekar, 1992 yılında hastanemize müracaat etti. Pelvik kitle ve sekonder amenore tanıları ile yapılan laparotomide, sol overden kaynaklanmış 20 cm çapında over tümörü saptandı. Piyes histopatolojisi "orta derecede differansiye Sertoli Leydig hücreli tümör" olan hasta, halen takibimiz altındadır. Hiperandrojenizm bulguları göstermeyen olgular, literatür ışığında incelendi.

## SERTOLİ LEYDİĞ CELL TUMOR OF THE OVARY

Sertoli Leydig cell tumor, a rarely seen ovarian tumor, has been diagnosed in two patients in the last 17 years period at Zeynep Kamil Women's and Children Hospital. Case 1: C.T., 33 years old, 16 years married, admitted with primary amenorrhea and infertility. Findings attributed to Rokitansky-Küster-Hauser syndrome and a mass 115 cm. diameter originated from left ovary was observed in the explorative laparotomy. The patient with a histopathological diagnosis of "well differentiated Sertoli Leydig cell tumor" is still under follow up. Case 2: B.D., 22 years old, unmarried, admitted with a pelvic mass and secondary amenorrhea in 1992. A mass 20 cm. diameter originated from left ovary was found in the explorative laparotomy. Specimen diagnosed histopathologically as "intermediate differentiated Sertoli Leydig cell tumor". This patient is under follow up as well. No finding suggestive of hyperandrogenism was observed in these two cases. They were investigated under the lights of literature.

Gonadal stromal tümörler arasında yer alan Sertoli Leydig hücreli tümör (SLHT) fetal hayatta overlerde erkek yönünde yönlendirilmiş hücrelerden kaynaklanır. Genellikle üniletoral olurlar. Nadirdir, tüm over tümörlerinin %0.5'ini kapsar (2,3,6).

## OLGU 1

Dosya kayıtlarının tetkikinde; Bayan C.T., 33 yaşında, P:O, G:O, 16 yıllık evli. Adet görmeme ve çocuğunun olmaması şikayeti ile gelen hasta, şimdiye kadar hiç adet olmadığını ve gebe kalmadığını ifade ediyor. Yapılan muayenede pelvik kitle saptanarak hospitalize edildi. Özgeçmiş ve soy geçmişi özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde sistem muayeneleri normaldi. Jinekolojik muayenede external genital organları tabii görünümde, serviks uteri spekulum muayenesinde görülemedi, korpus uteri ayrıca palpe edilemiyor, Douglas'ı dolduran, düzgün yüzeyle, yumuşak, mobil kitle mevcut. Hasta over tümörü ön tanısıyla eksploratif laparotomiye alındı. Eksplorasyonda sağ over normal, sol over Douglas'a doğru büyümüş, yaklaşık 15 cm, çapında içi berrak mayi dolu, ince zarlı kistik yapıda, uterus ve tuba uterinale rudimenter (Rokitansky-Küstner-Hauser sendromu) olarak görüldü. Operasyonda abdominal histerektomi + sol salphingo - ooferektomi + sağ overe bisection yapıldı. Piyesin histopatolojik tetkiki "iyi differansiye SLHT" idi. Hasta opere edildiği 1985 senesinden beri sağlıklı olup, primer hastalığı ile ilgili rekkürens saptanmamıştır.

## OLGU 2

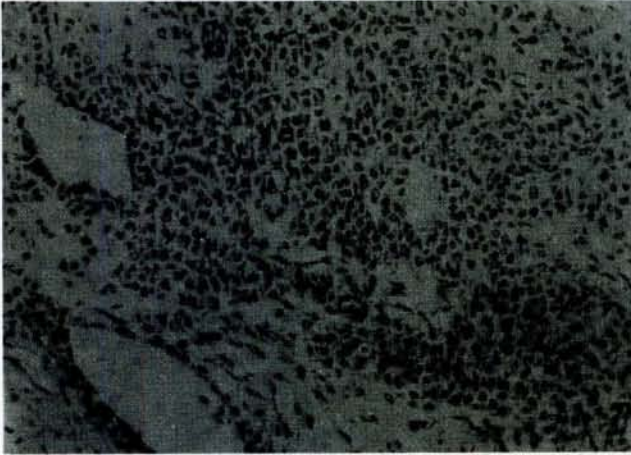
Bayan B.D., 22 yaşında, bekar. On aydır adet görmeme ve karında şişlik şikayeti ile gelen hasta, son üç aydır pollaküri ve noktüri tanımıyor. Yapılan muayenede pelvik kitle saptanarak hospitalize edildi.

Özgeçmişinde özellik saptanmadı, babasının akciğer Ca'dan ex olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sistem muayeneleri normal olup, tüm batını dolduran, umbilikusa kadar uzanan, sert, immobil kitle palpe edildi. Yapılan jinekolojik muayenede dış genital organlar tabii görünümde, pubik kıllanma normal, himen intakt bulundu. Rektal muayenede rektum ön bölüme bası yapan sert kitle palpe ediliyor, uterus kitleden ayırılmıyor. Meme muayenesi normal.

Hastada preoperatif hazırlık olarak yapılan tetkiklerinden eritrosit sedimantasyon hızı (40 mm/1.saat-76 mm/2.saat), CA 125 (75 IU/ml) ve BHCG (40.4 mIU/ml) dışında patolojik bulgu saptanmadı. Ultrasonda batın organlarında özellik yok, uterus fundusundan başlayan, ekrana sığmayan, 131x84x129 mm boyutlarında, solid komponentleri fazla olmakla birlikte kistik komponenti de olan kitle saptandı. Batın organlarında özellik izlenmedi. IVP de her iki ureter üst kısmında dilatasyon, solda pelvikalisiel sistem çift olarak saptandı. Kolon grafisinde rektosigmoid bölgede kontrast madde geçişi yavaşlamış ve dıştan bası altında olduğu görüldü. Tüm batın tomografisinde, her iki over lojunu kapsayan 159x83x145 mm boyutlarında, lobüle konturlu, kistik, solid alanlar içeren, nonhomojen kontrast fikse olan kitle görüldü. Diğer batın organlarında özellik saptanmadı. Douglas'ta sıvı koleksiyonu, paraaortik, parakaval lenfoadenopati görülmedi. Yaşı, reproduktif fonksiyonu koruma arzusu, bekar oluşu göz önünde bulundurulmuş hastaya yapılan eksploratif laparotomide batın sıvısı örnekleme, subdiafragmatik smear, parsiyel omentektomi, sağ overe bisection ve, biopsi, pelvik lenf nod palpasyonu yapıldı. Sol overden kaynaklanmış olan yaklaşık 20 cm. çapında yumuşak kıvamlı, kistik ve solid alanları olan kitleden yapılan frozen section sonucunun "borderline tümör" olması üzerine operasyona son verildi. Piyesin histopatolojik incelemesi sonucunda, alınan sıvı, smear ve biopsilerde malign

(1) Zeynep Kamil Hast. Kadın Has. ve Doğ. Kliniği Şef Muavini  
(2) Zeynep Kamil Hast. Kadın Has. ve Doğ. Kliniği Başasistanı  
(3) Zeynep Kamil Hast. Kadın Has. Patoloji Uzmanı  
(4) Zeynep Kamil Hast. Kadın Has. ve Doğ. Kliniği Asistanı

hücreye rastlanmadı, sol overde "orta derecede diferansiye SLHT" saptandı (Şekil 1). Post-operatif dönemi normal seyreden hasta, post-op. onuncu gün taburcu edildi ve takibe alındı. Post-op beşinci gün yapılan tetkikte tümör markerleri E2, testosteron ve DHEA düzeyleri normal bulundu. Ameliyat sonrası düzenli adet görmeye başlayan hasta da post-operatif 7. ayda rekkürens görülmedi. Halen takibi devam etmektedir.



Şekil 1: Sertoli-Leydig Hücreli Tümör (HE x 200)

## TARTIŞMA

SLHT 'de endokrin fonksiyon tümörün diferansiyasyonuna göre değişir.

1. İyi diferansiye tümör: Belirgin tübüler yapı gösterirler.

2. Orta derecede diferansiye tümör: Tübüler yapıya ilaveten interstisyel hücre grupları değişik derecelerde bulunur.

3. İndiferansiye tümör: Zayıf şekilli tübüler yapı ve indiferansiye gonad stroması bulunur.

Makroskopisi genellikle orta büyüklükte olmakla birlikte, çok küçük veya çok büyük olabilir. % 98 tek taraflıdır (4). Yüzeyi düzgün, kesildiğinde gri-sarı renklidir. Kistik dejenerasyon sık olarak görülür, aralarda hemorajik odaklar gözlenir (4,6).

Olgular genellikle 20-30 yaş arasındadır, ancak 2-84 yaş arası olgular bildirilmiştir (5,6)

Habaset derecesinin değerlendirilmesi bazen zor olabilir. Fonksiyon yapan over tümörlerinde olduğu gibi, bu tümörlerde de habaset daha az görülür. Hiperandrojenizm belirtileri (% 77), karın ağrısı, pelvik ya da abdominal kitle, menstrüel bozukluklar (% 51-75) gibi semptomlarla birlikte (1,5).

Virilizasyon iyi diferansiye tümörlerde daha az görülür (4). Tedavi, ailesini tamamlamış kadında total abdominal histerektomi + bilateral salphingo-oo-

ferektomi + cerrahi evreleme, daha ileri evrede total abdominal histerektomi + cerrahi evrelemedir. Evre 1 hastalarda rekkürens seyrek. Evre 1 orta/indiferansiye olgularda Zaloudek-Noris % 5, Young-Scully % 7, Roth ve ark. % 3 rekkürens bildirmiştir (5).

Tüm müellifler iyi diferansiye tümörlerde rekkürens olmadığını olarak bildirilmiştir (3,5).

Metastaz veya rekürrens genellikle 12 ay içinde olur ve olan olgular 2 yıl içinde kaybedilirler. Bu tümörler çok nadir olduğundan, kemoterapi ve radyasyon tedavisi konusunda yeterli bilgi yoktur. Tek tek yayınlarda bazı hastaların radyasyon ve kombine kemoterapiye cevap verdiği bildirilmiştir (3,5). Residüel hastalıkta radyasyon tedavisi faydalı olmaktadır (5).

Hastanemizde arşiv taraması yaptığımız 17 yıllık süre içinde 322,442 doğum olmuş 38,039 jinekolojik operasyon yapılmıştır. Bu süre içinde 448 hasta over tümörü tanısı almıştır. Sunulan olgular bunların % 0.4'ünü oluşturmaktadır. SLHT'lerde kimi serilerde % 77 'lere varan (1,5,7) hiperandrojenizm belirtileri görülmektedir ancak gözlediğimiz iki olguda da hiperandrojenizm bulguları görülmemiştir. Olgu 1'de görülen Mülleri anormali, ilgili literatürde rastlanmadı (1,3,5,6). Bu olgularda yeni serilerde hiperandrojenemi yanında alfa fetoprotein (AFP) düzeylerinde yükselme bildirilmektedir (5,7). Olgu 2'de AFP düzeyleri normal bulunmuştur.

Sonuç olarak, gonadal stromal tümörlerde, hastanın yaşı, evlilik durumu, reproduktif fonksiyonunu korunması, tümörün cinsi ve histopatolojisi (frozen section ve spesimenin patolojik inceleme sonucu), ilave jinekolojik patoloji olup olmaması gibi temel faktörler dikkatle alınarak tedavi ve takip planlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Adamian R.T.: Clinico-morphological sign of hormone-producing ovarian tumors. *Vorp.Oncol.* 37:595,1991.
2. Dessel T.V., Heineman M.J.: Endocrinological aspects of a Sertoli Leydig cell tumor. *Case report Br J. Obstet Gynaecol* 97:1054, 1990.
3. Disaia P.J., Creasman W.T: Germ cell stromal and other ovarian tumors. In: *Clinical Gynecologic Oncology*. 3th edition. Mosby Company, Missouri,1989, pp: 362.
4. Fox H., Buckley C.H.: Pathology of malignant gonadal stromal tumors of ovary. In: *Gynecologic Oncology*. (Ed) Coppleson M. 2nd edition. Churchill Livingstone, Newyork, 1992, pp: 947.
5. Hoskins W.J, Rubin S.C.: Malignant gonadal stromal tumors of ovary: Clinical Features and Management .In: *Gynecologic Oncology* (Ed) Coppleson M.2 edition. Churchill Livingstone Newyork,1992 pp: 961.
6. Jones H.W., Jones G.S.: Sertoli-Leydig Cell Tumor. In: *Novak's Textbook of Gynecology*. 10 th edition. Williams Wilkins. Baltimore. 1982, pp:596.
7. Larsen W.G., Felmar E.A., Wallace M.E., Frieder R.: Sertoli-Leydig cell tumor of the ovary. A rare cause of amenorrhea, *Obstet Gynecol* 79:831,1992.